

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Ing. Pavla Vykoukalová

Pohybové aktivity v ústavní léčbě závislosti z pohledu pacientů
Exercise activities in institutional addiction treatment from the
perspective of patients

Bakalářská práce

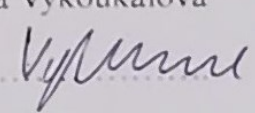
Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Karel Dobroslav Riegel, Ph.D.

Praha, 2024

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.

Ing. Pavla Vykoukalová
Podpis 

V Praze, 5. 7. 2024

Identifikační záznam:

VYKOUKALOVÁ, Pavla. Pohybové aktivity v ústavní léčbě závislosti z pohledu pacientů. [Exercise activities in institutional addiction treatment from the perspective of patients]. Praha, 2024. Počet stran 70, 8 příloh. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Karel Dobroslav Riegel, Ph.D.

Poděkování:

Mé velké poděkování patří především PhDr. Karlu Dobroslavu Riegelovi, Ph.D. za vedení mé bakalářské práce, za odborné rady a čas, který mi během tvorby práce věnoval. Dále děkuji Psychiatrické léčebně Červený Dvůr za svolení k výzkumu a personálu za vstřícnost při samotné realizaci. Speciální poděkování patří peer garantovi a všem pacientům, kteří se do výzkumu zapojili, bez nich by tato práce nemohla vzniknout. V neposlední řadě děkuji mým blízkým, jež mi byli oporou během celého studia.

Peer: „*Abstinence je v podstatě taky sport...*“

Pacient: „*Vrcholovej sport.*“

Abstrakt

Východiska: Pohybové aktivity (PA) jsou tradiční součástí programů ústavní léčby závislostí, ačkoliv chybí jednotná koncepčně-metodická úprava. Zařazení PA má přínos na psychický i fyzický stav pacienta, ale objevují se i negativní jevy. Výsledky kvalitativních studií doporučují cílené a individuální vedení PA s ohledem na potřeby konkrétního pacienta. V holistickém konceptu PA figurují jako modelové „hřiště života“. Prostor, ve kterém lze projevit, zahlédnout, pojmenovat a vědomě uchopit intra i interpersonální prvky přispívající k udržení závislostního jednání, ale i ty přispívající k zotavení.

Cílem: této práce je popsat pohybové aktivity z pohledu konkrétních pacientů v ústavní léčbě závislosti.

Metody: Sběr dat proběhl ve dvou fázích. Zúčastněné pozorování otevřené a polostrukturovaný rozhovor. Rozhovory byly následně fixovány pomocí transkripce nahrávek. Byla provedeno kódování dat a editorování. Analýza dat byla provedena metodou vytváření trsů a zachycení vzorců.

Základním souborem byli pacienti oddělení A, B, C v ústavní léčbě závislosti v PL Červený Dvůr kteří se účastnili PA. Výzkumným souborem bylo 5 pacientů mužů z oddělení B a C (n=5) s látkovou závislostí.

Výsledky: V léčbě se všichni pacienti dobrovolně věnují PA. U všech pacientů se prostřednictvím PA profilovaly prvky, které jsou potenciálně rizikové či protektivní. Výsledný směr se zdá být u každého pacienta individuální a vázaný na daný kontext, sledovaný cíl a vyvíjí se v čase. Bylo identifikováno 6 vzorců, které se u pacientů projevovaly ve 3 hlavních oblastech: užívání návykových látek, sport a běžný život.

Závěr: PA jsou klíčovým prvkem v léčbě závislostí, ale jejich využití není dostatečně probádané a ani cílené v kontextu jejich holistického potenciálu. Doporučuji další výzkumy v této oblasti.

Klíčová slova: sport, pohybová terapie, látková závislost, závislost na sportu, rehabilitace

Abstract

Background: Physical activities (PA) are a traditional component of institutional addiction treatment programs, yet lack unified conceptual-methodological alignment. Incorporating PA benefits patients' mental and physical health but also presents potential negative outcomes. Qualitative studies suggest targeted and individualized PA interventions tailored to specific patient needs. Within a holistic concept, PA function as pivotal arenas of life, enabling exploration, identification, and conscious management of intra- and interpersonal elements contributing to both addiction maintenance and recovery.

Objective: This study aims to describe physical activities from the perspective of specific patients in institutional addiction treatment.

Methods: Data collection proceeded in two phases: participant observation and semi-structured interviews, transcribed for analysis. Data coding and thematic analysis were conducted to capture patterns. The study involved patients from wards A, B, and C at the addiction treatment facility PL Červený Dvůr who engaged in PA. The research sample comprised 5 male patients from wards B and C (n=5) with substance use disorders.

Results: All patients voluntarily engaged in PA during treatment. PA profiles among patients highlighted elements potentially risky or protective. Each patient's trajectory appeared individual, contextualized, goal-oriented, and evolving over time. Six patterns were identified, manifested across three main domains: substance use, sports, and daily life.

Conclusion: PA represents a crucial component in addiction treatment, yet its utilization remains inadequately explored and targeted within its holistic potential. Further research in this area is recommended.

