

**Univerzita Karlova**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



**Bc. Kateřina Ostrčilová**

Analýza rehabilitační komponenty doléčovacího programu na bázi Apolinářského modelu léčby závislostí na návykových látkách

Analysis of the rehabilitation component of a aftercare program based on the „Apolinář“ model of treatment of addictive substances

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Prof. PhDr. Michal Miovský Ph.D.

Praha, 2019

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

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

V Praze, dne 25.4. 2019

Bc. Kateřina Ostrčilová

**Identifikační záznam:**

OSTRČILOVÁ, Kateřina. Analýza rehabilitační komponenty doléčovacího programu na bázi Apolinářského modelu léčby závislostí na návykových látkách. [Analysis of the rehabilitation component of a aftercare program based on the „Apolinář“ model of treatment of addictive substances]. Praha, 2019. 57 stran. Diplomová práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí diplomové práce Prof. PhDr. Michal Miovský Ph.D.

## **Poděkování**

Při této příležitosti bych ráda poděkovala svému vedoucímu práce panu Prof. PhDr. Michalovi Miovskému, Ph.D za věcné připomínky, rady, podporu a hlavně trpělivost při vzniku této práce. Velké poděkování patří všem z mé rodiny a blízkým přátelům. Zvláštní dík pak mému partnerovi za shovívavost a toleranci, bez kterých bych tuto práci nemohla napsat a v neposlední řadě velký dík za podporu mým drahým studujícím kolegyním, mým super ženám.

## Abstrakt

Léčba závislostí zahrnuje mnoho léčebných intervencí, mezi které by měla nepochybně patřit i léčebná rehabilitace respektive kinezioterapie. V této práci se zaměřujeme na doléčovací program Apolinářského modelu v rámci lůžkových oddělení, tedy opakovací pobyty klientů, které mají stejnou strukturu jako základní ústavní léčba. I přes to, že denní program je nabytý, najde se prostor pro pohybové aktivity.

Cílem práce je zmapovat a porovnat pojetí rehabilitace v současném nastavení apolinářského modelu léčby závislostí s pojetím rehabilitace v oboru fyzioterapie. Dalším hlavním cílem zkoumání bude způsob zajištění rehabilitace, zda je přiměřená zdravotnímu stavu klientů a popřípadě posoudit možnosti fyzioterapeuta v ošetřovatelském týmu.

Výzkumným nástrojem pro sběr dat byla evaluace formativním přístupem. Evaluace probíhala na lůžkových odděleních Kliniky adiktologie. Výzkumný vzorek byl tvořen doléčovacím programem a byl vybrán metodou záměrného výběru. Jednotkou výzkumného souboru je tedy program nikoliv pacient. Sběr dat probíhal formou pozorování z pohledu výzkumníka, který je zároveň odborník v oboru fyzioterapie. Dále budou data získávána také z rozhovorů s personálem a klienty.

Výsledkem této evaluační studie je, že rehabilitační program na Klinice adiktologie v rámci lůžkového doléčování není zcela dobře uchopen. Pohybových aktivit není mnoho a úplně neodpovídají běžnému pojetí léčebné rehabilitace. Nepochybně by fyzioterapeut byl pro oddělení velkým přínosem. Na tomto základě byla v speciální části vypracována jednoduchá ekonomická rozvaha, která nastiňuje možný výdělek fyzioterapeuta v případě hrazení léčby platbou za výkon. Tato rozvaha přinesla pozitivní výsledky.

Cíle, které si práce kladla, splnila. Výsledky nám přinesly podněty pro možné další evaluace tohoto typu. Bylo by potřeba vynaložit větší úsilí a prostředky a tomuto tématu se věnovat podrobněji v delším časovém úseku, možná i v jiných adiktologických službách.

**Klíčová slova:** Fyzioterapie v léčbě závislostí – rehabilitace - doléčovací program – kinezioterapie - apolinářský model

## **Abstrakt**

Addiction treatment includes lots of treatment interventions and kinesiotherapy treatment should undoubtedly belong to them as well. The thesis puts focus on the aftercare program of the Apolinář model in inpatient wards with recurrent stays of clients who have the same structure as basic institutional treatment. Despite the busy daily program there should always be room for physical activity.

The aim of the work is to map and compare the concept of rehabilitation in the current setting of Apolinář model of addiction treatment with the concept of rehabilitation in the field of physiotherapy. Next main research topic will be the method of ensuring rehabilitation, whether it is appropriate to the health of the clients and possibly assessing the possibilities of the physiotherapist in the nursing team.

The research tool for data collection was evaluation by formative approach. The evaluation was carried out in inpatient wards of the Clinic of Addictology. The research sample consisted of a treatment program and was selected by the method of deliberate selection. The unit of the research file is therefore not the patient. Data collection was executed in the form of observations from the perspective of a researcher who is also an expert in physiotherapy. In addition, further data will also be collected from interviews with staff and clients.

The result of this evaluation study is that the rehabilitation program at the Clinic of Addictology within bed aftercare is not well understood. There are not many physical activities and they do not fully correspond to the common concept of medical rehabilitation. A physiotherapist would undoubtedly be of great benefit to the Clinic aftercare program. On this basis a simple economic balance sheet was drawn up in a special section outlining the possible earnings of a physiotherapist using direct payment approach. This balance sheet has produced positive results.

The work and research have accomplished the set goals. The results are giving us incentives for possible further evaluation and studies. Greater efforts and resources would be needed and this topic should be addressed in more detail in the longer more strategic terms, possibly in other addictology services.

**Keywords:** Physiotherapy in the addictions treatment – rehabilitation – aftercare program – kinesiotherapy – „Apolinář“ model



# Obsah

1	ÚVOD.....	12
2	DOLÉČOVACÍ PROGRAMY JAKO SOUČÁST NÁSLEDNÉ PÉČE.....	14
3	MOTIVACE, LÉČBA A PREVENCE ZÁVISLÝCH PACIENTŮ.....	18
	3.1 Motivace k léčbě u závislých klientů.....	18
	3.2 Léčba závislých klientů.....	19
	3.3 Prevence vzniku závislostí.....	20
4	ASPEKTY POHYBOVÉ AKTIVITY.....	20
	4.1 Pohyb – základ života.....	20
	4.2 Pohyb a psychika.....	21
5	REHABILITACE.....	22
	5.1 Vymezení základních pojmů.....	22
	5.2 Léčebná rehabilitace.....	23
	5.3 Sociální rehabilitace.....	26
	5.4 Pedagogická rehabilitace.....	27
	5.5 Pracovní rehabilitace.....	27
	5.6 Psychologická rehabilitace.....	27
6	KINEZIOTERAPIE V LÉČBĚ PSYCHIATRICKÝCH ONEMOCNĚNÍ.....	28
	6.1 Prostředky kinezioterapie.....	29
	6.2 Působení kinezioterapie.....	30
	6.3 Druhy kinezioterapií v léčbě psychiatrických onemocnění.....	30
7	FELDENKRAISOVA METODA.....	32
8	KINEZIOTERAPIE V LÉČBĚ ZÁVISLOSTÍ.....	33
	8.1 Teoretická východiska.....	33
	8.2 Pohybové aktivity v léčbě závislých pacientů.....	34
	8.3 Vhodné kinezioterapeutické programy.....	35
	8.4 Rozdíly v pohybových aktivitách u mužů a žen.....	36
9	APOLINÁŘSKÝ MODEL.....	37
	9.1 Historická fakta a seznámení s Apolinářem.....	37
	9.2 Historie pohybových aktivit u Apolináře.....	39

9.3	Bodovací systém v Apolinářském modelu .....	40
10	VYKAZOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE U APOLINÁŘE VS. FYZIOTERAPIE .....	41
11	POUŽITÉ METODY .....	43
11.1	Výzkumné cíle a otázky.....	43
11.1.1	Výzkumné cíle:.....	43
11.1.2	Výzkumné otázky:.....	43
11.2	Výzkumný soubor.....	44
11.3	Metody sběru dat .....	45
11.3.1	Příprava sběru dat .....	45
11.3.2	Zdroje dat: .....	45
11.4	Výzkumný nástroj a způsob sběru dat .....	46
11.5	Metody zpracování a analýzy dat .....	49
11.6	Etické aspekty výzkumu .....	49
12	PŘÍPRAVNÁ FÁZE EVALUACE POHYBOVÝCH AKTIVIT V APOLINÁŘSKÉM MODELU LÉČBY .....	50
13	EVALUACE DOLÉČOVACÍHO PROGRAMU V RÁMCI LŮŽKOVÝCH ODDĚLENÍ.....	51
13.1	Vstupní vyšetření klientů .....	51
13.2	Pohybové aktivity probíhající v programu u Apolináře .....	51
13.2.1	Popis jednotlivých aktivit .....	52
13.3	Rozpis pohybových aktivit na jednotlivé dny.....	54
13.3.1	Ženské oddělení.....	54
13.3.2	Mužské oddělení.....	55
13.4	Vnímání pohybových aktivit u Apolináře stran klientů a personálu. ....	55
13.4.1	Pohybové aktivity ze strany klientů .....	55
13.4.2	Pohybové aktivity ze strany personálu .....	56
14	INTERPRETACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK.....	56
15	EKONOMICKÁ ROZVAHA NAD VÝDĚLEČNOSTI FYZIOTERAPEUTA NA LŮŽKOVÝCH ODDĚLENÍCH KLINIKY ADIKTOLOGIE VFN.....	61

16	SHRNUTÍ A DISKUZE.....	64
17	ZÁVĚR.....	67
18	POUŽITÁ LITERATURA.....	69
19	SEZNAM TABULEK A OBRÁZKŮ.....	73
20	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	74

# 1 Úvod

Rehabilitační intervence jsou nedílnou součástí každé adiktologické léčby, tedy nejsou výjimkou ani v doléčovacích zařízeních. Léčba pohybem a různé další rehabilitační strategie se v adiktologii uplatňují ve zvýšení fyzické zdatnosti, kterou mnohdy klienti během užívání návykových látek ztratí. Také se využívá jako vyplnění volného času a podpoře a vybudování návyků zdravého životního stylu pacienta. Neméně důležitá je i v procesu nápravy psychické stránky člověka. Rehabilitace je velmi široký pojem a má mnoho významů. Proto i pro každý obor má slovo rehabilitace jiný význam. Definice rehabilitace dle WHO: „Rehabilitace je kombinované a koordinované využití lékařských, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik nebo znovuzískání co možno nejvyššího stupně funkční schopnosti“ (Votava, 2003, str 14-15).

Rehabilitaci lze rozdělit, spíše didakticky, do několika oblastí: Léčebná rehabilitace, sociální rehabilitace, pedagogická rehabilitace, pracovní rehabilitace (Kolář, 2011). Nejrozšířenější ve fyzioterapii je především léčebná rehabilitace, která zahrnuje práci s tělem klienta – kineziologické rozbor, vhodné pohybové aktivity s nácvikem těchto aktivit a přímý kontakt s tělem klienta. Zahrnují také krátkodobý a dlouhodobý terapeutický plán, tvořený na základě kineziologického rozboru a aktuálního zdravotního stavu klienta.

V adiktologii se však termín rehabilitace, dle dostupné literatury bere spíše z hlediska rehabilitace sociální, pracovní a celkově se tento termín používá hlavně v rámci psychické rekonvalescence klientů. Sociální rehabilitace dle Dvořáka (2003): Je reintegrace závislého do společnosti prostřednictvím znovunabytých sociálních a profesních dovedností a podpůrného sociálního prostředí a vztahů (Kalina, 2008). Léčebnou rehabilitaci v adiktologii nazývají spíše pohybovými aktivitami nebo pohybovými činnostmi, eventuálně rehabilitace pohybem (Nešpor, 2004).

V roce 1948 bylo založeno první specializované lůžkové oddělení pro studium a léčbu alkoholismu – Apolinář. Oddělení založil a do roku 1982 vedl doc. MUDr. Jaroslav

Skála CSc. Na klinice u Apolináře, kde budeme provádět analýzu fyzioterapeutické péče, se jako léčebná metoda uplatňuje tzv. Apolinářský model. Tento model je poměrně známý i v zahraničí. Spojují se v něm zásady terapeutické komunity a behaviorální přístupy.

## 2 Doléčovací programy jako součást následné péče

V první řadě je potřeba zdůraznit, že pojmy následná péče a doléčování nejsou totožné. Doléčování je pouze jednou z částí následné péče. Následná péče zahrnuje více komponent jako je například i pojem „sociální rehabilitace“ (Pavlovská, Makovská Dolanská, 2015).

Doléčování, jinými slovy „aftercare“ nebo „postcare“ výjimečně se můžeme setkat s pojmem „re-entry“ je vhodné pro abstinující klienty, kteří abstinují alespoň 3 měsíce. Po navození a k jejímu udržení slouží následná péče. Ta začíná na Kruhovém modelu změny jako poslední fáze kola (Kuda, 2003). Do programu většinou nastupují klienti, kteří mají absolvovanou alespoň základní krátkodobou léčbu (detox, ambulance). Výjimečně se léčby zúčastní i klienti, kteří předtím neabsolvovali žádnou léčbu, ale mají potřebu dlouhodobé abstinence a potřebu pomoci. Rozmanitost klientů si žádá, aby byl program přizpůsobivý. Různé typy programů mají různě definovaná kritéria.

Glosář (2001) definuje následnou péči takto: „smyslem následné péče je udržet u klienta změny, které nastaly v průběhu léčby, popř. spontánně nebo po předchozích intervencích“. Doléčování definují takto: „Doléčování se týká především podpory a udržení abstinence po léčbě. V širším pojetí vycházejícím z bio-psycho-sociálního modelu, lze doléčování definovat jako soubor všech služeb, které následují po ukončení léčebného programu a které ve svém souhrnu pomáhají vytvořit podmínky pro abstinenci klienta v životě po léčbě. Cílem je v tomto případě sociální integrace klienta do podmínek normálního života.“

### Tým programu

Tak jako jsou rozmanité potřeby klientů, jsou potřeba i rozmanité služby v doléčování. Není nutné mít všechny odborníky „pod jednou střechou“, ale je důležité, aby zařízení bylo s externími specialisty ve spolupráci. Je tedy nezbytné, aby i tým byl

multidisciplinární a obsahoval minimálně tyto profese: lékař, psycholog, sociální pracovník a adiktolog (Kuda, 2003).

## **Hlavní komponenty programu**

Zajištění odborné péče začíná zhodnocením stavu pacienta, jeho psychosociálního fungování tzn. zjištění jeho rodinného zázemí, pracovní anamnézy, oblast právní aj. Dále se stanoví plán péče v doléčovacím programu. Zhodnocení pacienta se písemně zaznamenává. Individuální léčebný plán je zpracováván s ohledem na podmínky pacienta a komplikace somatické a psychosociální. Následně se hodnotí, zda stanovený plán klient plní a v jaké míře. Popřípadě se formulují nové úkoly a cíle. Léčebný proces je monitorován a odpovědný pracovník pravidelně hodnotí plnění jeho léčebného plánu, podle toho jak služba poskytující následnou péči má stanovenou. Mohou využít i náhodná toxikologická vyšetření na přítomnost NL (Libra et al., 2012).

### **Psychoterapie**

Do služeb následné péče se dostávají klienti s různorodou symptomatologií. Jsou to traumata z dětství a z dob užívání, nebo to mohou být poruchy osobnosti atd. Snažíme se o stabilizaci abstinence, a proto volíme témata, která s tím souvisí a nepouštíme se zbytečně do rozsáhlých rozborů. Pokud usoudíme, že je potřeba klienta hlouběji rozebrat, předáme ho do rukou jiného specialisty (Kuda, 2003). Psychoterapie v doléčovacích programech je také nazývána jako podpůrná. Provádějí se zde psychoterapie individuální ale spíše skupinové (Pavlovská, Makovská Dolanská, 2015).

### **Farmakoterapie**

Pouze pokud doléčování probíhá na místě, kde poskytují i zdravotnické služby. Ovlivňují základní onemocnění, psychické a somatické komplikace. Eventuálně se podává pro zvládnutí syndromu z vysazení NL. Určuje je výhradně lékař. V sociálních službách mohou klientům podávat jen vybrané léky (Antabus) a to na žádost pacienta a na doporučení jeho ošetřujícího lékaře (Libra et al., 2012).

## **Prevence relapsu**

Kuda (2003) považuje strach z relapsu za klíčový motivační faktor pro vstup do doléčovacího programu. V tomto období odolávají klienti silnému cravingu, proto se pracovníci snaží zvýšit klientovu kontrolu. Prevence relapsu se snaží ovlivnit faktory, které ovlivňují dosažení dlouhodobé abstinence. Učí klienta kontrolovat vlastní emoce, sociální podporu, sebedůvěru a pocit naplňující život. Prevenci relapsu řadíme mezi kognitivně-behaviorální přístupy. Kognitivní složka pomáhá posilovat sebedůvěru, porozumění vlastním myšlenkám a chování a poznat rizika užívání NL. Behaviorální složka pomáhá zvýšit sebekontrolu, zvládnout stres a nutkání.

K relapsu dochází během léčby, ale ve větší míře po ní. Pacienti po dokončení léčby a abstinující klienti získávají a prohlubují dovednosti v předcházení relapsu. Následná péče může zmírnit faktory, kvůli kterým relapsy vznikají (např. nezaměstnanost nebo nedostatečné či nevhodné volnočasové aktivity) (Hawkins, Catalano, 1985). Závislý člověk by měl umět po léčbě své chování měnit a ovládat a také předcházet a zvládat rizikové situace. K tomu aby tyto situace člověk zvládnul, měl by projít doléčovacím programem – někdy i opakovaně. Největší podporu v doléčování poskytuje právě skupinová terapie (Pavlovská in Kalina a kol., 2015).

## **Sociální práce**

Základním cílem je začlenění klienta do společnosti tzn. v oblasti bydlení, vzdělávání, zaměstnání, vztahy s rodinou. Pro jeho integraci do společnosti se stabilizují sociální podmínky a tím pádem setrvává v abstinenci. Sociální pracovníci a jejich práce je velmi důležitou součástí doléčování a bývali velmi podceňováni.

Dnes již víme, že sociální práce je klíčová v procesu stabilizace klienta. Klienti programů doléčování mají různé socio-právní problémy (dluhy, sociální dávky, trestní stíhání atd.) Klienti nejsou mnohdy schopni tyto problémy sami vyřešit a bez sociální práce by nemohli dosáhnout normálního života (Kuda, 2008). Každá služba má stanovené prostředky a metody, které v tomto ohledu využívá (Libra et al., 2012).



## **Práce s rodinnými příslušníky**

I tato složka programu je nezbytná v doléčování klienta. Podle podmínek a možností služby se provádí individuálně a podle potřeb a přání klientů. Provádí se individuálně, anebo skupinově. Do léčby zapojujeme pokud možno všechny členy rodiny. Např. u užívání drog dítětem, hrají rodiče důležitou roli. Jádro problému užívání dítěte může pocházet z patologické symptomatologie v rodinném systému. Rodiče mohou být zranění nebo unaveni ze života se závislým dítětem. Existují i rodičovské skupiny pro příbuzné uživatelů drog, kde rodiče získávají informace a vyměňují si zkušenosti s rodiči se stejným problémem (Kuda, 2008). Služba se snaží o to, aby členové rodiny pochopili problematiku léčení a doléčování svých blízkých, kteří jsou v léčbě a aby pochopili, které zásady musí klienti i oni dodržovat v doléčování a abstinenci. Aby pochopili těžkosti, které klient v doléčování zažívá. Tato práce má spíše podpůrný charakter, než že by řešila individuální problémy v rodině (Libra et al., 2012).

## **Lékařská péče**

Pravidelné prohlídky (praktický lékař, gynekolog, dentista) vč. péče psychiatrické. Nezajišťuje je přímo doléčovací program, ale může pomoci klientovi s vyhledáním a kontaktováním lékařů.

## **Volnočasové aktivity**

„Užívat si bez drog“ – je jedním z cílů následné péče. Klienti by si měli vybírat aktivity, které budou přiměřené jejich schopnostem a které je budou naplňovat nikoliv stresovat. Jsou to většinou pohybové aktivity, které vyplňují jejich volný čas. Mají klienty naučit hospodařit s časem a vyplnit chvíle, které by mohly vést k pocitu nudy a ten následně k lapsu/ relapsu. Zároveň slouží ke zlepšení fyzické kondice a slouží také k získání nových zálib. V rámci následné péče klienty tzv. „vysíláme do světa“ (Kuda 2003, 2008).

## **Pravidla doléčování a ukončení léčby**

Srozumitelnou formou písemně zpracovaná pravidla. Stanovují, v jakých situacích respektive v jejich porušení dochází k přerušování a další postup při porušení pravidel. Režim programu, v našem případě bodový systém a denní harmonogram jsou písemně zpracovány tak, aby byly jasné. Ukončení služby přichází s cílem zabezpečit klienta v samostatném fungování. Přitom se předem domluví doba trvání služby a setrvání klienta v ní. Klienti často opouští služby předčasně pro porušení kardinálních pravidel.

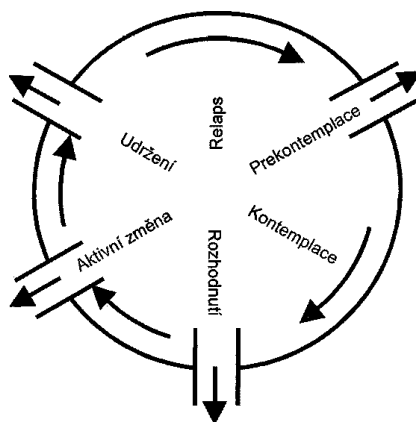
## **3 Motivace, léčba a prevence závislých pacientů**

### **3.1 Motivace k léčbě u závislých klientů**

Aby pacient mohl dojít přes léčbu k abstinenci, je potřeba být motivován k léčbě. Motivace patří k jednomu z několika faktorů (prediktorů) k úspěšné léčbě. Dále také záleží na věku při začátku závislosti, celkové délce užívání drog, psychopatologických komplikacích (poruchy osobnosti, neurózy atd.) a trestné činnosti (kriminalitě). Motivace je velmi významnou částí, kdy stupeň motivace ovlivňuje setrvání nemocného v léčbě a tím pádem i její výsledek. Velmi důležitá je vnitřní motivace, která může být jak pozitivní (chce žít jinak, lépe a chce zlepšit rodinné a sociální vztahy), tak i negativní (odstranit pocity viny, studu). Motivace může být i vnější – tlak z okolí. Každá motivace i ta negativní, nebo tlak z okolí je stále motivací.

Proces změny je dobře znázorněn cyklickým modelem / „kolem změny“ (Prochaska a di Clemente)

**Obrázek 1 - Cyklický model změny dle Prochasky a diClementeho**



Z kola změny může klient vypadnout téměř kdykoliv, ale není jasné proč ne ze stádia kontemplace. Velmi často se stává, že klient projde všemi stádii opakovaně, než dojde k trvalé změně. Cyklický model odráží realitu procesu změny. Díky tomuto modelu může terapeut dávkovat intervence podle aktuálního místa na kole změny a motivuje ho k cílům, které odpovídají stádiu (Kalina, 2015).

### **3.2 Léčba závislých klientů**

Česká republika má ucelený systém péče, který se odvíjí od potřeb klientů závislých na NL a procesech. Dělí se například podle typu na ambulantní a rezidenční nebo podle délky na krátkodobou, střednědobou a dlouhodobou léčbu. Pro všechny základní typy služeb máme u nás zpracované Standardy odborné způsobilosti, kde jsou jednotlivé typy služeb definovány, jak by měla vypadat péče v těchto zařízeních, kteří pracovníci službu zajišťují atp. Celkově se v léčbě adiktologických klientů snaží o multidisciplinarní tým. Léčba obsahuje lékařskou péči, farmakoterapii, psychoterapii, sociální terapii, terapii prací, ergoterapii, rehabilitace a pohybové aktivity. Všechny tyto složky léčby provádí kvalifikovaná osoba. Základní typy služeb jsou: Terénní programy, nízkoprahová a kontaktní centra, detoxifikační jednotky, substituční léčba, ambulantní léčba, ambulantní stacionární péče, krátkodobá a střednědobá ústavní (lůžková) léčba, rezidenční léčba v terapeutických komunitách, doléčovací programy a nově i adiktologické služby ve vězení (Richterová Těmínová, 2008).

### 3.3 Prevence vzniku závislosti

Prevenci tak jako většinou všude i zde dělíme na primární, sekundární a terciální. **Primární prevencí** předcházíme problémům s návykovou látkou a snažíme se zabránit nebo omezit experimenty s těmito látkami. **Sekundární prevence** se uplatňuje ve chvíli, kdy chceme předejít vzniku nebo rozvoji závislosti u klientů, kteří již drogu užili nebo užívají často. **Terciální prevence** slouží k předcházení vážnému nebo trvalému poškození zdraví nebo sociální složky u klientů, kteří užívají NL nebo jsou závislí. Využívá se u klientů, kteří prošli léčbou a abstinují nebo využívají substituční léčbu, ale také u klientů, kteří zatím abstinovat nechtějí (Miovský, et al., 2010).

## 4 Aspekty pohybové aktivity

### 4.1 Pohyb – základ života

Pohyb člověka má vlastní vnitřní zdroj síly a je řízen teleologicky k dosažení zamýšleného cíle. Pravidelné rytmické pohyby jsou provázeny emotivním zážitkem a mají vliv na psychiku a pohybové chování člověka. Aktivní pohyb je základ života (Véle, 2006). Do pohybů člověka neřadíme jen pohyb tělesný, ale i myšlení, vůli a citění. Pohyb prolíná celý život člověka. Pohyb se učíme od narození – utváříme si pohybové vzorce. Učení nekončí dosažením dospělosti, ale pokračuje během celého života (Hátlová, 2003).

Dělení pohybu dle Kučery a Dylevského (1999):

- Spontánní aktivitu ve volném čase, tedy nesystematickou nepravidelnou pohybovou aktivitu (procházky, společenské hry).
- Léčbu sportem nabízející rozšíření rehabilitačních metod.
- Fyzioterapeutické postupy jakožto komplexního souboru rehabilitačních metod.
- Senzomotorická cvičení zabývající se poruchami mozkových a nervových funkcí ve vztahu k pohybu.
- Psychomotorické pohybové stimulační zajišťující psychickou rovnováhu prostřednictvím cílených pohybových akcí.

- Psychická stimulace pohybem sloužící k ovlivnění mentálních procesů.
- Komunikativní pohybová terapie zabývající se začleněním pacienta do kolektivu.
- Aktivní tělesná cvičení.
- Výkonnostní a závodní sport zaměřující se na podávání maximálních výkonů a využívající soutěživosti.
- Rekreační sport sloužící k optimálnímu využití volného času a naplňující potřebu fyzické aktivity.

## 4.2 Pohyb a psychika

Pohyb člověka je ovlivňován potřebami organismu a psychickými funkcemi. Pohybová aktivita může ovlivnit stav mysli a to pozitivním, ale i negativním směrem. Bohužel postupem času dochází ve společnosti k psychosomatické asymetrii. V první řadě vzniká již ve škole, kdy se důležitějším stala preference inteligence oproti somatické výuce a vzniká tak nerovnováha. Podceňování tělesné kultury vede ke zhoršování fyzické zdatnosti. Nedostatek pohybu ohrožuje společnost hypokinezí spojenou se zhoršováním adaptability a snižuje odolnost vůči změnám prostředí. Tyto disharmonie vyvolávají psychofyzickou nerovnováhu (Véle, 2006).

Pohybem se projevuje stav vnitřního prostředí, ale hlavně nám dává informace o stavu mysli. Pohybový projev můžeme analyzovat, např. držení těla informuje o ladění emočního mozku. Při depresích člověk drží tělo spíše ve flexi a naopak při povznesené náladě je držení těla napjatější. Feldenkrais (1978) byl přesvědčen, že člověk si o sobě vytvořil obraz a podle tohoto obrazu také jedná. Jedná se o tzv. obraz „Já“ a ten se skládá ze čtyř složek: pohybu, citu (ev. emocí), myšlení a smyslového vnímání. „Já“ se vyvíjí podle našeho jednání a je nutné se tomu přizpůsobovat. Pokud se změní dynamika našeho jednání, změní se i naše „Já“.

Podle Feldenkraise metodou korekce „Já“ je zkvalitňování pohybu:

- a) Nervový systém se intenzivně podílí na provádění pohybu.

- b) Všechno co souvisí s pohybovou činností našeho těla, poznáváme snadněji než ostatní složky bdělého stavu.
- c) S pohybem máme více zkušeností než s myšlením a city. Pohyb umíme snadněji ovlivňovat
- d) Pohyb je důležitý pro sebehodnocení.
- e) Pro obraz každého „Já“ je nejdůležitější jeho tělesná konstituce a pohyblivost.
- f) Každé jednání začíná činností svalů.
- g) V pohybech se zrcadlí stav CNS.
- h) Pohyb je základem uvědomění
- i) Dýchání je pohyb.
- j) Smyslové vnímání a myšlení spočívá v pohybu.

Závislosti, zejména alkoholová závislost patří mezi nejzávažnější neuropsychiatrické choroby, které přinášejí ztrátu pracovní schopnosti (Hátlová, 2003).

## **5 Rehabilitace**

### **5.1 Vymezení základních pojmů**

Rehabilitace pochází z latinského slova habilis = v překladu způsobilý nebo vhodný a předpony re = návrat nebo opakování děje. Poprvé toto slovo použil již v roce 1844 Henri von Busse.

Jak už bylo řečeno v úvodu, Světová zdravotnická organizace definovala tento pojem v roce 1981 a zní takto: Rehabilitace zahrnuje právě ty prostředky, které směřují ke zmírnění omezujících a znevýhodňujících stavů a umožňuje všem osobám, které jsou nějakým způsobem handicapovány nebo zdravotně postiženy dosáhnout sociální integrace.

Janda definuje rehabilitaci jako soubor opatření vedoucí k neoptimálnější a nejrychlejší resocializaci člověka postiženého na zdraví z důvodu onemocnění, úrazu anebo vrozené vývojové vady (Dvořák, 2003).

Ve fyzioterapii je rehabilitace chápána takto: Jedná se o vzájemně provázaný koordinovaný a cílený proces, jehož základní náplní je minimalizovat přímé i nepřímé následky trvalého nebo dlouhodobého postižení jednotlivců s cílem jejich optimálního začlenění do společnosti. V současné době se spíše používá termín „ucelená rehabilitace“ (Kolář, 2010).

Všechny tyto definice ukazují, že rehabilitace zahrnuje otázky nejen zdravotní, ale také ekonomické, sociální, politické, pedagogické, psychologické atd. Proto je základním pojmem „ucelená rehabilitace“ která se dále dělí. V rehabilitaci samozřejmě záleží na charakteru a závažnosti poškození, jaké jsou možnosti reparace, a ovlivnění kvality života.

Ucelená rehabilitace se tedy dělí na léčebnou, pracovní, pedagogickou – tzn. pracovní pro děti, sociální a technickou (Dvořák, 2003).

Dalšími termíny, které úzce souvisí s rehabilitací, jsou: **Readaptace** – tj. ekvivalent pojmu rehabilitace, který se používá ve frankofonních oblastech. **Regenerace** – je znovuoobnovení sil, pokud dojde k tělesnému nebo duševnímu vyčerpání bez poruchy zdraví. **Rekondice** – opatření obnovující výkonnostní potenciál organismu. **Rekonvalescence** – období, kdy se zotavujeme po nemoci nebo poškození zdraví. **Resocializace** – z latiny volně přeloženo jako návrat společenství, tedy znovu-začlenění člověka do společnosti a aktivního života (Dvořák, 2003; Javůrek, 1999).

## 5.2 Léčebná rehabilitace

Je nedílnou součástí zdravotní péče a skládá se z rehabilitačních, diagnostických, terapeutických a organizačních opatření a využívají se pro dosažení maximální funkční zdatnosti člověka. Poskytuje se v rámci lůžkové péče v nemocnicích a to včetně oddělení ARO, kde se poskytuje jako akutní lůžková péče, dále v rámci ambulancí, rehabilitačních (odborných) ústavů včetně lázeňských zařízení. Pokud je zahájena včasná léčebná rehabilitace již v rámci akutní lůžkové péče, například v případě úrazu, snižuje se ve velkém procentu riziko, že klient bude potřebovat komplexní rehabilitaci (sociální, pedagogickou, pracovní) a vrátí se do normálního prostředí a zaměstnání.

Léčebnou rehabilitaci (krátkodobý a dlouhodobý rehabilitační plán) zajišťuje celý pracovní tým – RHB lékaři, fyzioterapeuti, zdravotní sestry, ergoterapeuti, psycholog, sociální pracovník, někdy i logoped a speciální pedagog. Většinu výkonů z léčebné rehabilitace hradí veřejné zdravotní pojištění (Kolář, 2010).

**Mezi metody léčebné rehabilitace řadíme především tyto složky:**

### **1) Fyzioterapie**

Využívá různých forem energií vč. pohybové energie. Je nadřazená všem ostatním složkám. Snaží se ovlivnit patologie, především, které se týkají pohybu. Zabývá se tedy především pohybovým systémem, ale také dalšími složkami člověka. Pracovníkem je fyzioterapeut – dříve nazývaný rehabilitační pracovník (rehabilitační sestra). Fyzioterapeut provádí rehabilitaci na základě diagnostických postupů. Mezi základní terapeutické postupy patří právě kinezioterapie. Obor fyzioterapie se uplatňuje ve všech oborech medicíny, tak jako například farmakologie nebo chirurgická terapie. Přístupy ve fyzioterapii vychází z dokonalé znalosti anatomie, fyziologie, biomechaniky a vývojové kineziologie. Proto je v současné době nezbytné, aby každý fyzioterapeut měl vysokoškolské vzdělání.