Key words: Sport, exercise intervention, substance use disorders, sport addiction, rehabilitation

Obsah

1.	Úvod.....	1
2.	Teoretická část	2
2.1.	Ústavní léčba závislostí	2
2.2.	Ústavní léčba závislostí v rovině klienta služby	3
2.3.	Ústavní léčba závislosti v rovině konkrétního zařízení	3
2.4.	Obecné podmínky pro pohybové aktivity v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr4	
2.5.	Historický kontext pohybových aktivit v ústavní léčbě závislosti v ČR a současné stav.....	5
2.6.	Definice pohybové aktivity v kontextu léčby závislostí.....	8
2.7.	Přínosy a rizika pohybové aktivity v kontextu léčby závislostí.....	9
2.8.	Bio-psycho-socio-spirituální model vzniku a udržování závislosti.....	13
2.9.	Bio-psycho-socio-spirituální potenciál PA	14
2.9.1.	Biologická dimenze potenciálů PA	15
2.9.2.	Psychologická dimenze potenciálů PA.....	16
2.9.3.	Sociální dimenze potenciálů PA.....	16
2.9.4.	Spirituální dimenze potenciálů PA.....	17
2.10.	Závislostní vzorce myšlení	17
3.	Výzkumná část.....	19
3.1.	Stanovení cíle.....	19
3.2.	Výzkumné otázky	19
3.3.	Design výzkumu	19
3.4.	Metody tvorby dat.....	19
3.5.	Etická otázka.....	20
3.6.	Výzkumný soubor.....	21
3.7.	Metody analýzy dat.....	22
3.8.	Praktický průběh realizace.....	23
3.9.	Výsledky	23
3.9.1.	Situace v průběhu pohybových aktivit pacientů	23
3.9.2.	Pohled pacientů na sebe sama v pohybových aktivitách před a v průběhu léčby závislosti.....	24

3.9.3. Intrapersonální i interpersonální prvky demonstrováné prostřednictvím pohybových aktivit	26
3.9.4. Vzorce pacientů projevované napříč pohybovými aktivitami, závislostním chováním a běžným životem pacienta	31
4. Diskuse a závěr	35
5. Použitá literatura	38
6. Seznam tabulek	43
7. Seznam obrázků	43
8. Seznam příloh	43

1. Úvod

Sport k adiktologii prostě patří. Patřil k praotci adiktologie, docentu MUDr. Jaroslavu Skálovi, k tradičnímu Apolinářskému modelu, a tudíž patří i k ústavní léčbě závislosti po celé ČR. Sport a adiktologie sdílejí potenciál pro komplexní rozvoj *zdatností* jedince. Výtečná fyzická kondice nepostačuje pro šťastný kvalitní život, stejně jako prostá abstinence od návykových látek nezaručí vyřešení všech problémů spojených se závislostí. Tyto dvě oblasti se mohou ve svých přístupech doplňovat a v účincích se potencovat, a domoci tak pacientovi činit potřebné kroky k úzdravě (tzv. recovery).

Na chodbě Psychiatrické léčebny Červený Dvůr (PL ČD) visí nástěnka s informacemi o zdravém životním stylu, který je zde postaven na čtyřech pilířích: Pravidelný pohyb, Zdravá strava a nekouření, Vzdělávání a duchovní život, Kreativita. V roce 2023 kolem této nástěnky minimálně prošlo přes tisíc pacientů (Psychiatrická léčebna Červený Dvůr, 2024). Z pohledu pacientů je sport něčím, co jim může pomoci cítit se lépe. A i lépe zvládat výzvy každodenního života, včetně té největší – udržení abstinence. Právě tomuto během prvních měsíců abstinence pokládají základní stavební kameny ve střednědobé ústavní léčbě závislosti.

V PL ČD jsou pro budování a rozvoj (nejen) *sportovního pilíře* nadstandardní podmínky. Sport je zde součástí volnočasových aktivit a účast na nich je ryze dobrovolná. Mezi programy ústavní léčby závislosti v ČR jsou však v tomto ohledu značné rozdíly (Dékány, 2022). Místo koncepčně-metodického zastřešujícího rámce, je tu však zatím spíše neurčité *okno*. Z dostupných zahraničních zdrojů sice vyplývá pozitivní přínos PA v léčbě závislosti, ale nelze ho generalizovat. S ohledem na schopnost PA vyvolat obdobné účinky jako droga (Zhang & Liu, 2022), jde tak spíše o jakési kontrolované užívání vhodného typu PA ve správné indikaci. Přičemž pravidla pro správné holistické indikace teprve hledáme.

Podnět k napsání této práce vznikl během stáží ke studiu adiktologie, kde jsem se často bavila s pacienty o sportu. Zjistila jsem, že i dobré myšlenky někdy obracejí proti sobě a promítají do nich vzorce chování, které se objevují i v jiných činnostech. Doplnila jsem si vzdělání certifikacemi Instruktor fitness a Trenér kulturistiky, abych problematice lépe porozuměla. Se zkušeností z dětství, kdy jsem 5 let dělala sportovní gymnastiku, vím, že sport umí i hodně bolet – i na duši. Má-li sport být jedním z pilířů zdravého životního stylu pacientů v léčbě i po ní, považuji za přínosné této problematice dobře porozumět. Jiná metodologicky stejná studie v ústavní léčbě závislosti přinášející pohled konkrétních pacientů na PA, u nás zatím není.

Ve své práci vycházím z naprostého základu, ve kterém se adiktologie se sportem protíná – bio-psycho-socio-spirituálního konceptu nemoci a úzdravy, což je i v souladu s mezinárodními unijními aktivitami. Tak, aby bylo možné obdobné výzkumy realizovat i v dalších zařízeních či typech adiktologických služeb. Smyslem je výsledky přispět k hlubšímu porozumění problematice PA v léčbě závislosti a aby byly přínosem i pro praktickou rovinu léčby závislosti.

2. Teoretická část

2.1. Ústavní léčba závislostí

Pojmem ústavní léčba je podle Rabocha a Pavlovského (2020, s. 214) myšlena hospitalizace ve zdravotnickém zařízení, tj. v psychiatrické nemocnici či na samostatném oddělení specializovaném na léčbu závislostí. Tato léčba může být krátkodobá či střednědobá. Dlouhodobá residenční léčba je poskytována v kontextu sociálních služeb (terapeutické komunity) a není předmětem této práce.

Krátkodobá léčba zpravidla zahrnuje pobyt na detoxifikační jednotce, kde se poskytuje akutní lůžková péče zaměřená na stabilizaci pacienta (Kalina et al., 2021). Obvykle krátkodobá léčba tato léčba 1 až 2 měsíce, maximálně 3 měsíce. Zařízení také mohou poskytovat tzv. opakovací léčbu. Tou jsou „většinou třítydenní pobyty v 1. roce abstinence, v odůvodněných případech i déle“ (Dvořáček, 2003, s. 199). V tomto případě je pacient zpravidla začleněn do standartního programu střednědobé léčby.

Střednědobá ústavní léčba trvá zpravidla 3 – 6 měsíců. Základním cílem je udržení abstinence od návykových látek. A to prostřednictvím celkové stabilizace pacienta a uzdravy, což Koncepce rozvoje adiktologických služeb vymezuje jako „rozvoj osobní identity a celkové změny životního stylu, jehož součástí je obvykle stabilizace sekundárních problémů spojených se závislostí a závislostním typem chování“ (Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP, 2021, s. 39).

Zabezpečení provozu zařízení je v režimu nepřetržitého nemocničního provozu (Miovský, 2013, s. 53). Organizace lůžkových oddělení vychází z principů terapeutické komunity (léčebného společenství). Každý pacient je zde individualitou a společným tématem všech je závislost.

Tým je multidisciplinární a je tvořen lékaři, zdravotními sestrami, klinickými psychology, psychoterapeuty, adiktology, sociálními pracovníky, pracovními terapeuty, často i peer pracovníky. Dle potřeb mohou být domlouvány i krátkodobé spolupráce s lektory či speciálně zaměřenými terapeuty.

Program je komplexně strukturován. Strukturován je průběh léčby (do fází), týden i každý den (Dvořáček, 2003). Obsahuje „terapeutické aktivity zdravotnické, psychoterapeutické, výchovně-režimové, resocializační, volnočasové a další“ (Miovský, 2013, s. 53). Dvořáček uvádí, že volnočasové aktivity nelze chápat jen jako doplňkovou část programu, neboť „pomáhají pacientům obnovit smysl pro některé přirozené zdroje libosti (odměny), v tomto kontextu zejména ze sociálních kontaktů, z uvolnění po sportu atd.“ (2003, s. 197). Dále upřesňuje, že pro komplexní přínos by měly obsahovat jak komunitní, tak individuální část. Společné trávení volného času významně přispívá k posilování soudržnosti mezi členy komunity a vytváří širší prostor pro sociální interakce. Individuální část pak spočívá nejen v odpočinku, ale i v „možnosti zakoušet jiné, kvalitní a aktivní trávení volného času“ (2003, s. 197).

2.2. Ústavní léčba závislostí v rovině klienta služby

O klientovi služby se v kontextu zdravotních služeb hovoří jako o pacientovi (zákon č. 372/2001 Sb., o zdravotních službách). Vstup do služby je dobrovolný, ať už z vlastní vůle, nebo pod vlivem okolností či tlaku blízkých, nebo soudně nařízený. Úroveň motivace k abstinenci a ke změně svého životního stylu je tudíž napříč komunitou variabilní. Tento aspekt se promítá jak do účinnosti terapeutických intervencí, tak do dění mimo povinnou část terapeutického programu.

Jak uvádí Dvořáček (2003), v průběhu léčby mohou nastávat i komplikace, které mohou být různého charakteru, ale důsledky jsou zpravidla tři. Porušení abstinence, potřeba jiné specializované péče nebo přerušování léčby (z vlastního rozhodnutí, nebo v návaznosti na porušení zásadních pravidel). Větší pravděpodobnost vzniku těchto komplikací je mimo řízené terapeutické aktivity, tj. v době volného času.

Preventivně proti těmto situacím pak působí i samotná terapeutická práce s pacientem, např. s motivačním cyklem změny, strategie zvládnání cravingu, techniky prevence relapsu a celkové rozvíjení schopností a dovedností zvládnání každodenních výzev života ve společnosti, pro které lze rámcově použít termín „life skills“ (Panagiotounis et al., 2022c).