### **2.) Fyzikální terapie = fyziatrie**

Soubor metod, využívajících různé fyzikální/zevní energie k léčbě klientů. Cílem fyzikální terapie je myorelaxační, analgetický, nebo ovlivnění trofiky tkání. Tato terapie je pro klienta spíše pasivním procesem a proto se používá spíše jako doplňková léčba nebo jakási premedikace před samotnou léčbou pohybem. Využívá energii pohybovou, mechanickou, tepelnou, chemickou, elektrickou, akustickou a světelnou, nebo jejich kombinací. Do této skupiny se řadí i balneologie a balneoterapie, která využívá přírody konkrétně přírodní léčivé minerální vody, peloidy, klimatické a meteorologické prvky a používá se hlavně v lázeňské péči (Kolář, 2010; Poděbradský, Vařeka, 1998).



### 3.) Kinezioterapie

Kinezioterapie jinak řečeno je léčebná tělesná výchova (LTV). Metoda zaměřená na pohyb. Je nejčastěji používanou metodou v rehabilitaci a začíná se s ní ihned, jakmile to zdravotní stav nemocného dovolí. Používá se při ovlivňování pohybové soustavy, respektive využívá ověřených a efektivních pohybů k udržení nebo znovuzískání funkce těla a zároveň přes pohybovou soustavu k ovlivnění i dalších orgánů, které mohou např. reflexně působit na pohybové schopnosti člověka. Obsahuje proces zdravotnický, pedagogický ale i psychologický tzn., že slouží nejen k obnovení a zlepšení tělesných funkcí, ale i k jejich fixaci v osobnosti člověka a jeho pohybových stereotypch. Takže opět působí na jednotlivce jako na bio-psycho-sociální jednotku a má psychosomatické dopady. Kinezioterapie je terapeutický prostředek, který zajišťuje zdravotník. Dělí se podle různých pohledů např. podle místa provádění, počtu pacientů (skupinová, individuální) nebo třeba dle aktivity pacienta (Dvořák, 2003).

Základem kinezioterapie je **kineziologický rozbor**. Bez komplexního kineziologického rozboru (KKR) nelze stanovit rehabilitační diagnózu a na jejím základě pak správný rehabilitační plán. Cíl rehabilitace stanovený na základě KKR se naplňuje rehabilitačními technikami a postupy. Kineziologický rozbor je diagnostický prostředek fyzioterapie, který není pouze izolovaným zhodnocením funkční poruchy v oblasti nervosvalového systému, ale je komplexním posouzením. V dnešní době existuje mnoho metod a konceptů, které se používají ve fyzioterapii a každá metoda/koncept má své vlastní diagnostické a terapeutické uspořádání. Proto, aby si fyzioterapeuti a lékaři, každý zaměřený na jinou metodu rozuměli je KKR nadřazený všem ostatním systémům metod. KKR slouží k diferenciaci diagnostické rozvaze u konkrétního pacienta a slouží k nalezení tzv. klíčové oblasti.

#### **Základní části KKR**

Tyto části slouží ke vzniku pracovních hypotéz (tzn. možné příčiny obtíží) a na základě všech vyšetření ke vzniku rehabilitační diagnózy a následně finální verze rehabilitačního plánu.

### **Vyšetřuje se pomocí:**

- **Prvního dojmu** – hodnotí ladění pacienta, když přichází a odchází tak jeho chůzi, držení těla, soběstačnost ve svlékání a oblékání, mimika aj.
- **Anamnézy** – získávají je prostřednictvím cílených dotazů a jsou nejdůležitější pro tvorbu pracovní hypotézy. Správná anamnéza je až 90% diagnóza! Klasicky sem řadíme rodinnou anamnézu, pracovní anamnézu, sociální anamnézu, gynekologickou anamnézu, alergologickou anamnézu, farmakologickou anamnézu, osobní anamnézu a nynější onemocnění. Nově se sem řadí i anamnéza sportovní. Sportovní anamnéza může být součástí osobní anamnézy a zjišťuje se, jaké sporty klient dělá nebo v minulosti dělal. Předpokládá se sporty, které dělal v delším trvání. Zjišťuje se, jestli běhá nebo běhal, jak dlouho, v jaké obuvi, v jakém terénu atd. U jízdy na kole na jakém kole jezdil apod. Zjišťujeme, zda sport potíže nevyvolává.
- **Aspekci** – zhodnocení klienta pohledem.
- **Palpací** – vyšetření klienta pohmatem. Uplatňuje se v mnoha vyšetřeních.
- **Status localis** – vyšetření místa, které klient označuje jako místo projevu obtíží.
- **Další vyšetření** – například neurologické aj. (Poděbradská, 2018).

### **4.) Ergoterapie**

Někdy nazývána jako léčba prací, i když to úplně plně nevystihuje spektrum činností, které ergoterapie zahrnuje. Je to tělesná nebo duševní činnost, která je prováděna pod zdravotnickým vedením (ergoterapeutem). Snaží se o aktivizaci klienta zvláště v běžných denních činnostech (ADL). Ideálně se hodí i ke klientům se závislostí. Zaměstnává tělo i mysl. Zahrnuje i volnočasové aktivity – pletení, vyrábění atd. Slouží i jako diagnostická metoda – zjišťujeme soběstačnost klientů v rámci sebe i svého prostředí. Pomáhá překonávat dlouhodobou hospitalizaci a rekonvalescenci. Využívá se při obnově určitých pohybů, ale zároveň se věnuje nepostiženým částem těla.

## **5.3 Sociální rehabilitace**

Slouží k začlenění pacienta do společnosti. Většinou potřebují sociální rehabilitaci pacienti s dlouhodobým nebo trvalým postižením. Snaží se pomocí nácviku k zajištění

co možná největší samostatnosti a soběstačnosti. Využívá k tomu instituce, zákony, předpisy, směrnice. Řeší různé situace i s těžce postiženými klienty a snaží se jim prostřednictvím sociální rehabilitace zajistit plnohodnotný život. Patří sem i úpravy bytů, veřejného prostranství, nebo společenské výhody. Zřizují se například i střediska, kde se klienti učí základním dovednostem v péči o sebe. Hodně se zde uplatňují nestátní neziskové organizace (Javůrek, 1999).

## **5.4 Pedagogická rehabilitace**

Je výchovná vzdělávací péče, která umožňuje pacientům získat příslušnou kvalifikaci, odstraňovat tak znevýhodnění ZP osob, aby se mohli uplatnit v pracovním procesu a tím pádem i ve společnosti. Ze zákona jsou zřizovány školy pro mentálně slabší, nebo s různými smyslovými vadami (Javůrek, 1999).

## **5.5 Pracovní rehabilitace**

Vrací pacienty do pracovního procesu. Probíhá formou poradenství pro výběr povolání, podávají informace o tom kde najít vhodné pracovní místo, zajišťuje zvýšení nebo získání kvalifikace. Tuto rehabilitaci zajišťuje resort práce a sociálních věcí (Javůrek, 1999).

## **5.6 Psychologická rehabilitace**

Při poruše tělesných funkcí se tělesný stav odráží i na stavu psychickém a ovlivňuje chování jedince, který se léčí. Jak se člověk cítí po psychické stránce, má obrovský vliv na průběh rehabilitace. Proto je důležitý vhodný psychologický přístup, ideálně ve spolupráci s psychology.

**Obrázek 2 - Schéma rehabilitace dle Javůrka (1999)**

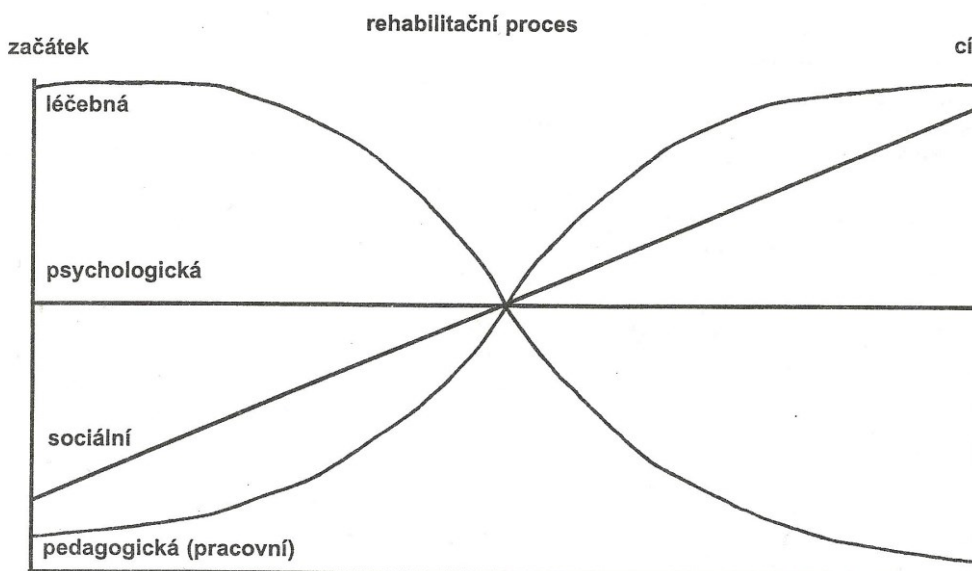


Schéma zobrazuje intenzitu průběhu rehabilitace a ukazuje, že její těžiště spočívá od počátku na léčebné rehabilitaci. Postupem času její intenzita a potřeba ubývá a naopak přibývá potřeba ostatních druhů rehabilitace. Psychologická rehabilitace probíhá rovnoměrně. Na tomto schématu je zřejmé, jak je nutná návaznost jednotlivých částí rehabilitace (Javůrek, 1999).

## **6 Kinezioterapie v léčbě psychiatrických onemocnění**

Rehabilitace respektive fyzioterapie je v psychiatrii velmi důležitým článkem v léčbě. Jak už bylo výše zmíněno nejdůležitější metodou využívanou v rehabilitaci je **kinezioterapie**.

Terapie pohybem je známa u psychiatrických poruch již z dávné historie. Již v egyptských chrámových léčebnách se běžně využívala u léčby psychotiků. Podobně tento druh terapie využívali i řečtí a římsští lékaři a dále byli tyto informace a praktiky předány středověkým lékařům. V té době to byli mniši, kteří takové nemocné léčili. Zaměstnávali je v léčebnách pracemi na zahradě a v pracovních dílnách. Denní program byl už v těchto dobách pečlivě plánován. Léčebny duševně nemocných pořádali vycházky po okolí, tanec, poslech hudby, veslování a tělesná cvičení, která měla

dokonce charakter zdravotního cvičení a sportu. Duševní stav působí na stav tělesný a to samé platí i naopak. Tudižlepší-li se tělesný stav pomocí cvičení a dalších pohybových aktivit,lepší se nemocný i po psychické stránce a to v oblastech zvyšování sebedůvěry, snižování váhy, přijetí sebe sama a pozitivního vnímání vlastního já (Hátlová, 2002).

Celkově jsou psychiatrickí klienti vlivem psychické nemoci celkově svalově ochablí a neustále unavení. Svalovou ochablost doprovází pochopitelně ochablost fyziologických a biologických funkcí těla, držení těla a ochablost oběhové a dechové soustavy. Proto by měla být pohybová terapie těmto situacím a stavu nemocného přizpůsobena. U depresivních klientů se doporučuje doprovázet cvičení hudbou.

Na základě několika výzkumů a uveřejněných studií a celkových poznatků z oblasti pohybových cvičení a jejich vlivu na psychiku by se dali vytvořit i taková cvičení, která budou cíleně ovlivňovat předem zvolené psychické faktory (Hátlová, 2002).

## **6.1 Prostředky kinezioterapie**

Dle Běly Hátlové (2003) využívá kinezioterapie v léčbě psychiatrických poruch tyto prostředky kinezioterapie:

- Aby kinezioterapie mohla pomocí aktivního pohybu a cíleně modelovaných pohybových programů působit na psychiku člověka využívá aktivně prováděný pohybový program, vytvoření terapeutického vztahu, neverbální formy chování, učení, podněcování emocí a interakce ve skupině.
- Kinezioterapie cíleně působí na psychiku nemocného prostřednictvím předem určeného, aktivně prováděného pohybového programu, který využívá prvky tělesných cvičení, sportů a pohybových her.
- Cílem je působit na zmírnění, odstranění, nebo ovlivnění psychosomatických obtíží nebo jejich příčin.
- Působí na změnu prožívání a chování nemocného, tak že nemocný získá nový náhled na prožívaný problém a vědomí možností vyrovnání se s ním.

- Kinezioterapii by měl provádět pro maximální účinnost pracovník s příslušnou kvalifikací pro tento druh kinezioterapie.

## **6.2 Působení kinezioterapie**

Kinezioterapie pomáhá jako somatoterapeutická aktivita znovu nalézat vědomí pohyblivosti – uvědomění si vlastního těla a možností ho ovládat; psychosomatickou jednotu – pohyb spojuje vnitřní a vnější tělo; obnovu pozitivního sebepřijetí - volíme taková cvičení, které pacient zvládne provést a kde může kontrolovat svůj pohyb tak, aby se neaktivovali obranné mechanismy v případě, že by cvičení bylo příliš náročné; sebepřijetí a integritu – během cvičení nemocného navádíme k uvědomění si svého těla, polohy atd.; tělesnou symboliku – pohyb a polohy mají symbolický význam a tudíž se např. využívají v taneční terapii; Emoční spontaneitu – nemocný není omezován v emočních projevech při pohybu jako v dřívějším životě; tvořivost (Hátlová 2002).

## **6.3 Druhy kinezioterapií v léčbě psychiatrických onemocnění**

Kinezioterapie jako podpůrná terapie vytváří programy, v nichž si pacient ověřuje a rozvíjí schopnosti, které se přesouvají i do jiných oblastí života. Terapeut vede nemocného k ověřování svých možností a je stimulován, aby se naučil využívat vnitřní i vnější zdroje zvládnutí zátěže. Cvičení se využívá k překonávání netradičních překážek a pomocí něj se také rozvíjí vzájemná důvěra a komunikace. Formy kinezioterapií jsou modelovány s ohledem na onemocnění a současný psychosomatický stav nemocného (Hátlová, 2003).

### 1) Integrativně zaměřená kinezioterapie

Tento druh pracuje se zdravými složkami osobnosti, tak, že se snaží o procítění vlastního tělesného schématu, jako nedělitelné jednotky a tím dosáhnout zakotvení vlastního „self“ ve vnějším prostředí. Využívá jednoduchých gymnastických pohybů a poloh. Terapeut vede nemocného u uvědomování si vlastního těla, jeho celistvosti a postavení částí těla vzájemně a celkově tak zmírňuje míru dezintegrování.

## 2) Koncentrativně zaměřená kinezioterapie

Vede k vědomému sledování prováděného pohybu, jaký má účinek, reguluje dýchání a napětí svalů. Vychází z toho, že existuje vztah mezi psychickou a motorickou aktivitou a jak se vzájemně ovlivňují. Jako techniky využívá gymnastiku, relaxační a dechová cvičení a prvky hathajógy. Pacient musí aktivně spolupracovat a klade důraz na kvalitu provedení, prožívání vlastního těla a sebekontrolu.

## 3) Kinezioterapeutické aktivně relaxační programy

Zaměřují se na iniciaci kognitivních a emocionálních procesů. Využívají gymnastiky, taneční a jiné výrazové tance a prvky sportu. Není náročné na výkonnostní složky. Dochází prostřednictvím toho cvičení k uvolnění napětí. Mělo by se posílit sebevědomí a důvěra v okolí. Není kladen důraz na přesnost.

## 4) Kinezioterapeutické aktivační programy

Zaměřují se na iniciaci kognitivních procesů a motorických dovedností. Používají manipulační cvičení, tanec a prvky sportu k obnovení a rozvinutí pohybových možností klienta. Kládeme důraz na přesnost a na pozitivní prožitek, který pacient má mít ze zvládnutí pohybové dovednosti.

## 5) Kinezioterapeutické programy zvyšující sebedůvěru a důvěru v druhé

Zaměřuje se na uvedení kognitivních a volných procesů. Využívá provádění modelovaných cvičení s využitím prvků sportu a her. Dochází tak k ověření vlastních možností a schopností. Většinou se tato cvičení provádějí v malých skupinách podle fyzické zdatnosti a jejich náročnost se postupně zvyšuje. Klade se důraz na zvládnutí úkolu.

## 6) Kinezioterapeutické komunikativní programy

Pomocí neverbální komunikace snadněji navazují klienti kontakt. Vnímají spolupráci a spoluúčast. Využívá se her a pobytu v přírodě.

## 7) Terapeutické využití sportovních cvičení

Sportovní cvičení využívají pravidel pohybových cvičení, která se při provádění musejí dodržovat. Klade se důraz na Přesné dodržování příkazů a zákazů, aby si pacienti uvědomili důležitost dodržování řádu jako jistoty. Také klienty vedou k možnosti vlastní iniciativy v řešení úkolů. Využívá se především u dlouhodobých hospitalizací. U mužů nejlépe využívat sportovní výkonově motivované činnosti a u žen spíše cvičení s hudbou, tanec (Hátlová, Adámková in Kolář, 2010).

## 7 Feldenkraisova metoda

Z mého pohledu by se tato metoda dala dobře zařadit mezi metody používané v léčbě psychiatrických onemocnění a to díky jejímu principu a proto jí zde uvádím.

Tvůrcem této metody je Moshé Feldenkrais Dsc – fyzik, vědec a učitel juda. Metoda vznikla z poznatků fyziky, biomechaniky, fyziologie, neurověd, biologie, anatomie, teorií učení, psychologie a vývojové psychopatologie a vývoje dětské motoriky. Je to celostní přístup využívající pohyb jako prostředek učení. Lidský mozek je plastický a v každém věku – v některém období lépe, můžeme využít proces organického učení. Slouží ke zlepšení kvality pohybu a skrze pohyb se promítá do aspektů života jako je vnímání, prožívání a myšlení. Dále slouží k zlepšení pocitu lehkosti a uvolnění, snížení bolesti, omezení pohybu, koordinace, rovnováhy, kinestetického vědomí, zlepšení sportovních výkonů, mentálních schopností, zvládnutí stresu a další. Jinak řečeno celkově zlepšuje funkčnost. Funkcí máme na mysli interakci člověka s prostředím. Obnovuje dynamický vztah mezi člověkem a společností. Metoda působí komplexně na kvalitu života. Metoda není omezena věkem. Neklade důraz na rozsah pohybu, ale na pocit, který konkrétní pohyb vyvolává.

Je vhodná pro klienty, kteří trpí chronickými bolestmi, omezením pohybu, civilizačními chorobami, pro osoby s vývojovými obtížemi, psychologickými a neurologickými problémy.



Feldenkraisova metoda se dá používat ve dvou formách a to jako individuální lekce (Functional Integration®) a nebo ve formě skupiny (Awareness Through Movement®). Při provádění se klade důraz na prožitek z pohybu nikoliv na výkon. Klient je veden slovně terapeutem a využívá se klidných a jemných nenáročných pohybů, nebo v případě individuální terapie leží na speciálním lehátku a terapeut pomocí dotyků zjišťuje informace o jeho těle prostřednictvím jemných dotyků a pohybů (Feldenkrais, 1978).

## **8 Kinezioterapie v léčbě závislosti**

### **8.1 Teoretická východiska**

Při přípravě kinezioterapeutických programů je třeba brát zřetel na následující teoretická fakta z problematiky závislosti. Jedním z hlavních znaků závislosti je bažení (craving), což je silná touha a puzení užít látku. To považujeme za silnou emoci. Následkem toho dochází k poruše paměti, dennímu snění po návykové látce, zhoršení chování a odvádí pozornost od běžného života (Nešpor, Csémy, 1999). Bylo doporučeno rozdělit bažení na bažení tělesné a psychické. Tělesné vzniká v době, kdy odeznívají účinky návykové látky, kdežto psychický craving může trvat a objevit se i delší dobu po abstinenci. Dalším ze znaků závislosti a důležitým při sestavení kinezioterapie je nedostatečné sebeovládání a zhoršené vnímání sebe a svých emocí. Snížené sebecítění může vést k nadměrné únavě. V léčbě je důležité celkově změnit svůj životní styl, zvládat úzkosti, které vznikají při potlačování bažení a osvojení sociálních dovedností. V současné době se velmi uplatňují v léčbě závislosti metody rozvinuté na podkladě modelů teorie učení – behaviorální teorie. Je vědecky prokázáno, že směřují k některým špatně ovlivnitelným aspektům drogové závislosti – např. při motivaci závislého změnit své chování (Miller, 1983; Vanbilsen 1988). Dále je důležitá teorie sociálního učení, která spočívá v rozšíření klasického podmiňování a učení nápodobou. Návčik sociálních dovedností vychází z faktu, že závislí pacienti nemají dostatečné schopnosti řešit své problémy (Rotgers, 1999).

Dalším důležitým prvkem v léčbě závislostí je motivace. Přístupy posilování motivace, které se zakládají na principech sociální psychologie. Snaží se o mobilizaci klientů a naučit je zdravějším vzorcům chování a zdravějšímu životnímu stylu. U lidí středního věku často postačí, že se navrátí k bezpečným volnočasovým aktivitám, ale mladší lidé hledají většinou nové záliby.

Z tohoto teoretického základu, kdy je klientům potřeba utvořit strukturované prostředí vychází tyto kinezioterapeutické programy, které se podílejí na léčbě závislostí: Odstranění nedostatků, které pacient jinak kompenzuje závislým chováním; Relaxační somatické a somatopsychické pohybové programy, osvojení pohybových dovedností, ale i sociálních neverbálních dovedností a dovedností, které zvyšují pocit způsobilosti; Návuk nových vzorců chování pomocí pohybu bez vztahu ke zneužívání závislého chování a nalezení nových zálib po zkušenostech s pohybovou aktivitou (Hátlová, 2002).

## **8.2 Pohybové aktivity v léčbě závislých pacientů**

Během posledních let se velmi mění složení závislých pacientů na oddělení. Tradičně se od 60. let u nás léčila závislost především na alkoholu. Tuto tradici založil prof. Skála. V současné době jsou častěji než dříve hospitalizováni i klienti se závislostí na pervitinu, opiátech a lécích. Méně pak klienti závislí na procesech, ale přesto se i oni objevují v „seznamech“ hospitalizovaných pacientů. Současné léčebné programy se navracejí k tradičnímu „Skálovskému“ přístupu, který je doplněn o nové terapeutické přístupy – behaviorální a kognitivní terapie. Tyto programy mají u klientů zlepšit kondici a zvýšit odolnost proti fyzické a psychické zátěži. V hojném množství se využívá pracovní terapie za přítomnosti pracovních terapeutů a tělesných cvičení. Spíše v zahraničních programech se využívají i pohybové hry a prožitkově zaměřená cvičení, ale už se začínají objevovat i u nás.

Kinezioterapeutické programy by měli být voleny s ohledem na aktuální psychosomatický stav, průběh dosavadní léčby a individuální schopnosti a jak klient akceptuje různé terapie. Terapeuté a celý program má za úkol vést pacienta k sebekonfrontaci a tím k uvědomování si a sebereflexi. Zároveň má klientovi pomoci

s vnitřní motivací ke změně. Změna není jednotlivá událost, ale celý proces. Za nejdůležitější nástroj změny dle Hátlové (2003) považují **techniku posilování motivace**:

- a) Projevování respektu
- b) Reflexivní naslouchání (porozumění – naslouchání – komunikování)
- c) Poskytují zpětné vazby – pozitivně – ocenit pokroky a schopnosti pacienta
- d) Terapeut se nedostává do konfliktu s pacientem
- e) Terapeut respektuje klientovo onemocnění a tím pádem i jeho chování. Z počátku terapeutického programu nekonfrontujeme, ale později můžeme upozornit na rozpor mezi chtěným a reálným chováním pacienta.
- f) Podpora klienta, že důvěřujeme v jeho vlastní síly a soběstačnosti.

Při provádění kinezioterapie je zásadní trénink dovedností. Vhodné je vedení vrstevníky a využití facilitace v níž hybnou silou pacientova chování je vliv společenství. Klade důraz na to, aby všechna rozhodnutí dělal pacient sám. Pohybová terapie by měla být správně prováděna pod vedením školeného terapeuta, který odpovídá za to, že zátěž bude adekvátní, vytvoří cíleně motivované situace a kvalitu programu. Kinezioterapie by měla probíhat v menších skupinách maximálně 12 pacientů.

## **8.3 Vhodné kinezioterapeutické programy**

### **I. Fáze**

Začátek by měl být mezi 2-4 týdnem a doporučuje se začínat relaxačním cvičením. Například jóga, dechová cvičení nebo taktilní relaxace. Relaxace je vhodná pro zmírnění napětí, zvláště z počátku, kdy na klienty působí nadměrně stres. Zároveň, ale dává relaxace možnost přemýšlet a uvědomit si vytěsněné konflikty. Pozor u klientů na nealkoholových drogách, zvláště u pervitinu, kde může relaxace vyvolat tzv. „flashbacky“. Relaxace se také dělí na tělesnou relaxaci (svalovou) a na psychickou relaxaci. Všechny relaxace by z počátku měly být pod vedením a kontrolou terapeuta, který provádí jen ty techniky, které opravdu zná. Navozuje u pacientů plnou koncentraci

a uvědomování somatických a somatopsychických prožitků, které terapeut jmenuje. Terapeut musí věnovat pozornost klientům a jejich reakcím, které by měly být pozitivní. Z počátku mohou být nemocní dráždiví a negativní. Dále se doporučuje v první fázi navázat aktivním cvičením s relaxujícími účinky, což je u žen například pomocí tance a u mužů nekontaktní cvičení se sportovními prvky. Nejprve cvičení samostatně, později ve dvojicích a nakonec ve skupinách. Z počátku není kladem důraz na kvalitu pohybu, ale na emocionalitu a prožitek.

## **II. Fáze**

Po částečné stabilizaci psychosomatického stavu se zaměřuje na zvýšení schopnosti sebecítění a autoregulace. Využívá se k tomu koncentrativní cvičení a relaxace. Po relaxačních cvičení z I. fáze se začíná zařazovat nácvik progresivní relaxace a autogenního tréninku. Dále se v této fázi začíná zařazovat prvky cvičení, které využívají sebedůvěry a důvěry v druhé a schopnost spolupráce. Tedy využívají her v přírodě a skupinových her, kde je potřeba sebedůvěry a vzájemnou spolupráci a důvěru v druhé pacienty. Nemocní musí překonávat strach z rizik pomocí vzájemné spolupráce, bez které nemohou úkol vyřešit a posunout se dál v programu. Frekvence by měla být 3x týdně. Uvědomují si tím, že mohou prožít něco pozitivního, bez toho aniž by použili drogu a navazují tak nové vztahy.

## **III. Fáze**

V této fázi se doporučuje pohybový program, který obsahuje nácvik seberegulace a způsobů prosazování vlastních potřeb, zájmů a názorů. Cílené ovlivňování sebe sama, nácvik senzitivity. U mužů se například doporučuje aerobní sportovní disciplíny (běh), sportovní hry a posilování. Pro ženy se doporučuje např. aerobic, cvičení s hudbou, běh, lehčí sportovní hry. Aerobní zátěž by měla být v rozsahu 5x týdně alespoň 30 minut.

## **8.4 Rozdíly v pohybových aktivitách u mužů a žen**

Jsou dány už odjakživa rozdílnou výchovou. Ženy jsou závislejší na emočním prožívání. Více vnímají, rozpoznávají a řeší citové vztahy a jednají na podkladě emocí.

Muži naopak se obecně projevují emočně mnohem méně a je to spíše považováno společností za nevhodné a dokonce se učí zlehčovat vlastní pocity. U mužů se očekává výkon, soutěživost a zvládání rizik. Terapeutické programy by měly respektovat tyto odlišnosti a tedy být „šité“ na míru určitému pohlaví (Hátlová, 2002).

## **9 Apolinářský model**

### **9.1 Historická fakta a seznámení s Apolinářem**

Apolinář – první oddělení pro studium a léčbu závislosti na alkoholu u nás, založené v roce 1948 doc. MUDr. Jaroslavem Skálou CSc.

Služby u Apolináře zahrnují léčebná lůžková oddělení pro muže a ženy, ambulanci, detoxikační jednotku, substituční léčbu a středisko pro mládež a rodinnou terapii. Do Apolináře většinou přicházejí „dobrovolní“ pacienti, ve smyslu, že léčba není nutně nařízena soudem, ale ne už tak dobrovolní v rámci svého osobního života (nátlak manželky atd.). Léčba obvykle trvá tři měsíce, ale v současné době trvá zpravidla měsíce čtyři. Léčba je placená pojišťovnou – paušálně. Složení a náplň léčebného programu má jasnou strukturu. Během léčby kladou důraz na povinnosti a kladou jich na pacienta „kolik jen unese“ a nepřehlédnou a neodpustí mu jedinou chybu. Pacient pouze neabstínuje, ale podílí se i na práci v kolektivu. Skupiny (každý klient je na začátku léčby přidělen do jedné ze skupin, ve které setrvá po celou dobu pobytu) mezi sebou soutěží v nejrůznějších disciplínách (deníky atp.). Na základě odměn klienti mohou například na vycházky (po 6 týdnech).

Součástí Apolináře je i Pražský klub nazývaný KLUS (Klub usilující o střízlivost) a schází se zde od roku 1948. Diskuzí se účastní pacienti, kteří léčbou prošli nebo aktuálně procházejí (Skála, 1988).

Tento náročný léčebný režim má mj. bodovací systém. V Apolinářském modelu je důležité, aby každý klient byl zodpovědný sám za sebe, ale má odpovědnost i za ostatní klienty. Tzn., že pokud jeden klient poruší pravidla je to pochybení i ostatních – nejbližších spolupacientů sdílejících jednu „světnici“. Další důležitou částí tohoto

modelu jsou pravidelná setkání komunity, skupinové terapie práce s rodinou. Velký důraz se klade na zvýšení fyzické zdatnosti. Důraz v tomto modelu se klade na kázeň a pořádek, režim je přísný s řadou represivních prvků a v mnohém se podobá léčení v terapeutické komunitě, ale také se v mnohém liší. Skála sám mnohdy nazýval Apolinářský model jako terapeutickou komunitu (Glosář pojmů, 2001; Kalina, 2008).

Jaroslav Skála vnímal rehabilitaci také velmi komplexně. Kládl důraz jak na rehabilitaci fyzickou a pohybovou tak mluvil i o rehabilitaci psychické. Z jeho zkušeností vyplývalo, že vždy je úspěšnější dobrovolná léčba a rehabilitace než, když je nařízená institucemi. Tvrdí, že na odděleních protialkoholních léčeben je potřeba vytvořit speciální léčebný režim. A to takový, kde se řadí všechny terapeutické metody, které klienta izolují od alkoholu, vedou ho a aktivizují.

V jeho systému léčby se využívá pracovní rehabilitace, která odvádí pozornost od zájmů konkrétního klienta k zájmům celku. Terapeuté ho učí správné životosprávě, pečují o duševní rehabilitaci i o rehabilitaci tělesnou, na kterou jak již bylo zmíněno, klade velký důraz. Možná proto, že v jeho životě hrál sport a celkově aktivní pohyb velkou roli. Sám studoval na Institutu tělesné výchovy a sportu a krátce působil i jako učitel tělocviku. Ve svém léčebném režimu využíval sportu a to hlavně běhu, co se uplatňuje doted' (Skála, 1957).

Součástí léčebného týmu u Apolináře jsou kromě lékařů, psychologové, adiktologové a další nelékařský personál - zdravotníci i nezdravotníci (zdravotní sestry, pracovní terapeut).

První publikací, která popisovala Apolinářský model a léčbu v Apolináři byla kniha „Alkoholismus“ napsána Jaroslavem Skálou a vydaná v roce 1957. Do povědomí se u nás a v zahraničí dostal tento model hlavně díky vědeckým evaluačním studiím a práci PhDr. Luďka Kubičky, CSc., který vydal i několik publikací spolu s doc. MUDr. Jaroslavem Skálou CSc. Také se o Apolinářský model zajímali díky Světové zdravotnické organizaci, jejímž členem byl právě Skála a která posílala stážisty ze zahraničí (Klimešová, 2017).

Tím, že se v Apolináři léčí především klienti, kteří propadli pití a jiným drogám, ale nejsou na tom ještě tak špatně a chtějí předejít koncům, jako jsou konflikty se zákonem, jaterní cirhóza, delirium apod. jsou důkazem toho, že Apolinář je jen přestupní stanicí do lepšího, zdravějšího a šťastnějšího života (Skála, 1988).