Craving (bažení) v Mezinárodní klasifikace nemocí MKN – 10 popsán jako „silné přání užít drogu“ (WHO, 2024). Nešpor a Csémy (1999) uvádějí, že reakce na craving mohou být trojího druhu. V prvním případě se jedná o porušení abstinence, v druhém pomocí technik zvládnání rizikových situací (tzv. coping) zachování abstinence, v třetím případě zmiňuje riziko racionalizace, popírání a tzv. zdánlivě bezvýznamná rozhodnutí dle modelu Marlatta & Gordona (1985). Porušení abstinence v ústavní léčbě závislosti nastává jak v prostoru zařízení, tak mimo areál, tzv. na propustkách. Zařízení poskytující střednědobou léčbu využívají různé strategie k řešení relapsů. Tyto strategie relaps sice akceptují jako přirozený projev závislosti, avšak současně ho vnímají jako závažné porušení zásadních pravidel léčebného procesu (Dvořáček, 2003).

Podle Panagiotounis et al. (2022c, s. 7) zahrnují schopnosti zvládat každodenní život, známé jako tzv. life skills, soubor kognitivních, socio-psychologických a interpersonálních dovedností a chování. Tyto schopnosti pomáhají jednotlivcům činit informovaná rozhodnutí, efektivně komunikovat, rozvíjet své chování a sebeřízení. V kontextu léčebného společenství mohou tyto schopnosti pomoci pacientům úspěšně zvládat rizikové situace a snižovat míru konfliktů s druhými.

2.3. Ústavní léčba závislosti v rovině konkrétního zařízení

V ČR je dle Souhrnné zprávy o závislostech v České republice 2023 (2024) ročně pro závislost na návykových látkách hospitalizováno v psychiatrických lůžkových zařízeních mezi 11 a 12 tis. osob, přičemž proporcionálně je to přibližně 7 tisíc v souvislosti s konzumací alkoholu a 4–5 tisíc v souvislosti s užíváním nelegálních drog. Uvádí, že v roce 2023 bylo 10–15 detoxifikačních jednotek a 25–30 oddělení lůžkové

zdravotní péče. Současně prezentuje i výsledky Sčítání adiktologických služeb v roce 2020, kde byl počet zařízení poskytujících krátkodobou a střednědobou rezidenční péči 19. Dle Zprávy o nelegálních drogách v České republice 2023 mělo v roce 2023 certifikaci odborné způsobilosti adiktologických služeb celkem 7 programů služby typu Krátkodobá a střednědobá lůžková péče (Chomynová et al., 2024).

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr se specializuje se na léčbu závislostí na návykových látkách i „nelátkových“ závislostí (internet, gambling apod.). Roční zpráva 2023 (Psychiatrická léčebna Červený Dvůr, 2024) uvádí, že v roce 2023 bylo do lůžkové péče (odd. A, B, C, 3D) přijato celkem 1085 pacientů, přičemž průměrná délka hospitalizace na 1 pacienta byla 35,22 dní. Výtěžnost lůžkové kapacity byla 96,3 %. Základní rozdělení pacientů pro statistické účely je v PL ČD do 3 hlavních skupin – závislí na alkoholu (561 pacientů v roce 2023), závislí na nealkoholových drogách (444 pacientů v roce 2023) a patologičtí hráči (18 pacientů v roce 2023).

Residenční část PL ČD má 4 oddělení – A, B, C a 3D (celkem cca 100 lůžek). Oddělení 3D je původní detoxifikační oddělení, pacienty označované „detox“. 3D je zkratka vyplývající z celého názvu oddělení - Centrum rozšířené a diferencované adiktologické péče, diagnostiky a detoxifikace. Toto oddělení je nejčastěji prvním místem, kam je pacient přijat. Poté přestupuje do jednoho ze tří oddělení, oddělení A pro ženy, B a C pro muže či páry.

2.4. Obecné podmínky pro pohybové aktivity v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr

PL ČD je specifická jak svým zázemím, tak přístupem k léčbě. PL ČD je umístěna v zámeckém areálu, bývalého sídla Schwarzenbergů, blízko Českého Krumlova. Jedná se objekt situovaný uprostřed rozsáhlého parku a jako celek je zasazen do vesnického prostředí. Ačkoliv se některé části modernizují, historický ráz celého objektu je zachován. Pobyt v takovém prostředí, v kombinaci s okolní přírodou, tak dává léčbě jedinečný nádech. Venkovní areál léčebny je volně přístupný veřejnosti. Je zde naučná stezka, v prostorách zahrady je v altánu zřízena kavárna. V prostoru parku jsou k dispozici dvě hřiště, pacienti si sem ve svém volném čase mohou jít zahrát míčové hry, mohou si jít zaběhat, jít na procházku nebo relaxovat. V rámci probíhající diskuze se projednává zřízení venkovního workoutového hřiště.

Ve vnitřních prostorách jsou dvě posilovny, jedna na ženském oddělení, druhá, velká, je součástí tělocvičny. Tato posilovna je moderně vybavena kardio stroji i vybavením pro silový trénink, např. lavičkami, jednoručními činkami, osami s dostatečným počtem kotoučů, multipressem, kladkou, posilovací věží, různými balančními pomůckami, karimatkami, žebřinami, lany a TRX systémem. V tělocvičně je pingpongový stůl. V prostorách léčebny je možné navštívit řízenou skupinovou lekci kruhového tréninku, tabaty, jógy, skupinového běhu či otužování. Mimo to se v areálu konají různé jednorázové zápasy či závody, někdy i za účasti bývalých abstinujících pacientů. Do pohybových aktivit se zahrnují i jednodenní či víkendové zátěžové programy mimo areál

PL ČD. Organizaci těchto aktivit ze značné části zajišťují peer pracovníci. Součástí tradičně bývá rekreační turistika, ukázky různých druhů sportů (např. bojových), zdolávání sportovních výzev, meditace apod.