## **9.2 Historie pohybových aktivit u Apolináře**

Už v začátku působení prof. Skály u Apolináře se den začínal ranní rozcvičkou venku na zahradě (1948), které byly už v těch dobách vedeny tělocvikářem. Tyto aktivity zaměstnávali klienty, když zrovna neprodělávali léčbu zaměřenou na závislost. I v dalších odděleních patřících k Apolináři nebo využívajících apolinářský program (v Libverdě) probíhaly pohybové aktivity vedené profesorkou tělocviky. V Lojovicích, které také patřily k Apolináři, byl velký park, který nabízel mnoho možností. Okolí vybízelo k pohybovým aktivitám a to např. ve formě turistiky, kondičních běhů, joggingu a celkově běhu pro radost. Konaly se zde i sportovní soutěže. V Lojovicích se pořádali nejrůznější běhy, např. desetikilometrová trať z počátku nazývaná jako „Běh lesem za buřtama a pohádkama“ i jiné kratší jako je „Klimkův memoriál“ (5km) nebo dokonce „Skálův lesní běh a jogging“

V úplných apolinářských začátcích se málo cvičilo a nevyužívaly se v takovém rozsahu ani relaxační techniky. V roce 1965 se začalo v Apolináři běhat jako režimový doplněk pro pacienty, kteří přestali kouřit. Tito pacienti i další, kteří nikdy necvičili, se naučili během pobytu běhat a ne jen pro „fyzičku“, ale i pro radost. Někteří i díky běhu unikli náhradní droze – tabáku. Mnoho pacientů si běh oblíbilo natolik, že začali běhat i maratony. V minulosti se na Apolináři konaly běhy i pro veřejnost (Velká kunratická, Běchovice). Protože byl prof. Skála zastáncem pohybových aktivit, tak se časem přidávaly i další aktivity – sportovní odpoledne, turistické nekuřácké pochody, cvičení v tělocvičně, volejbal, fotbal (ale jen krátce – mnoho úrazů), ale osvědčil se nohejbal. Vznikaly i tělovýchovné koutky, posilování. Využívaly se víceboje „bud' fit“, kde se využívalo cviků jako sed-leh, dřepy, skoky z místa do dálky, švihadlo aj.

Kondiční běhy byly na pořadu každého dne. V Apolináři vytvořili běžecké desatero, vysvětlující jak běh přispívá i k psychické pohodě a jak člověk sám sebe obohacuje.

Dříve byly doby, že nad lůžkem visela tabulka se záznamy o tělesné zdatnosti pacienta a jeho změnách v průběhu léčby (Cooperův test – kolik metrů urazí za 12 min).

Skála tvrdil, že kdosi jednou řekl, že člověk má dva doktory a to pravou a levou nohu, ale je potřeba hlavy, aby se dva „doktoři“ dostali do pohybu. Sám Skála přiznává, že v počátcích běhů na Apolinári leccos přehnali (Skála, 1998).

### **9.3 Bodovací systém v Apolinářském modelu**

Bodovací systém v Apolinári začal už v roce 1952. Sleduje systém odměn a trestů a udělování kladných a záporných terapeutických bodů. Udělování bodů je na jedné straně pevně ohraničeno, ale na straně druhé je poměrně pružné. Bere např. ohledy na délku léčby. Hodnotí se a kontrolují požadavky, povinnosti, tabu i možnosti. Bodovací systém se vztahuje nejen na samotného pacienta ale i na „světnice“ (skupiny) a také na celý kolektiv pacientů (Skála et. al. 1973). Např. když se přijde na to, že někdo z klientů kouřil na záchodech a nikdo se nepřizná, dostává záporný terapeutický bod celá komunita – nasbírání tří záporných terapeutických bodů pro komunitu – přichází trest, př. ztráta kulturní vycházky (Poznámka autorky).

Tento bodovací systém se jistým způsobem vztahuje na terapeutický tým. Tím zasahuje celé terapeutické společenství terapeutů a pacientů. Mnohdy je tento bodovací systém pro pacienty velmi „tvrdý“, alespoň zpočátku, později ho definují jako „důsledný, náročný, ale účelný“. Mnohdy může být pro klienty frustrující. Přináší mu tresty a odměny, aktivizuje ho a nutí ho řešit vyvstalé konflikty, je to pro pacienta permanentní tréninková zátěž (Klimešová, 2017).

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



Apolinářský bodovací systém je oproti zahraničním bodovacím systémům jiný v tom, že přináší pro pacienty nejen důslednost v odměnách, ale i v trestech. V zahraničích se zaměřují svým bodovacím „kupónovým systémem pouze na pozitivní projevy pacientů – pokud budou klienti plnit správně a svědomitě úkoly a zapojovat se do režimu (vstávání, cvičení, uklízení pokojů atd.) budou odměněni pomocí kupónů, které pak „vymění“ za odměnu (Klimešová 2017).

*„Ten pravý démon je „démon abstinence tvořivé“. Tehdy se práce na osobnosti a jejím zrání může stát fascinujícím sportem. Abstinence našinců je tedy jen podmínkou a prostředkem, rozhodně ne však cílem. Je zpočátku jen prázdným bytem, který je třeba zařizovat, naplnit, aby se stal domovem“*

≈ Jaroslav Skála ≈

## **10 Vykazování zdravotní péče u Apolináře vs. fyzioterapie**

Ústavní lůžková péče (doléčování) v léčbě závislostí u Apolináře je hrazena paušální sazbou. Paušální platba nezohledňuje, kolik péče bylo poskytnuto, ale je stanovena na základě neměnného měsíčního výpočtu z předchozího období. Každý pacient, který překročí limit je pro zdravotnické zařízení vlastně nákladem, protože se překročená péče již z veřejného zdravotního pojištění neuhradí.

Platby pro zařízení jsou prováděny v závislosti na produkci za celý rok. Paušální platbu tedy dostanou nemocnice až přibližně v polovině následujícího roku. Jsou pro lůžková zařízení demotivující. Vše závisí na počtu pacientů – limitech, když se limity překročí, musí nemocnice hradit léčbu sama. To vše vede k tomu, že se prodlužuje doba objednání klientů, aby byly dodrženy limity.

Proti tomu je fyzioterapeutická péče v takovýchto zařízeních hrazena platbou za výkon z veřejného zdravotního pojištění podle seznamu zdravotních výkonů, kdy každý výkon má svou bodovou hodnotu. Tento seznam zdravotních výkonů vydává ministerstvo zdravotnictví prostřednictvím vyhlášky. Výše platby za jeden bod a další podmínky úhrady jsou každoročně stanovena tzv. úhradovou vyhláškou MZ. Příklad výkazu výkonu: Výkon č. 21225 – Individuální léčebná tělesná výchova, čas výkonu: 15 min., body: 20.

Proto zde vystupuje problematika zařazení fyzioterapeuta do multidisciplinárního týmu u Apolináře. Problémem je právě způsob hrazení zdravotní péče. V tomto případě by byl fyzioterapeut pro Apolinář spíše dalším výdajem, protože by si na sebe nemohl „vydělat“ prostřednictvím bodového systému, na základě kterého svou práci běžně vykazuje a získává platby od zdravotních pojišťoven (MZČR, 2016; VZP, 2016).

# **11 Použité metody**

## **11.1 Výzkumné cíle a otázky**

### **11.1.1 Výzkumné cíle:**

Cílem je zmapovat a porovnat pojetí rehabilitace v současném nastavení Apolinářského modelu komplexní léčby závislosti na alkoholu v kontextu doléčování s pojetím rehabilitace v oboru Fyzioterapie. Prostřednictvím evaluační studie bude zkoumán způsob zajištění rehabilitace v současném programu s tím a způsob jeho konceptualizace, hodnocení průběhu léčby pohybem, a zda je rehabilitace přiměřená zdravotnímu stavu klientů. Dalším cílem je posoudit možnost přítomnosti fyzioterapeuta v ošetrovatelském týmu a způsobu vykazování této péče.

### **11.1.2 Výzkumné otázky:**

Jaké rozdíly jsou v pojetí termínu rehabilitace v Apolinářském modelu proti oboru fyzioterapie?

Jaké programové komponenty probíhají v doléčovacím programu Kliniky adiktologie VFN a odpovídají pojetí rehabilitace?

Jaká příprava probíhá před zahájením rehabilitace a proč je důležitá kineziologická diagnostika v adiktologii k vykonávání pohybových aktivit?

Z jakého důvodu by měl být součástí terapeutického týmu fyzioterapeut a jaké výkony by mohl v budoucnu vykázat na pojišťovnu?

Jaké jsou možnosti a perspektivy doplnění interdisciplinárního týmu o pozici a roli fyzioterapeuta a jaké jsou možnosti jeho využití v týmu adiktologického doléčovacího programu?

## **11.2 Výzkumný soubor**

Základním souborem jsou doléčovací programy postavené na Apolinářském modelu. Aby bylo možné kvalitativní vyhodnocení evaluace procesu aplikované na dané doléčovací programy podle evaluačních kritérií provést v potřebné míře detailu v daných časových a kapacitních limitech evaluačního týmu, byl vytvořen následující výzkumný vzorek.

### **Výzkumný vzorek**

Výzkumný vzorek byl vybrán metodou záměrného výběru, kdy účastníci splňují určité kritérium, jsou tedy vhodní a s účastí na evaluaci procesu souhlasí (Miovský, 2006). Náš výzkumný soubor sestává z doléčovacího programu Kliniky adiktologie, jeho složení, dílčích intervencí a jejich kombinací. Jednotkou výzkumného souboru je tedy program nikoliv pacient.

### **Doléčovací program na Klinice adiktologie**

Klinika adiktologie (Apolinář) byla první protialkoholní léčebnou u nás. Dnes je jedinou Klinikou adiktologie v ČR a poskytuje certifikované služby. Součástí kliniky je detoxifikační jednotka, LOM, LOŽ a další ambulantní zařízení, které utváří ucelenou síť služeb. Doléčovací program zde mají v ambulantní i pobytové formě. Probíhají zde různé doléčovací skupiny, např. každý čtvrtek probíhá skupina KLUS, nebo také skupina poslední čtvrtek měsíce. Tato práce je zaměřená na pobytovou formu doléčování. Ta probíhá tak, že pokud klient řádně ukončí základní léčbu, může absolvovat opakovací pobyt na dobu jednoho týdne a opakovat po třech měsících, tedy celkově 4x za jeden rok. Pro tento typ doléčovací formy není na oddělení stanoven nebo vyhrazen počet lůžek, proto počet opakovacích léčeb v jednom týdnu je variabilní. Cílovou skupinou jsou muži a ženy starší 18 let se závislostí na jakékoliv NL, nebo i v kombinaci s jinou psychickou poruchou (tzv. duální diagnózy). Podmínkou pro přijetí je, aby klient hovořil v českém nebo slovenském jazyce a byl dostatečně pohybově soběstačný. Režimový program tvoří individuální i skupinové aktivity. Na jejich vedení se podílí celý ošetrovací tým oddělení. Ten tvoří lékař, psychiatrické

sestry, psycholog, adiktolog, pracovní terapeut, sociální pracovník. Denní harmonogram se liší mezi odděleními detoxifikace a lůžkovými odděleními. Mezi odděleními LOŽ a LOM se liší minimálně. Pro příklad uvádím denní program (pondělí) na LOŽ: Začíná se zvoněním a poté se pokračuje rozcvičkou (mimo dny sobota a neděle) a dále následuje hygiena, úklid a zpěv, zvonění, hlášení, snídaně, vizita, léky, zvonění, autorelaxace, komunita, pracovní terapie, zvonění, čtení z tisku, hlášení, oběd, léky, pracovní terapie, skupiny, zvonění, hlášení, večeře, léky, studium, zvonění, ¼ rozcvička, úklid a léky, zvonění, noční klid. Každá část programu má stanovený přesný čas, který se musí dodržovat. Tento důsledný a náročný režim slouží pacientům, aby se aktuálně projevovaly a konfrontovaly, tím se vytváří terapeutické a rehabilitační klima. Program vystavuje klienty náročným situacím, které neuměli v minulosti zvládnout a tímto přísným režimem se snaží změnit chování a jednání klientů, které měli narušené vlivem užívání NL (Léčebný řád – lůžkové oddělení ŽENY, MUŽI, 2018)

## **11.3 Metody sběru dat**

### **11.3.1 Příprava sběru dat**

Prvním krokem k získání potřebných informací je zajištění odborné stáže v doléčovacím programu Kliniky adiktologie ve VFN. Stáž bude zajištěná přes vedoucího práce a zároveň současného přednostu kliniky. Personál bude předem informován a seznámen o účelech a průběhu výzkumu a přítomnosti výzkumníka při práci s klienty. Konkrétní termíny budou předem domluveny.

### **11.3.2 Zdroje dat:**

- a) Operační manuál doléčovacího programu
- b) Literatura popisující apolinářský model a specificky pak zabývající se doléčováním (Libra et al., 2012), (zákon č. 108/2006 Sb.), (Dvořák, 2003b), (Kuda, 2003), (Substance Abuse Program Office, 2001).

- c) Pozorování a záznam na místě na pracovišti
- d) Rozhovory se zaměstnanci programu
- e) Sazebník výkonů zdravotní péče (MZČR, 2016).

## 11.4 Výzkumný nástroj a způsob sběru dat

Výzkumným nástrojem k získání zpětné vazby o kvalitě fyzioterapeutické péče v doléčovacím zařízení lze využít evaluaci. Pojem evaluace může mít v české literatuře několik významů. Jeden z nich je brán jako synonymum a je to pojem „hodnocení“. Základními kategoriemi je formativní a sumativní evaluace. Formativní evaluací se rozumí, že je okamžitá a slouží především pro každodenní potřeby denního programu. Přispívá k jeho zlepšení a efektivnější práci personálu a tím utváří kvalitnější program. Sumativní evaluace využívá hlavně kvalitativní metody výzkumu. Popisuje program zpětně. Tedy zda byl program efektivní a jestli je dobré v něm pokračovat (Stake, 2004; Patton, 2002). Stake (2004), také užívá k vysvětlení rozdílu mezi formativní a sumativní evaluací zajímavé přirovnání. Formativní evaluace je: když kuchař ochutná polévku; oproti tomu sumativní evaluace je: když host ochutná polévku.

K našemu účelu využijeme evaluaci procesu formativním přístupem. Evaluací lze zjistit a zhodnotit, zda nastavené programy v tomto zařízení fungují tak jak mají, jaké jsou náklady, efekt nebo vliv léčby. Tím nám poskytuje zpětnou vazbu a pomáhá při zlepšení kvality služeb a při rozhodování. Evaluace procesu identifikuje oblasti, kde se může něco zlepšit. Netýká se tedy změn u klientů, ale zaměřuje se na fungování léčebných programů. Formativním přístupem získáme informace o silných a slabých stránkách předmětu našeho výzkumu a tím pádem můžeme navrhnout konkrétní postup ke zlepšení (Miovský, 2006).

Mertens (2005) uvádí, že to, co odlišuje evaluaci od ostatních forem sociálně vědního šetření, je její politická podstata. V evaluační studii jsou politika a věda propojeny. Proto můžeme říci, že účelem evaluace je zjistit a ověřit, zda ten či jiný program funguje, je efektivní a plní vytyčené cíle. Aby mohl vzniknout takový program, tak je ve

většině případů vázán na politické rozhodnutí, a tedy i evaluační zpráva je vlastně zprávou na objednávku.

Aby byla evaluace přínosná, potřebuje projít řádnou přípravnou fází. Tato fáze nám dává informace o tom, zda je evaluaci ve vybraném zařízení za daných podmínek vůbec možno provést. Evaluaci je vhodné provádět v prostředí, které nám umožňuje pravidelný sběr informací, kterou doléčovací program Kliniky adiktologie splňuje. Mnoho subjektů tvořící a plánující některé programy, sloužící k léčbě závislostního chování, spíše spoléhají na nasbírané zkušenosti, než na výzkumy a studie. Evaluace doléčovacího programu nám může pomoci určit jak je léčebná rehabilitace potřeba a stanovit její účinnosti. Také nám pomůže zjistit jaký je rozdíl v poskytování rehabilitace stávajícím personálem, nebo když by byla poskytována fyzioterapeutem i co se týče možností vykazování péče.

V přípravné fázi se zamysleme, zda je tuto evaluaci reálné provést a to na základě konkrétních otázek - otázky, které jsme si stanovili a jímž se budeme věnovat. Zamýšlíme se také nad následujícími body: Proběhla evaluace již dříve- jaké měla výsledky?; velikost a šíře záběru požadované studie; dovednosti, jimiž by měl výzkumný soubor disponovat a časový rozvrh studie. Od začátku by měli být zainteresovaní součástí diskuzí o zjištěných skutečnostech a jejich názory by se měly ve studii promítnout. Dále se zaměříme na to, s kým budeme komunikovat a získávat informace – v našem případě to budou nejen pacienti, ale hlavně personál, který rehabilitaci poskytuje, i to zde analyzujeme. Tedy analyzujeme nejen obsah práce, ale i kdo doručuje kterou část rehabilitace. Tím se zaměříme i na dovednosti, kterým personál disponuje. Hlavní je dobrá komunikace se zainteresovanými osobami, protože podstatnou část informací získáme z rozhovorů. K získání kvalitativních dat slouží hlavně otevřené otázky. Další důležité informace získáme analýzou z dostupné dokumentace, kterou můžeme zjistit účinnost daných intervencí programu (WHO, 2000).