Účast na všech těchto aktivitách je dobrovolná. Pacienti jsou k ní terapeuti a lékaři motivováni, například i tím, že se jich sami ve svém volném čase účastní. V denním programu je jediná povinná pohybová aktiva – ranní rozvíčka – ale ta se dle informací od pacientů reálně nekoná. Zpětné reflexe k dění a dojmům z pohybové aktivity se nepředávají ihned po jejím skončení, ale až v následujících dnech v rámci terapeutického programu. Korigována je například míra zátěže, upřednostňování sportu před plněním úkolů vyplývajících z pravidel léčby či vzniklé problémy.

Do všech těchto aktivit se promítá již zmíněný specifický přístup k léčbě, který se oproti režimověji orientovaným programům může zdát svou „volnou rukou“ až rizikový. Svým komplexním přístupem a respektem k pacientovi poskytuje režimové léčbě lidskou tvář. V současné době zde již není zaveden tradiční bodový systém, který známe z tradičního Apolinářského modelu. V PL ČD je například možné i kouřit na vyhrazených místech ve venkovních prostorech. Pacienti si mohou kdykoliv v automatu kupovat kávu, nebo energy drinky, které jsou k dispozici i v místním obchůdku.

Důvody, proč jsem zvolila pro bakalářskou práci toto zařízení, jsou nadstandardní podmínky pro pohybové aktivity pacientů, vysoký počet pacientů (vyšší pravděpodobnost variability uvnitř výzkumného souboru co do sportovní úrovně, preference PA atd.) a volnočasový charakter PA. U toho uvažuji určitý předpoklad, že pohled pacientů na PA bude spíše ve smyslu autentický pohled na je samotné v PA v prostředí PL ČD, nikoliv pohled pacientů na program PL ČD prostřednictvím PA. Tato práce je primárně zaměřena na pacienty, nikoliv na program. Nicméně PL ČD byla i jedním ze zařízení, které se nezapojily do komparace a evaluace střednědobých léčebných programů v rámci Dékányho diplomové práce (2022).

2.5. Historický kontext pohybových aktivit v ústavní léčbě závislosti v ČR a současné stav

Mohlo by se zdát, že využití pohybových aktivit v léčbě závislosti je určitým nadstandardem. Česká republika má však v tomto směru díky svému praotci adiktologie, doc. MUDr. Jaroslavu Skálovi, CSc., slušný historický základ. Nemálo lidí si vybaví Skálu jako milovníka běhu, jmenuje se po něm i jeden z tradičních pražských závodů Skálův běh. Pohybové aktivity jsou dílčí komponentou tradičního Apolinářského modelu léčby závislosti, který byl „ve své původní podobě formován v letech 1948–1958 a poprvé systematicky publikován v knize Jaroslava Skály (1957)“ (Dékány, 2022, s. 10). Apolinářský model závislosti na pohybové aktivity kladl nemalý důraz jako nedílnou součást tzv. pohybové rehabilitace (Dékány, 2022, s. 10).

MUDr. Dušan Randák v rozhovoru pro webový deník Sport.cz (2015) uvádí, že prvním sportem, který byl zařazen do programu Apolinářské léčby nebyl běh, jak se

trazuje, ale fotbal. Dle Randáka to prý přinášelo více zranění než uspokojení, a tak se přešlo na běhání. Režim však byl daleko přísnější, než jak jej známe dnes.

„Svého času měl každý pacient u svého nemocničního lůžka tabulku s diagnózou – a záznamem o vývoji běžecké kondice. Základem měření byl takzvaný Cooperův test. V ústavní zahradě byl podél zídky vyčleněn běžecký okruh o zhruba 300 metrech. Běhalo se po každé ranní rozcvičce a vše zakončovala studená sprcha ze zahradní hadice... Do léčebných pobytů zařadil také takzvaný „frakcionovaný maratón“ – za dvanáct dní léčebného pobytu v přírodě každý pacient nastřádal krásných 42 kilometrů.“ (Sport.cz, 2015a)

Samozřejmou skutečností bylo také to, že se do pohybových aktivit zapojovali i zdravotníci, což dnes nebývá standardem. Nesportovalo se však jen kvůli benefitům fyzického cvičení na celkovou zdatnost, což usuzuji z toho, jak Skála popisuje přínos běhu, v té době nazývaném jogging (Sport.cz, 2015b). Běh je v něm vnímán tzv. holisticky.

Tabulka 1: Člověk při joggingu (Sport.cz, 2015b)

Člověk při joggingu

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

PA jsou již tradičně, právě v návaznosti na zmíněný Apolinářský model, i v současné době v menší či větší míře zařazovány do programů ústavní léčby závislostí po celé ČR. Apolinářský model jako celek v průběhu let prošel svým vývojem a míra a rozsah jeho uplatnění se v jednotlivých zařízeních střednědobé ústavní léčby odlišuje. Domnívám se, že tato variabilita není apriori negativní, neboť pacientům nabízí možnost zvolit si takové zařízení a s takovým programem, které považují pro ně za nejvhodnější. To může pozitivním způsobem ovlivnit i pacientův postoj k programu zařízení. Jednotlivá zařízení ani nedisponují stejnými technickými, lidskými či finančními zdroji, aby poskytly shodnou nabídku PA s obdobnou časovou dotací. Chybí však i jednotný metodický rámec, který by definoval, rámcově vymezil a koordinoval právě tuto oblast alespoň v minimálním rozsahu. A který by současně respektoval přirozeně vzniklou variabilitu napříč programy.

Na tuto problematiku a komparaci a konceptuální vymezení různých komponent rehabilitační péče ve střednědobé ústavní léčbě v ČR v kontextu tradičního Apolinářského modelu léčby závislostí se zaměřil ve své diplomové práci Děkány (2022)¹. PA můžou být považovány v systému rezidenční léčby za součást širšího okruhu tzv. rehabilitace, rovněž tak jako i adiktologie. Konceptně pak vychází z Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice (Miovský, 2013). Dále pak ze Standardů

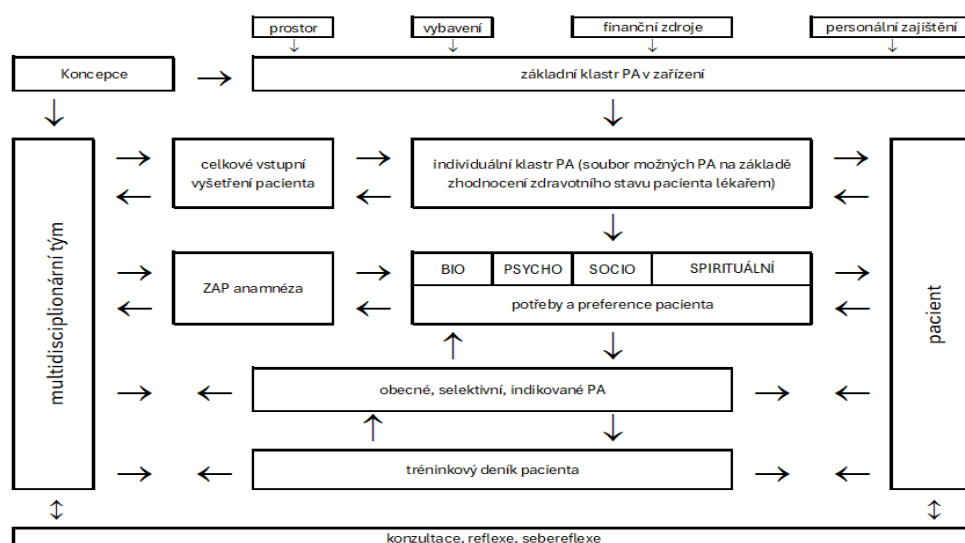
¹ Dalšími kvalifikačními pracemi zabývajícími se PA v různých typech adiktologických služeb jsou např. práce Ostrčilové (2019), Adamíkové (2017) a Prunerové (2019)

odborné způsobilosti adiktologických služeb (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2021), které definují požadavky nutné pro získání certifikace, přičemž z uvedených dokumentů prezentuje shrnutí, že v residenční službě by se měly PA nacházet, měly by sloužit k rozvoji fyzického i psychického zdraví pacienta, ale implementace do programů, rozsah PA i přesná podoba v současné době ponechána v kompetenci dílčích zařízení (Dékány, 2022, s. 33).

Dékány (2022, s. 79) uvádí, že nejslabším místem v pohybových aktivitách je absence vymezeného rehabilitačního konceptu pohybových aktivit, a to v rámci bio-psycho-socio-spirituálního modelu, a rovněž i absence odborných rehabilitačních pracovníků. Identifikuje PA napříč provozy jako značně variabilní, a to v rozsahu druhů, počtu PA v programu, obsahu lekcí, technickém či personálním zajištění. Míra individualizace je také obecně nedostatečná.

Limitem Dékányho práce je, že s ohledem na cíl práce je základní jednotkou výzkumného souboru samotný léčebný program a jeho rehabilitační pohybová komponenta (2022, s. 36). Tento důkladný přehled je přínosný z hlediska určité širší návaznosti, nicméně není konstantní v čase, a to zejména s ohledem na stálou přítomnost variabilní složky – lidská stránka. Nabídka PA bude do jisté míry oscilovat v kontextu složení aktuálního multidisciplinárního týmu a současně i s aktuálním složením komunity pacientů. Metodologický rámec také neumožňuje položit si otázku *Proč je pro pacienta přínosné, aby PA, co může i tak v léčbě dělat, byly koncepčně vymezené?* Za zcela stěžejní spatřuji myšlenku: „Fyzickou aktivitu tedy můžeme chápat jako jakýsi katalyzátor interpersonálních vztahů a intrapsychických procesů jedince v léčbě“ (Dékány, 2022, s. 32). Tedy, že PA mají silný potenciál být v holistickém pojetí *lékem* a působit synergicky s dalšími složkami programu. A současně považuji za žádoucí rámcově zajistit, aby si pacient v prostorách zdravotnického zařízení v PA, i přes všechny vědecky podložené přínosy pro jeho zdraví, v *holistickém smyslu neublížoval*.