Musíme si ujasnit, jak daný program funguje a čeho má dosáhnout – k tomu využíváme analýzu komponent programu doléčování – aktivity zaměřené k dosažení cílů: např. vstupní posouzení a příjem, diagnóza a plán léčby, zvládání abstinence a léčba aj. Může

nám k tomu pomoci stanovit „logický model“. Logické modely jsou grafické znázornění cílů a základem k monitorování služeb a přijímání nového personálu – fyzioterapeuta.

Tím si vyjasníme hned na začátku priority tohoto výzkumu. Sběr dat bude probíhat formou pozorování během předem domluvené odborné stáže. Pozorování a mapování bude probíhat přibližně po dobu dvou týdnů, kdy já osobně budu pozorovatel a hodnotitel (WHO, 2000).

Studie spokojenosti klienta doplňuje evaluaci o pohled „zákazníků“. Může se stát, že například odpad klientů nebo malá úspěšnost v léčbě jsou dány do souvislosti s faktory, které se týkají klientů, ale skutečností může být, že jsou spíše nesoulady ve službách nebo systému léčby (WHO, 2000). V případě této práce budeme pozorovat reakce klientů na poskytované „rehabilitační“ služby, popřípadě se pokusíme vyvodit závěry z krátkých nestrukturovaných interview o spokojenosti se službami.

Tento typ evaluace může provádět nezávislý evaluátor, dobrovolník atd. Klienti by měli být informováni o tom, že odpovědi, které budou udávat, nebo jejich chování neovlivní jejich léčbu, proto abychom od klientů dostávali upřímné ústní zpětné vazby (WHO, 2000). V našem případě budu výzkum provádět já – tedy výzkumník diplomové práce, jakožto odborník v oblasti pohybových aktivit.

### **Reliabilita a validita evaluace**

Základním předpokladem pro měřicí nástroje je, aby měřili to, co mají (validita) a činili tak konzistentně (reliabilita). Reliabilita měřitek v evaluaci se může stanovit zkoumáním jejich konsenzu v čase, anebo reliabilitou, pomocí dvou hodnotitelů, kteří mají vzájemnou shodu. U validity při evaluaci programu se využívá např. zdánlivé validity tzn. zda specifické otázky odráží to, co daný indikátor měří. Reliabilita dat získaná na základě osobní výpovědi se často zpochybňuje. Záleží však na dynamických faktorech (fyzickém a psychickém stavu, motivaci, prostředí, ve kterém sběr dat probíhá, forma kladených otázek nebo porozumění a paměti) (WHO, 2000).



## **11.5 Metody zpracování a analýzy dat**

Pozorování probíhajících programů rehabilitace, hodnocení rozsahu a kvality implementace a integrace. Během pozorování si budu zapisovat do předem připravených pozorovacích protokolů – záznamových archů pro pozorování, přístup ke klientům, průběh rehabilitace a reakce klientů na léčebnou rehabilitaci. Rozbor získaných dat provedu co nejdříve po provedeném výzkumu. Pro urychlení analýzy se záznamovým archem vytvořím systém zkratek a symbolů. Pravděpodobně použijeme i záznamový arch pro terénní poznámky – nemá dopředu vytvořenou strukturu a navrhuji ji dle svých výzkumných potřeb (Miovský, 2006).

Současně budu systematicky analyzovat informace a data s dostupných dokumentů – operační manuál doléčovacího programu. Analýza dat z dokumentů je velmi univerzální metoda, používaná na jakýkoliv textový soubor. Pracujeme s daty, která byla vytvořena ještě před námi. Zhodnotíme dle stanovených cílů a výzkumných otázek co mohou dokumenty vypovídat a zda jsou vhodné pro zodpovězení našich otázek (Miovský, 2006). Vyhodnocovat budeme také provedené rozhovory s klienty a ošetřujícím personálem, registrované písemným záznamem. Následně dle zápisů budu analyzovat výsledky pozorování a po dokončení analýzy navrhnu a zrealizuji závěrečnou zprávu.

## **11.6 Etické aspekty výzkumu**

Klienti i pracovníci budou slovně informováni a poučeni před zahájením evaluace o jejím účelu, potřebné době a průběhu výzkumu a o zpracování získaných dat. Všichni klienti budou ujištěni, že účast na výzkumu je dobrovolná a anonymní. Po účastnících nebudou požadovány žádné osobní údaje. Vše bude probíhat v souladu se zákonem 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a novelou tohoto zákona – Obecné nařízení na ochranu osobních údajů (GDPR), nově platné od 25.5 2018.

## **12 Přípravná fáze evaluace pohybových aktivit v Apolinářském modelu léčby**

Jako první krok pro tuto evaluační studii na Klinice adiktologie byla samotná příprava strategie výzkumu a vytvoření designu diplomové práce.

Jako hlavní metodu jsme zvolili pozorování. Středem zájmu budou především pohybové aktivity, které probíhají na oddělení žen a mužů. Pro zachycení toho co jsem vyzorovala, jsem si připravila zapisovací protokoly. Protokoly mají jednoduchou strukturu a budu do nich konkrétně zapisovat, jaké pohybové aktivity byly v daný den v týdnu, jak byly vedeny a kým a účast pacientů na cvičení.

Zapisovat budu i jaká pohybová omezení se u pacientů vyskytují a jejich návrhy na změny. Od personálu starající se o klienty na oddělení bych chtěla vědět, jaké změny v pohybových aktivitách a popřípadě jestli vůbec by si je přáli, nebo jim stávající situace vyhovuje. Jednou z důležitých otázek pro personál je i jak se ztotožňují s možností přijetí fyzioterapeuta do multidisciplinárního týmu, zda je ho v týmu potřeba.

Má práce je zaměřená na doléčovací program na Klinice adiktologie u Apolináře. Evaluace bude probíhat na lůžkovém oddělení mužů a žen z důvodu, že součástí lůžkové ústavní péče jsou opakovací doléčovací pobyty a pacienti jsou zařazeni na týden do běžného programu ústavní léčby.

Základem pro pozorování bylo domluvení odborné stáže na jednotlivých oddělení, Dohodnutí stáže bylo provedeno přes vedoucího diplomové práce, vedoucí lékaře a staniční sestry každého oddělení. Na každém oddělení byla jeho zaměstnancům a také pacientům při dopolední komunitě práce představena, aby mohly být podány případné připomínky, návrhy nebo nesouhlas. Následně byly domluveny termíny stáží, na kterých, bude probíhat samotná evaluace. Na začátku každé stáže budu znovu klientům a personálu představena já i můj záměr.

## **13 Evaluace doléčovacího programu v rámci lůžkových oddělení**

### **13.1 Vstupní vyšetření klientů**

Vstupní vyšetření ať u lůžkových klientů nebo v případě opakovacího pobytu při doléčování začínají stejně. Začíná se kontrolní dechovou zkouškou na alkohol, poté odběry moči a krve na toxikologii a krevní obraz. Vyšetření provádí lékař a sestra. Když proběhne nutné klinické vyšetření, přichází psycholog na vstupní pohovor s klientem. Může se stát, že má klient s sebou doprovod, i s doprovodem je dobré provést pohovor, většinou jsou cenným zdrojem informací právě příbuzní a blízcí. Klient s sebou přináší důležité zprávy a v případě opakovací léčby je dokumentace uchovávána, tudíž klient přináší pouze nová zjištění, pokud je má s sebou. V oblasti onemocnění pohybového aparátu jsou odkázáni pouze na informace poskytnuté klientem, pokud poškození není viditelné. Pacienti nejsou povinni takové informace uvádět, i když je to spíše v jejich prospěch.

Žádná orientační vyšetření pohybového aparátu se neprovádí. Ve výjimečných případech se stává, že je hospitalizován i klient s pohybovým omezením vyžadující asistenci. Asistenci většinou zajišťuje pracovník oddělení nebo některý ze spolehospitalizovaných klientů (klienti s RA nebo významnou artrózou).

### **13.2 Pohybové aktivity probíhající v programu u Apolináře**

Fyzioterapie se zabývá veškerými pohybovými aktivitami a sportovními aktivitami a různými druhy cvičení včetně nácviku relaxace. Téměř všechny pohybové aktivity jsou vedeny samotnými klienty, kteří jsou k tomu pověřeni, čemuž odpovídá i kvalita daných činností. Výjimečně jsou pohybové aktivity vedeny někým z personálu oddělení. Žádné externisty nebo speciální pracovníky se zaměřením na pohyb na Klinice adiktologie nezaměstnávají.

## **13.2.1 Popis jednotlivých aktivit**

### **13.2.1.1 „Ranní rozcvička“**

Rozcvička začíná v 6.25 každý všední den, o víkendu se vynechává, protože některé klientky jsou na vycházce doma. Rozcvičku vede příslušný klient, který je na momentálně na pozici „sportáka“. Tato pozice se po určité době střídá. Rozcvičku začínají během malých koleček, kdo nemůže běhat, tak chodí dokola. Poté se rozestaví na zahradě a spolu s hudbou 15 minut cvičí. Po rozcvičce následuje ranní hygiena. Rozcvička se vždy cvičí venku, pouze v případě, že venku prší nebo sněží, se cvičí uvnitř.

### **13.2.1.2 „1/4 rozcvička“**

Ve své podstatě je stejná jako ranní rozcvička, trvá také 15 minut, ale je to rozcvička jako trest za minusové body. Aby se trest napravil, cvičí se po dobu 5 dnů.

### **13.2.1.3 „Kolečka před obědem“**

Na ranní komunitě si klienti nahlásí, kolik z nich půjde běhat kolečka před obědem. Za tyto kolečka získávají klienti plusové náhradní body, které jinde ztratily. Běhají okolo zahrady, kde je udělaná jakási stezka v ne úplně rovném terénu. Jedno kolo má cca 300 metrů. K získání bodů musí klienti uběhnout dvě kolečka.

### **13.2.1.4 „Sobotní běh a nedělní kolečka“**

Je aktivita pro všechny klienty, kteří mohou běhat nebo chodit. Opět za ně získávají plusové body a dohání tak body, které ztratili během týdne. Na LOM se běhají jako „sobotní běh“ a na LOŽ jako „nedělní kolečka. Kolečka se měří. Pokud není některý klient přítomen z důvodu vycházky nebo nemoci může si kolečka nahradit jiný určený den v týdnu.

### **13.2.1.5 „20 – 30 minut pohybu“**

Probíhá na LOŽ každé úterý od 15.45 – 16.15. Tento čas využívají k různým aktivitám např. ke kondičnímu cvičení. Klienti si opět nahlásí při ranní komunitě, co budou

v tomto čase určeného k pohybu za aktivitu. Ke kondičnímu cvičení si nahlásí i konkrétní pomůcky, které k tomu budou potřebovat, obvykle karimatky, činky aj. Cvičení si vedou sami. Jiní je využívají k testům fyzické zdatnosti.

#### **13.2.1.6 „Test fyzické zdatnosti“**

Většinou probíhá přezkoušení v úterý v době určené k pohybu a někdy výjimečně probíhá ve středu. Měl by ho absolvovat každý klient. Testy mohou vynechat pouze v případě vážných bolestí pohyb. aparátu nebo při jiné nemoci a pokud ho klient jednoduše fyzicky nezvládne nebo pokud jsou ve fyzickém šetření. Test se skládá z dřepů, sedů/lehů a švihadla, někdy se cviky proměňují například za hod na koš. Doba testu je obvykle 30 minut. Počítá se počet opakování. Tedy kolik udělají sedů/lehů, skoků přes švihadlo jakoukoliv formou nebo dřepů za jednu minutu. To zapisuje do sešitu aktuální „sporták“. U hodu na koš mají pět hodů a kolikrát se trefí. Sporták pak porovná výsledky s minulým týdnem a vidí tak zlepšení nebo zhoršení.

#### **13.2.1.7 „Páteční sportovní odpoledne“**

Na ženském oddělení probíhá tak, že se začíná 15 minutovou rozvíčkou a pokračuje se sportem, který si klientky vyberou. Obvykle si vybírají ping-pong. Nesmí hrát „obíhačky“. Jiná cvičení jako například protahovací cvičení, kondiční cvičení, nebo třeba jógu cvičí ve skupinách. Za mé přítomnosti cvičí jógu klientka, která jógu cvičila i venku mimo Apolinář. Sporty a počty účastníků se opět hlásí ráno při ranní komunitě.

Na mužském oddělení jsou v pátečním sportovním odpoledni například i bazén → kdo chce, může s terapeuty vyrazit do bazénu na jednu hodinu. Ostatní klienti mohou hrát venku kriket, pétanque, chůze, šachy, relaxační cvičení, posilovna. Jejich páteční odpoledne začíná ve 14.00 rozvíčkou u Skály. Pacienti v režimu fyzického šetření si mohou volit pouze **pétanque/kriket, chůzi, šipky, šachy a ping-pong**. Dalšími aktivitami, které mohou pacienti využívat, jsou **volejbal, nohejbal, tenis, badminton, fotbal a basketbal**.

### **13.2.1.8 „Severská chůze – nordic walking“**

Tato aktivita probíhá na mužském oddělení v pondělí, jednou za 14 dní. Vede jí člen týmu – psycholog na mužském oddělení. Klienti na tuto vycházku mohou až po třech týdnech na oddělení. Klienti co nemohou na vycházku ven mimo budovu nebo klienti s omezením, či v šetření mají jako náhradní aktivitu chůzi s holemi na zahradě. Před první manipulací s holemi jsou klienti poučeni, také o tom jak se hole nastavují a zásadami pro používání. Následně je terapeut naučí základní chůzi s použitím holí. Terapeut má předem vymyšlenou trasu s cílem. Celkově jsou cca tři trasy, které jsou klienti schopni zvládnout za určený časový limit pro takovou vycházku. Osobně jsem absolvovala vycházku na Petřín. Vycházka trvala přibližně dvě hodiny. Jde se rychlou chůzí v nerovném terénu. Pohybová aktivita je náročná na fyzičku a vázaná na dobré pohybové schopnosti. Po zpětném příchodu na Kliniku, ještě na zahradě, proběhlo protažení nejpoužívanějších partií těla. Vycházky se účastní i několik pracovníků oddělení.

### **13.2.1.9 „Jóga“**

Téměř každou neděli probíhá na ženském oddělení pro klientky cvičení jógy pod vedením bývalé klientky, která dochází na Apolinář. Cvičit mohou všechny přítomné klientky.

## **13.3 Rozpis pohybových aktivit na jednotlivé dny**

### **13.3.1 Ženské oddělení**

**Pondělí** – 6.25 rozcvička, 11.40 – 11.50 - kolečka před obědem, odpolední volnočasové aktivity – některé klientky na kondiční cvičení, 19.45 – ¼ rozcvička

**Úterý** – 6.25 rozcvička, 11.40 – 11.50 – kolečka před obědem, 15.00 – náhradní kolečka za nedělní kolečka, 15.45 – 16.15 – „20 – 30 min pohybu“/ test fyzické zdatnosti, 19.45 – ¼ rozcvička

**Středa** – 6.25 rozcvička, odpolední volnočasové aktivity – kondiční cvičení, 19.45 - ¼ rozcvička

**Čtvrtek** – 6.25 rozcvička, 11.40 – 11.50 – kolečka před obědem, 19.45 – ¼ rozcvička

**Pátek** – 6.25 rozcvička, 11.40 – 11.50 – kolečka před obědem, 15.40 – rozcvička 15 min + sport (Páteční sportovní odpoledne), u mužů začíná dříve ve 14.00

**Sobota** – 2,5 hodiny kulturní vycházka, žádné jiné pohybové aktivity

**Neděle** – 9.00 – 9.30 – nedělní kolečka, odpolední jóga, 19.45 – ¼ rozcvička

### **13.3.2 Mužské oddělení**

**Pondělí** – 6.25 rozcvička, 11.40 – 11.50 - kolečka před obědem, 13.00 – 15.30 – „Nordic Walking“ + náhradní aktivity – jednou za 14 dní.

**Úterý** – 6.25 rozcvička, 11.40 – 11.50 – kolečka před obědem, 19.45 – ¼ rozcvička, volnočasové aktivity – především posilovna

**Středa** – 6.25 rozcvička, Aktivity ve volném čase, 19.45 – ¼ rozcvička

**Čtvrtek** – 6.25 rozcvička, Aktivity ve volném čase, 19.45 – ¼ rozcvička

**Pátek** – 6.25 rozcvička, 14.00 – páteční sportovní odpoledne (kriket, chůze, šachy, relaxační cvičení, nohejbal, fotbal, basketbal, aj.). Také je možnost bazénu v Podolí.