Obrázek 1 Návrh modelu implementace PA v konkrétním zařízení



Vzhledem ke zmíněné absenci rámcového metodického ukotvení PA v dílčích zařízeních ústavní léčby závislosti jsem si ho pro účely této práce navrhla v této teoretické podobě (Obrázek 1). Pojmy obecná (všeobecná), selektivní a indikovaná jsou užívané v souvislosti se specifickou primární prevencí (Černý, 2010) a při aplikaci na PA o nich uvažuji tímto v tomto smyslu:

Tabulka 2: Indikace PA (pojmy Černý (2010), vlastní návrh)

Typ	Popis	Příklad	Cíl
Všeobecná	Výběr komplexního typu PA pro posílení celkové zdatnosti	Rozcevička	Zdravé návyky a kompetence
Selektivní	Výběr takového typu PA, který je vhodný pro cílovou skupinu	Jóga na relaxaci	Prevence typických stavů a kompenzace deficitů
Indikovaná	Výběr takového typu PA, který reaguje na potřebu konkrétního pacienta	Boxovací pytel pro vybití agrese	Prevence obtíží a seberozvoj

Mezi jednotlivými zařízeními lze pak uvažovat rozdíl v přístupu k účasti. U povinné účasti se pak řízení PA a kompetence teoreticky přesune v modelu více doleva k multidisciplinárnímu týmu. U PA jako součást volnočasových aktivit více doprava k pacientovi. V PL ČD nejsou PA fixní součástí léčebných programů a účast na nich je pro pacienty dobrovolná. Probíhá zde přirozeně značná individualizace, a to jak do spektra, tak do četnosti PA pacientů. A to jednoduše jen tím, že si každý pacient sám vybere to, co dělat chce. PL ČD pak aktivně rozvíjí a koordinuje nabídku PA (např. nákup náčiní, úpravy venkovních hřišť apod.), tj. koriguje rozsah možností, které pacient pro PA má. V následující tabulce jsem identifikovala, v čem orientačně spatřuji rozdíly mezi dvěma extrémními hodnotami, tj. mezi tím, když je na PA v ústavní léčbě závislosti povinná účast a když je dobrovolná.

Tabulka 3: Komparace povinné a dobrovolné účasti na PA v ústavní léčbě závislosti (vlastní úvaha)

Povinná účast na PA	Dobrovolná účast na PA
Učí se respektovat pravidla	Učí se samostatnosti v řízení volného času
Větší riziko vzniku intra/inter konfliktů	Menší riziko vzniku intra/inter konfliktů
Učí se plnit povinnosti, i když se mu nechce	Učí se schopnosti sebeřízení a seberozvoje
Pasivně se učí pravidelnosti	Aktivně si stanovuje řád
Sleduje léčebný cíl	Sleduje osobní cíl
Nižší variabilita PA	Vyšší variabilita PA
Vyšší nároky na lektory	Vyšší nároky na kompetence jednotlivců
Horší setting	Lepší setting

2.6. Definice pohybové aktivity v kontextu léčby závislosti

EU Physical Activity Guidelines (2008) definují pohybovou aktivitu jako „jakýkoliv tělesný pohyb spojený se svalovou kontrakcí, která zvyšuje výdej energie nad klidovou úroveň“ (s. 3). Definice uvedená na portálu nzip.cz (ÚZIS ČR, n.d.) dává důraz na fyzickou rovinu, tj. že PA je „tělesná činnost, která se vyznačuje střídavým stahováním (kontrakcí) a uvolňováním (relaxací) svalů.“ Z tohoto pohledu lze mezi PA zařadit i činnosti typu úklid nebo pracovní terapii. V práci Ashdown-Frankse et al. se rozlišuje mezi pojmy *PA* a *cvičení*, které je podmnožinou PA, a je definováno jako „plánovaná, strukturovaná forma PA s cílem udržovat fyzickou kondici“ (2020, s. 1).

Pro účely této práce bude PA uvažována jako vědomě plánovaná aktivita zaměřená na udržení nebo zlepšení fyzické kondice. Přičemž zohledňuji individuální hledisko pacienta.

PA lze klasifikovat do několika kategorií dle mnoha různých hledisek, která však pro zacílení této práce nauvažuji v celém spektru za relevantní. Zde zmiňuji veřejně známé rozdělení podle energetického metabolismu na aerobní (chůze, pomalý běh) a anaerobní (HIIT, objemový způsob posilování) PA, a to zejména s ohledem na často zmiňované cíle pacientů pro PA, kterými může být snaha zhubnout, zesílit nebo nabrat svalovou hmotu. Podle prostředí, ve kterém se aktivity uskutečňují, tj. vnitřní a venkovní aktivity a také v areálu zařízení a mimo areál zařízení. Riziko porušení abstinence pak uvažuji větší při PA mimo areál např. v podobě túry po okolí, než u např. na lekci jógy v tělocvičně. Za důležité považuji i dělení dle očekávané míry zapojení členů do interakcí:

Tabulka 4: Typy PA v léčbě závislosti dle očekávané míry interakce (vlastní dělení)