**Sobota** – „sobotní běh“

**Neděle** – Odpočinkový den, kulturní vycházka

## **13.4 Vnímání pohybových aktivit u Apolináře stran klientů a personálu.**

### **13.4.1 Pohybové aktivity ze strany klientů**

Většině klientů chybí motivace ke cvičení a je možné, že je to způsobené právě neodborným vedením. Když klienti nejsou pod odborným dohledem, mají tendence pohybové aktivity zjednodušovat nebo obcházet. Většinu aktivit navíc dělají pouze pro získání plusových bodů, nikoliv pro dobrý pocit z pohybu nebo pro zlepšení své fyzické kondice. Na druhou stranu jsou zde i klienti, kteří si osvojí pohyb natolik, že pokračují

i v dalším běžném životě, dokonce pravidelně. Jedná se především o rozcvičky a hlavě o běh. Tito klienti i když je to pouze malé procento považují pohyb za prostředek psychologický, kterým vyplňují svůj volný čas a odbourávají jím stres a negativní myšlenky.

### **13.4.2 Pohybové aktivity ze strany personálu**

Z rozhovorů s personálem na obou oddělení je patrné, že i oni vnímají pohyb jako nedílnou součást programu, která zlepšuje klientův stav jak ze strany fyzické tak z psychické. Bohužel si všímají, že v programu zabírají pohybové aktivity pouze malou část a že v současné době a s takto postaveným programem není možné dát větší prostor pro tyto aktivity. Další problém je právě vedení cvičení. Není v jejich silách ani kompetencích vést tyto aktivity a ty co probíhají, jsou nad rámec jejich profese a tím pádem jejich dobrou vůlí a koníčkem. Na obou odděleních by jistě uvítali přítomnost odborníka na pohyb/fyzioterapeuta. Byl by to ale velký zásah do programu, který by se zcela jistě musel kompletně upravit, což by nebyl jednoduchý úkol. Domnívají se, že pro oddělení by to bylo velmi přínosné, kdyby byl pracovník, který by se staral o veškeré pohybové aktivity, protože by jim odpadly starosti z této strany, klienti by byly pod odborným dohledem a možná více motivováni.

## **14 Interpretace výzkumných otázek**

Díky evaluační studii rehabilitačních komponent doléčovacího programu na obou odděleních můžeme dobře vyhodnotit a zpracovat stanovené výzkumné otázky.

### **Otázka č. 1: Jaké rozdíly jsou v pojetí termínu rehabilitace v Apolinářském modelu proti oboru fyzioterapie?**

Společnými prvky v pojetí slova rehabilitace v adiktologii a dále tedy v Apolinářském modelu a oboru fyzioterapie jsou v tom, že oba obory chápou rehabilitaci jako doléčování. V adiktologii mluvíme o doléčování psychickém a tím pádem i fyzickém, protože psychika jednoznačně ovlivňuje aktivitu pacienta a ve fyzioterapii v doléčování dříve akutních stavů ve smyslu fyzického zdraví. Respektive oba obory se snaží svým



jednáním o zlepšení celkové kondice klienta a zvládání stresových situací. Společným znakem je i využívání různých metod jako jsou například kondiční a relaxačních cvičení. Nezlepšují tím jen kondici, ale jak již bylo řečeno výše mnohdy i celkový zdravotní stav. Můžeme si na to poukázat na příkladu diabetiků, kterým pomáhá ke stabilizaci glykémie, právě pohyb, protože při pohybu dochází ke zlepšení prokrvení a tím pádem k lepšímu přenosu i zlepšení metabolismu ostatních složek krve.

Naopak fyzioterapie je rozdílná v metodách, které ke zlepšení celkové kondice využívá. Ve fyzioterapii se využívá k rehabilitaci hlavně individuálních setkání s klientem, kde se pracuje na zlepšení jeho zdravotního stavu a to zejména pohybového aparátu. Metody, které jsou v individuálních terapiích využívány, jsou velmi specifické a smí je provádět pouze vzdělaný fyzioterapeut. Rozdíl je také v tom, že v rehabilitaci řeší poúrazové a pooperační stavy. V Apolinářském modelu „rehabilitace“ se předpokládá, že je klient alespoň částečně soběstačný a pro tyto stavy nemá personální ani materiální vybavení. Takže celkově z toho vyplývá, že pojetí rehabilitace ve fyzioterapii je o mnoho rozsáhlejší proti Apolinářskému modelu.

## **Otázka č. 2: Jaké programové komponenty probíhají v doléčovacím programu Kliniky adiktologie VFN a odpovídají pojetí rehabilitace?**

Doléčování na Apolináři probíhá mimo jiné i jako opakovací pobyty, na které jsem se zaměřila především, tudíž pohybové aktivity jsou stejné jako při běžné lůžkové ústavní péči. Jedná se o všechny výše jmenované sporty a pohybové aktivity, které v programu probíhají. Svým způsobem by se veškeré aktivity daly zařadit pod fyzioterapeutické/rehabilitační komponenty i když všechny nejsou běžně zařaditelné do fyzioterapeutické praxe. Protože jak bylo v předchozí výzkumné otázce řečeno, využívá se ve fyzioterapii respektive rehabilitaci jako takové více specifitějších metod než, které probíhají u Apolináře.

Chůze, běh i další sporty jsou pohybové aktivity, se kterými fyzioterapie sice pracuje, ale spíše v rámci náviku správných pohybových stereotypů, méně v běžné rehabilitaci. Těmito pohybovými aktivitami se zabývá fyzioterapeut pracující zvláště ve sportovním odvětví. Kondiční cvičení ve skupině se využívá v lůžkové péči, kde je přítomný

fyzioterapeut úplně běžně. Nicméně není možné o těchto pohybových aktivitách probíhajících na Klinice adiktologie pojednávat jako o rehabilitaci jako takové, protože většina z nich nemá odborné vedení a proto jejich kvalita ani cíle neodpovídají standardu rehabilitace.

**Otázka č. 3: Jaká příprava probíhá před zahájením rehabilitace a proč je důležitá kineziologická diagnostika v adiktologii k vykonávání pohybových aktivit?**

Základní přípravou před zahájením klasické rehabilitace je komplexní kineziologický rozbor (viz. kapitola 4.2 Léčebná rehabilitace, str. 16-17). A ze stejného důvodu proč je důležitý KKR před běžnou rehabilitací, je důležitý i v adiktologii. Dává nám limity, kam až můžeme v pohybových aktivitách zajít, co si můžeme s klientem dovolit. Protože pohybový program na klinice je pro každého stejný a není jednotlivým klientům „šitý na míru“. Samozřejmě v případě, že si klient stěžuje na bolesti, nebo má patrné poškození, může konkrétní aktivitu vynechat nebo má udělené výjimky. Diagnostika pohybu nám pomáhá uvědomit si klientovi hranice.

Pohybové aktivity mohou nejen pomáhat, ale v případě špatného nastavení i ublížit. Proto je nezbytné vědět jaká pohybová a zdravotní omezení klient má a obecně jaký má celoživotní vztah k pohybovým aktivitám. Mohlo by se stát, že bychom mu mohli špatně nastaveným programem pohybových aktivit fyzicky uškodit. Pokud pacient dříve nikdy nesportoval a pohyb obecně nesnáší, můžeme mu přivodit i významnou psychickou frustraci.

**Otázka č. 4: Z jakého důvodu by měl být součástí terapeutického týmu fyzioterapeut a jaké výkony by mohl v budoucnu vykázat na pojišťovnu?**

Odbornost 902 – fyzioterapeut způsobilý k výkonu povolání bez odborného dohledu by mohl v rámci lůžkového oddělení na Klinice adiktologie vykazovat tyto výkony:

**Tabulka 1- seznam použitelných výkonů**

<b>Kód výkonu</b>	<b>Název výkonu</b>	<b>Doba trvání (v minutách)</b>
21001	Komplexní kineziologické vyšetření	45
21002	Kineziologické vyšetření	30
21003	Kontrolní kineziologický rozbor	20
21211	LTV - skupinová typ I., 3-5 léčených pacientů	4 minuty na jednoho pacienta
21213	LTV - skupinová typ II, 6-12 léčených pacientů	2 minuty na jednoho pacienta
21215	LTV - instruktáž a zácvik pacienta a jeho rodinných příslušníků	30
21225	Individuální kinezioterapie II.	15
21413	Techniky měkkých tkání	15
21415	Mobilizace páteře a periferních kloubů	15
21713	Masáž reflexní a vazivová	30

Fyzioterapeut se zabývá pohybem ve velmi širokém spektru. Nejen, že se stará o to, aby se lidé zdravě hýbali, ale hlavně dbá o správnost provedení pohybu. Dává lidem jistotu a motivaci.

Správností pohybu máme na mysli nejen provedení pohybu jako kontrolu pohybových stereotypů, ale také se snaží o co možná nejlepší provedení pohybu, tak aby tělo využívalo efektivněji svou energii (šetření energie). Stará se o to, aby vlivem pohybu nedocházelo k poškození pohybového aparátu. Proto využívá analýzu těla a pohybových stereotypů pomocí KKR a může tak s přesností určit, které pohyby, cvičení, sporty jsou pro klienta a jeho zdraví nejvhodnější a které naopak nikoliv.

**Otázka č. 5: Jaké jsou možnosti a perspektivy doplnění interdisciplinárního týmu o pozici a roli fyzioterapeuta a jaké jsou možnosti jeho využití v týmu adiktologického doléčovacího programu?**

Možnost zaměstnat fyzioterapeuta je na každém oddělení. Může být všude, kde je třeba pohybu k rekonvalescenci pacienta. Spektrum jeho uplatnění je velké. Stará se o klienty po operacích, po úrazech, vertikalizuje a asistuje při chůzi, zabývá se léčebnou tělesnou výchovou – tedy instruuje a kontroluje při cvičení, využívá se jeho služeb i v rámci kondičních cvičení, dohlíží na sportovní aktivity a vede ke správným pohybovým stereotypům, také se zabývá relaxačními cvičeními a relaxacemi jako takovými, aj. a to vše provádí na základě komplexního kineziologického vyšetření – analýzy těla a pohybů. Proto je jeho pozice nezastupitelná. Je způsobilý k povolání podle zákona 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních. Pracuje bez odborného pracovního dohledu. Zaměstnání fyzioterapeuta na Klinice adiktologie, přímo na oddělení by bylo velmi problematické. Jsou zde financování paušálně (viz. kapitola č. 9 – Vykazování zdravotní péče u Apolináře vs. fyzioterapie, str. 32 – 33). Proto nemůže fyzioterapeut standardně vykazovat výkony s bodovými hodnotami na pojišťovnu a zajistit tak oddělení příjem z jeho práce. Zároveň by byl platným členem týmu a chybějícím článkem na cestě klienta za uzdravením. Klienti by měli větší dohled nad jejich aktivitami, odborné vedení, které by jistě vedlo k lepším výsledkům v oblasti kondice i zmírnění bolestí pohybového aparátu a tím pádem k větší účasti klientů na pohybových aktivitách.

Během evaluace na Klinice adiktologie si hospitalizovaní klienti stěžovali opakovaně na bolesti pohybového aparátu dlouhodobějšího charakteru a kvůli tomu i mnohokrát vynechávali sport, skupinová cvičení a další aktivity. V dnešní době jsou rehabilitace dostupné téměř pro každého člověka s bolestí. Tyto služby vyhledávají i několikrát za rok, aby jim fyzioterapeut pomohl od bolesti. Je tedy logické, že i během hospitalizace zde na lůžkových odděleních nebo opakovacích pobytech v rámci doléčování se u klientů objevují bolesti. Proto by bylo vhodné, po důkladné úpravě denního programu, zřídit pro obě oddělení ambulanci pro fyzioterapeuta, kde by se mohl individuálně věnovat klientům hospitalizovaným na odděleních. Zde by probíhal i vstupní KKR

a následně by mohl fyzioterapeut rozhodnout, co je klient schopen zvládnout a na co by se měl zaměřit, popřípadě navrhnou i individuální rehabilitační plán. Toto jsou vize do budoucna, za kterými stojí ještě velký kus práce. Ale takto multidisciplinární tým na oddělení by měl nepochybně velký úspěch a kvalita péče by se pohybovala v jiných rovinách.

## **15 Ekonomická rozvaha nad výdělečností fyzioterapeuta na lůžkových odděleních Kliniky adiktologie VFN**

V této části si ukážeme jednoduchou ekonomickou rozvahu, tedy kolik by přibližně mohl vydělat fyzioterapeut svou péčí za jeden měsíc. Celková částka bude pouze přibližná, protože jí ovlivňuje mnoho proměnných a přesný výpočet by byl velmi složitý. Jak bylo zmíněno v teoretické části fyzioterapeut, vykazuje svou péči na pojišťovnu pomocí výkonů, které mají určenou bodovou hodnotu. Maximální získatelná částka za jeden bod je 0,80 Kč. Tato částka platí pro ambulantní služby, ale i pro lůžková zařízení v nemocnicích a klinikách.

Částka 0,80 Kč je částkou maximální získatelnou za jeden bod. V praxi to funguje takto: Pojišťovna uvolní zařízení jistý budget na jeden rok popřípadě na jinou domluvenou dobu dle smlouvy. Fyzioterapeut vykazuje výkony, a i když je částka za výkony vyšší než předem uvolněný budget, pojišťovna rozdíl nedoplatí. Tím pádem částka za jeden bod se snižuje a ve finále může mít hodnotu jen 0,60 Kč.

Ukážeme si to na praktickém příkladu: Zařízení má s pojišťovnou sjednaný budget na 1 mil. Kč na jeden rok a fyzioterapeut za jeden rok vydělá částku 1 mil. a 150 tis., ale zařízení získá od pojišťovny pořád jen 1 mil. Kč. Po této zkušenosti zařízení ví kolik klientů a tím pádem výkonů může provést v dalším zúčtovacím období, aby byla práce fyzioterapeuta plnohodnotně proplacena zdravotní pojišťovnou.

Následná tabulka nám ukáže přibližný zisk z práce fyzioterapeuta na odděleních, když vezmeme v potaz výkony, které jsou uvedené výše (výzkumná otázka č. 4) jako možné pro lůžková oddělení Kliniky adiktologie.

Částka bude za jeden měsíc. Bereme, že fyzioterapeut pracuje pět dní v týdnu, hodnota jednoho bodu bude maximální 0,80 Kč, denně provede 6 individuálních terapií s různými výkony, které se provádí běžně a každé podělí, což je obvykle příjmový den cca 2 kineziologické rozbory, třikrát týdně povede větší skupinovou terapii a dvakrát týdně menší skupinu. V pátek místo individuální terapie vykáží ilustrativně LTV – instruktáž a zácvik viz tabulka č. 1..

Vykazování výkonů je závislé na FT předpisu, který vydává lékař. Proto je tato rozvaha pouhou ilustrací, která je vytvořená na základě mých zkušeností s nejčastěji vykazovanými výkony.

Níže zobrazená tabulka nastiňuje ekonomickou rozvahu výdělku fyzioterapeuta na jednom oddělení, proto se celková částka na konci tabulky násobí 2x, tedy za LOM a LOŽ. Finální částka by mohla být ještě vyšší, protože některé výkony jako je např. individuální kinezioterapie II. se smí vykazovat 2x za jeden den u jednoho pacienta.

**Tabulka 2- Ekonomická rozvaha výdělku fyzioterapeuta na lůžkovém oddělení**

Den	Výkon	Bodová hodnota výkonu	Kolikrát denně	Celková částka za den
<b>Pondělí</b>	Kineziologické vyšetření	167 b	2x	267,2
	Techniky měkkých tkání	84 b	6x	403,2
	Mobilizace páteře a periferních kloubů	175 b	6x	840
	Individuální kinezioterapie II.	84 b	6x	403,2
	LTV – skupinová terapie II.	11 b	24x (2x12)	211,2
<b>Úterý</b>	Masáž reflexní a vazivová	280 b	3x	672
	Techniky měkkých tkání	84 b	3x	201,6
	Mobilizace páteře a periferních kloubů	175 b	3x	420
	Individuální kinezioterapie II.	84 b	6x	403,2
	LTV – skupinová terapie I.	22 b	10x (2x5)	176
<b>Středa</b>	Techniky měkkých tkání	84 b	6x	403,2
	Mobilizace páteře a periferních kloubů	175 b	6x	840
	Individuální kinezioterapie II.	84 b	6x	403,2
	LTV – skupinová terapie II.	11 b	24x (2x12)	211,2
<b>Čtvrtek</b>	Masáž reflexní a vazivová	280 b	3x	672
	Techniky měkkých tkání	84 b	3x	201,6
	Mobilizace páteře a periferních kloubů	175 b	3x	420
	Individuální kinezioterapie II.	84 b	6x	403,2
	LTV – skupinová terapie I.	22 b	10x (2x5)	176
<b>Pátek</b>	Techniky měkkých tkání	84 b	6x	403,2
	Mobilizace páteře a periferních kloubů	175 b	6x	840
	LTV – instruktáž a zácvik pacienta...	167 b	6x	801,6
	LTV – skupinová terapie II.	11b	24x (2x12)	211,2
<b>Celková částka za dobu 4 týdnů</b>				<b>37 619,2 Kč (x2) = 75 238,4 Kč</b>

## 16 Shrnutí a diskuze

V této části práce prodiskutujeme zjištěné výsledky evaluace programu, která probíhala na LOM a LOŽ v rámci doléčovacího programu na Klinice adiktologie. Cílem evaluace bylo zmapovat a porovnat pojetí rehabilitace v současném nastavení Apolinářského modelu s pojetím rehabilitace v oboru fyzioterapie. Byl zkoumán způsob zajištění rehabilitace v současném programu, hodnocení efektivnosti pohybových aktivit, a zda je rehabilitace přiměřená zdravotnímu stavu klientů.

Analýza rehabilitační komponenty lůžkového doléčovacího programu přinesla následující zjištění. Programové nastavení „rehabilitace“ na odděleních je bráno velmi ze široka. Využívají zde sice pojem rehabilitace, který má společné prvky jako rehabilitace ve fyzioterapii, ale spíše se využívá pro komplex úkonů spojených s uzdravením klientů, nikoliv směrem ke zlepšení pohybu.

V teoretické části bylo popsáno, jak by měl vypadat kinezioterapeutický program u pacientů s diagnózou závislosti a celkově u pacientů s psychiatrickou diagnózou. Z výsledků evaluace však vyplývá, že aktuálně nastavený program na Klinice adiktologie není zcela totožný s výše uvedenými fakty. Na Klinice tento přístup není zcela ideálně uchopen, protože se spíše jedná o vyplnění volného času klientů nežli o cílenou rehabilitaci. Jediné s čím se v programu ztotožňují, je, že v počátku jsou klienti v tzv. šetření, aby se mohli adaptovat v prostředí, tedy účastní se pouze některých pohybových aktivit.

Klienti nejsou pod žádným vedením při pohybových aktivitách, čemuž samozřejmě odpovídá i kvalita cvičení. Kdyby byli klienti pod dohledem odborníka, v našem případě tedy fyzioterapeuta, byl by jejich výkon jistě lepší. Což sami přiznávali, když jsem s nimi vedla rozhovor na toto téma. O správnosti provádění pohybů nemůže být řeč vůbec. Nejsou motivováni ke cvičení a zlepšování své kondice. Cvičí pouze proto, že musí a protože, jediný zisk, který z určitých pohybových aktivit mají, jsou plusové body, kterými kompenzují ztráty jinde. Cvičení není prováděno poutivě.



Problémy s pohybem nemají klienti možnost s nikým řešit. Pouze pokud přetrvávají dlouho, jsou odesláni ke specialistovi. Klienti s problémy pohybového aparátu jsou v šetření. Což je vlastně velmi kontraproduktivní. Protože opět strádají v získávání kondice a nikam se neposouvají. A jak bylo uvedeno v teoretické části v kapitole pohyb a psychika je možnost se hýbat velmi důležitá, protože díky pohybu získáváme lepší sebereflexi. Pro obraz našeho „já“ je důležité, jak se člověk pohybuje, nebo spíše zda se vůbec může pohybovat. Protože bolesti a z toho plynoucí neschopnost se hýbat jsou pro klienta frustrujícím faktorem, který opět zhoršuje psychický stav.

Během období, kdy klienti užívají návykové látky, mnohdy získají i různá onemocnění, nebo již vzniklá onemocnění jejich užívání zhorší. V období užívání nedbají na svůj zdravotní stav. Také pod vlivem návykových látek dochází k úrazům. Všechny tyto problémy je potřeba začít řešit spolu s léčbou závislosti. Proto by bylo optimální, aby do týmu mohl být přijat v rámci multidisciplinarity na oddělení fyzioterapeut, který by zajišťoval právě onu rehabilitaci v pravém slova smyslu.

Dalším nedostatkem v oblasti rehabilitace na odděleních je nedostatek, respektive zcela chybí skupinová cvičení formou her nebo sportů, které by formovaly důvěru v druhé a tím i v sebe.

Problémem přijetí fyzioterapeuta na oddělení je, že u Apolináře je péče hrazena zdravotní pojišťovnou paušálně. Tedy fyzioterapeut by byl v tomto případě pouze dalším výdajem, takže pokud by byl přijat, museli by se finance vzít z jiných oblastí programu, což není reálné. Fyzioterapie je běžně hrazená pojišťovnou tzv. platbou za výkon. Proto tato diplomová práce obsahuje i jednoduchou ekonomickou rozvahu nad tím, jaký by mohl být výdělek fyzioterapeuta, pokud by svou práci vykazoval pomocí výkonů s bodovou hodnotou. Tato rozvaha je pochopitelně velmi diskutabilní, protože práce i vykazování výkonů ovlivňuje mnoho faktorů. Například záleží co za výkony je na předpisu, který vydávají pouze lékaři, nebo kolik klientů je schopný fyzioterapeut ošetřit za běžný ošetrovací den aj. Dalším problémem v působnosti fyzioterapeuta je fakt, že by se musel kompletně předělat denní program oddělení tak, aby klienti mohli absolvovat i individuální terapii. S čímž by jistě mohl mít problém i zbytek personálu,

který je zvyklý již několik let na současný běh oddělení a změny by zasáhli i do jiných činností zde probíhajících.

Na druhou stranu z pohledu pacientů by byla přítomnost fyzioterapeuta jistě vítána. Během doby, kdy probíhala evaluace a já byla přítomna na odděleních, byl ze strany klientů projevován enormní zájem. Nejen o práci fyzioterapeuta obecně, ale přicházeli se spoustou zdravotních problémů, které by chtěli řešit a radu. Tedy evidentně z toho plyne, že klienty problémy s pohybovým aparátem opravdu trápí a obě oddělení by tento fakt měl popudit k řešení této situace, že by fyzioterapeutická léčba měla být jednoduše nezbytnou součástí adiktologické léčby.

Z výsledků evaluační studie vyplývá, že výše uvedené cíle práce byly splněny, zjistili jsme to, co jsme stanovili na začátku pomocí výzkumných otázek. Výsledků jsme dosáhli pomocí předem stanovených výzkumných nástrojů a způsobu sběru dat, kterými byly krátké nestrukturované rozhovory se zaměstnanci a pacienty a hlavně pozorování. Na tomto základě lze říci, že výzkum je validní.

Pokud by byl výzkum opakován za stejných podmínek, nehledě na dobu výzkumu, vykazoval by vždy stejné výsledky a to i přes to, že by probíhali i jiné pohybové aktivity než za dobu mého pozorování. Protože samotné aktivity neovlivňují celkový dojem a výsledný fakt nedostatečného uchopení rehabilitace na Klinice adiktologie. Kromě přijmutí fyzioterapeuta do týmu neexistují jiné ovlivňující faktory, které by mohly mít vliv na výsledek. Tato evaluace je tedy reliabilní.

Jelikož se v této diplomové práci jedná o průběh rehabilitačních komponent v konkrétním programu a modelu léčby závislostí, nemůžou být výsledky zobecnitelné. Výzkum v tomto ohledu tedy není reprezentativní.

## 17 Závěr

Předmětem diplomové práce bylo zjistit, jaké rehabilitační komponenty probíhají v doléčovacím programu na lůžkových odděleních na Klinice adiktologie. Cílem práce bylo zmapovat a porovnat pojetí rehabilitace v současném nastavení Apolinářského modelu s pojetím rehabilitace v oboru fyzioterapie. Dále byl zkoumán způsob zajištění rehabilitace v současném programu, způsob jeho konceptualizace, a zda je rehabilitace přiměřená zdravotnímu stavu klientů. Zaměřili jsme se i na cíl posoudit možnosti zaměstnat fyzioterapeuta v ošetrovatelském týmu.

V teoretické části byla vyčerpána všechna důležitá fakta, vedoucí k pochopení problematiky fyzioterapeutické péče v oblasti psychiatrie a léčby závislostí včetně popsání důležitých programových komponent doléčování, léčby a motivace klientů. Popsána byla i problematika vykazování zdravotní péče v současném Apolinářském modelu vs. vykazování péče ve fyzioterapii.

Stěžejní část analýzy nám ukazuje, jak je uchopena rehabilitace na lůžkových odděleních Kliniky adiktologie. Bohužel výsledky evaluace programu nejsou zrovna uspokojivé. Rehabilitační komponenty zde probíhající nejsou ideálně nastaveny a zcela neodpovídají postupům, uvedeným v teoretické části. Chybami jsou žádné vedení pohybových aktivit, špatné celkové nastavení rehabilitačního programu, malá motivace klientů a špatná, téměř žádná kineziologická diagnostika. Tak jako každá léčba i ta rehabilitační má být nastavena individuálně pro každého klienta.

V závěru speciální části je vytvořena jednoduchá ekonomická rozvaha o možném výdělku fyzioterapeuta na obou odděleních. Rozvaha je pouze ilustrativní, jelikož výdělek z vykazování výkonů ovlivňuje mnoho faktorů a proměnných. Reálná ekonomická rozvaha není možná, protože výpočet by byl velmi složitý a byl by nad rámec této diplomové práce.

Doporučením vyplývajícím z této práce je zamyslet se nad nastaveným rehabilitačním programem a celkově denním harmonogramem. Bylo by dobré zvážit vedení pohybových aktivit, jejich frekvenci, intenzitu, zvýšit motivaci a kvalitu aktivit. To vše

by mohla zajistit právě přítomnost fyzioterapeuta, která by péči pozvedla úplně na jinou úroveň. Samozřejmě celková problematika přijetí fyzioterapeuta a vykazování péče je mnohem složitější a těžko ji lze ovlivnit. Nicméně tato práce může sloužit jako start hlubším výzkumům a studiím, které by mohly vést k tak potřebné změně.

V závěru lze říci, že cíle výzkumu se nám podařilo v rámci možností naplnit.

## 18 Použitá literatura

- Dvořák, D. (2003b). Sociální rehabilitace. In Kalina, K a kol. (2003). Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup. 2. díl. Praha: Úřad vlády ČR.
- Dvořák, R. (2003). Základy kinezioterapie (2. přeprac. vyd). Olomouc: Univerzita Palackého
- Feldenkrais, M. (1978). Bewusstheit durch Bewegung. Suhrkamp Taschenbuch. (Český překlad V. Zdražila). Verlag, Berlin.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F. (1985). Aftercare in drug abuse treatment. The International Journal of the Addictions, 20 (6,7), 917 – 945
- Hátlová, B. (2002). Kinezioterapie v léčbě psychiatrických onemocnění. Praha: Karolinum.
- Hátlová, B. (2003). Kinezioterapie: pohybová cvičení v léčbě psychických poruch (2., přeprac. vyd). Praha: Karolinum
- Hátlová, B., Adámková, M. (2010). Psychomotorická terapie. In Kolář, P. et. al. Rehabilitace v klinické praxi. Praha: Galén.
- Hendl, J. (2016). Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace (Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání). Praha: Portál.
- Javůrek, J. (1999). Propedeutika fyzioterapie a rehabilitace. Praha: Nakladatelství Karolinum.
- Kuda, A. (2008). Sociální rehabilitace a následná péče. In Kalina, K. a kol. Základy klinické adiktologie. 1. vydání. Praha. Grada.
- Kalina, K. a kol. (2001). Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí © Úřad vlády České republiky. Publikaci vydalo o.s. Filia Nova pro Radu vlády ČR - Mezioborová protidrogovou komisi.

Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita – obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing.

Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing

Klimešová, L. *Vývoj apolinářského modelu léčby závislosti na alkoholu v historickém vývoji v kontextu domácího odborného písemnictví mezi lety 1957 a 1989*. Praha, 2017. 50 stran, 1 příloha. Diplomová práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie

Kolář P. et al. (2010). *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha. Galén.

Kučera, M., Dylevský, I. (1999). *Sportovní medicína*. Praha: Grada Publishing.

Kuda, A. (2003). *Následná péče, doléčovací programy*. In Kalina, K. a kol., *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup*. 2. díl. Praga: Úřad vlády ČR, 208 – 214.

Libra et al. (2012). *Certifikační standardy specializovaných adiktologických služeb: Standardy odborné způsobilosti B – Speciální část: Doléčovací programy* (str. 66 – 74).

Mertens, M. (2005). *Research and Evaluation in Education and Psychology – Integrating Diversity with Quantitative, Qualitative, and Mixed Methods*. Thousand Oaks: SAGE Publications. 507 s.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009. (2008-) (2. aktualiz. vyd.). Praha: Bomton Agency. Retrieved from <http://kramerius.medvik.cz/search/handle/uuid:MED00162954>

Miller, W. (1983). *Motivational Interviewing with Problem Drinkers*. *Behavioural Psychotherapy*, 11, s. 147 – 172

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2016). *Seznam zdravotních výkonů: Databáze zdravotních výkonů. ÚZIS*. Retrieved from: <https://szv.mzcr.cz/>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2016). *Vyhláška č. 348/2016 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok*

2017. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/dokumenty/vyhlaska-c348/2016-sb-\\_13141\\_999\\_3.html](https://www.mzcr.cz/dokumenty/vyhlaska-c348/2016-sb-_13141_999_3.html)

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

Miovský, M. Skácelová, L., Zapletalová, J., Novák, P. (Eds.). (2010). Primární prevence rizikového chování ve školství. Tišnov: Sdružení SCAN.

Musílková, E. (2017). Pohybové aktivity jako součást léčby dlouhodobých uživatelů návykových látek – série případových studií a ohniskové skupiny klientů terapeutické komunity. Rigorózní práce. Univerzita Karlova v Praze. Fakulta tělesné výchovy a sportu, Praha.

Nešpor, K., Csémy, L. (1999). Bažení (Craving), společný rys mnoha závislostí a jeho zvládání. FIT IN – rodiče proti drogám a sportpropag.

Nešpor, K. (2004). Pohybová cvičení a jóga v prevenci a léčbě závislosti. Česká a slovenská psychiatrie.

Offord, D. R., Bennett, K. J. (2002). Prevention. In: Rutter, M., Taylor, E. (Eds). Child and Adolescent Psychiatry. Oxford: Blackwell Science.

Patton, M. (2002). Quinn. Qualitative research and evaluation methods. Thousand Oaks: SAGE Publications. 598 s.

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

Poděbradská, R. (2018). Komplexní kineziologický rozbor: funkční poruchy pohybového systému. Praha: Grada Publishing.

Poděbradský, J., & Vařeka, I. (1998). Fyzikální terapie I. a II. Praha: Grada.

Richterová Těmínová, M. (2008). Systém péče a jeho složky. In Kalina, K. a kol. Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing.

Rotgers, F. (1999). Léčba drogových závislostí. Praha: Grada

Skála, J. (1957). Alkoholismus: terminologie, diagnostika, léčba a prevence. 1. vydání. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.

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

Skála, J. (1988). Až na dno!?: fakta o alkoholu a jiných návykových látkách: zneužívání a závislost (4. přeprac. a dopl. vyd). Praha: Avicem

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

Substance Abuse Program Office (2001). Substance abuse aftercare and post treatment follow-up guidelines. Florida Department of Children and Families.

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

Vanbilsen, H.(1988). Motivating Drug Users to Change. In New Directions in the Treatment of Drug Abuse. Ed. G. Bennett. London, Routledge

Všeobecná zdravotní pojišťovna. (2016, 25.8.). Víte, co je hlavním úkolem zdravotní pojišťovny, jak funguje systém zdravotního pojištění a na co máte ze zákona nárok? Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/vite-co-je-hlavnim-ukolem-zdravotni-pojistovny-jak-funguje-system-zdravotniho-pojisteni-a-na-co-mate-ze-zakona-narok>

Véle, F. (2006). Kineziologie: Přehled klinické kineziologie a patokineziologie pro diagnostiku a terapii poruch pohybové soustavy. Praha: TRITON.

Votava, J. a kol. (2003). Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. 1. vyd. Praha: Karolinum. Str. 14-15.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách



## **19 Seznam tabulek a obrázků**

### **Seznam tabulek**

Tabulka 1- seznam použitelných výkonů

Tabulka 2- Ekonomická rozvaha výdělku fyzioterapeuta na lůžkovém oddělení

### **Seznam obrázků**

Obrázek 1 - Cyklický model změny dle Prochasky a diClementeho

Obrázek 2 - Schéma rehabilitace dle Javůrka (1999)

## 20 Seznam použitých zkratk

ARO – Anesteziologicko- resuscitační oddělení

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

NL – návyková látka

RHB – rehabilitace

LTV – léčebná tělesná výchova

KKR – komplexní kineziologický rozbor

ADL – Activities of daily living (běžné denní činnosti)

ZP – zdravotně postižené

KLUS – klub usilující o střízlivost

MZ – ministerstvo zdravotnictví

VFN – všeobecná fakultní nemocnice

MZČR – ministerstvo zdravotnictví České Republiky

GDPR – General Data Protection Regulation – nařízení Evropské komise o ochraně osobních údajů

RA – revmatoidní artritida

LOŽ – lůžkové oddělení ženy

LOM – lůžkové oddělení muži

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

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

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

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

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