Typ	Popis interakce	Příklad
Týmové	Závislost členů na sobě a přítomnost soupeře	Nohejbal, basketbal, turnaje
Kolektivní	Každý cvičí sám za sebe, ale v přítomnosti kolektivu	Skupinové lekce jógy, tabaty, posilovna, zátěžové programy
Individuální	Cvičení jednotlivce o samotě, či v přítomnosti kouče, sparringa	Běh či chůze v parku

Nekola (2018) rozlišuje mezi pohybem (sportem) orientovaným na výkon, na rekreaci a orientovaným účelově. Uvádí, že „výkonnostně orientovaný sport je založen na principu soutěživosti podle ustálených pravidel s cílem podat co nejlepší výkon, zvítězit v soutěži, porazit soupeře, dosáhnout nejlepšího umístění nebo času a mnohdy až za hranice přirozených lidských možností.“ (2018, s. 14). Rekreačně orientované PA zahrnují podle Nekoly (2018) všechny možné druhy sportu a jejich modifikaci. Jedná se o „aktivitu volného času ve vzájemném souladu aktivit fyzických, psychických požitků umocněných působením prostředí a vztahů mezi lidmi.“ (Nekola, 2018, s. 16). I v tomto typu PA jsou prvky soutěživosti a touhy vítězit. Účelově orientované pohybové aktivity jsou podle Nekoly (2018) pak takové, kde centrem PA je jedinec, který je sám sobě soupeřem, hledá vlastní prospěch a naplnění svých fyzických a psychických potřeb. Autor do této skupiny zařazuje např. fitness a kulturistiku a různé druhy spíše neznámých sportů.

Obecná klasifikace umožňuje lepší porozumění různorodosti PA a jejich přizpůsobení individuálním potřebám a cílům jednotlivce. Rovněž tak preference určité PA může pomoci pochopit pacientovu motivaci pro její vykonávání. Každý typ cvičení má své specifické účinky na tělo i duši a kombinace různých druhů PA může poskytnout komplexní přínos pro pacienta.

2.7. Přínosy a rizika pohybové aktivity v kontextu léčby závislosti

Výsledky mnoha studií poukazují na to, že zařazení pohybových aktivit (PA) má prokazatelný přínos na psychický i fyzický stav jedince. Některé studie toto tvrzení zpochybňují a zaměřují se i na rizika PA v léčbě závislosti, je jich však minoritní část. Přitom právě riziko vzniku závislosti na cvičení, přetěžování, zranění v důsledku špatného

technického povedení, nerespektování psychického či fyzického stavu po různě dlouhém a intenzivním období užívání jsou otázky, se kterými se lze v praxi setkat.

Jednou z nejrozsáhlejších prací, která se zaměřuje na přínos PA napříč spektrem nejběžnějších duševních nemocí, včetně závislostí, je meta review Ashdown-Frankse et al. (2020). Jedná se o meta analýzu 27 systematických review (zahrnuje 152 randomizovaných kontrolovaných studií). Výsledkem této práce je závěr, že pozitivní efekt cvičení na duševní zdraví byl sledován u jedinců s depresemi, úzkostmi, poruchami příjmu potravy, u posttraumatické poruchy a také u závislosti na alkoholu a drogové závislosti. Autoři konstatují, že cvičení může účinně doplňovat léčbu a zlepšovat příznaky u širokého spektra duševních poruch.

Chen et al. (2020) vycházejí z předpokladů, že zdravotní přínosy pravidelné PA jsou zřejmé a zahrnují snížení rizika různých chronických fyzických i psychických onemocnění, zlepšují koncentraci, zlepšují náladu a pozitivně ovlivňují i kvalitu spánku. Některé druhy PA jsou i levné, a tím i snadno dostupné široké veřejnosti. Tato studie zkoumala vnímání účastníků ve třech hlavních rovinách – urychlení obnovy, získání pocitu úspěchu, zažití pocitu sounáležitosti po absolvování řízeného tréninkového programu v chůzi/běhu jako přípravy na závod. Koreluje tak s holistickým pohledem na PA v léčbě závislosti.

Systematické review a meta-analýza týmu Giménez-Meseguer, Tortosa-Martínez a Cortell-Tormo (2020), zaměřující se přímo na návykové nemoci, přichází s výsledky, že fyzická aktivita drogově závislých jedinců může přinášet pestrou paletu benefitů na zdraví i kvalitu života. PA může být dobrý nástroj pro rozvoj celkové zdatnosti, duševního zdraví a pomáhat se snížením míry cravingu. Různé druhy pohybových aktivit pak dosahují podobných výsledků.

Obecnými limity uvedených studií je značná heterogenita zahrnutých studií, a to z hlediska cvičebních intervencí a specifických detailů jako je frekvence, intenzita, typ a čas cvičení. Také z hlediska metodologického, např. ve volbě nástrojů, které byly zvoleny pro měření vlivu PA na jedince, odlišné délky trvání studií. Heterogenita je patrná i v závislostních charakteristikách výzkumných souborů dílčích výzkumů.

Jedno ze zajímavých konkrétněji zaměřených systematických review je to od autorů Zhang a Liu (2022), které si klade za cíl zjistit, zda alternativní *návyk* na PA může substituovat *návyk* na NL. Výzkumným souborem jsou zde dvě skupiny, uživatelé opioidů a amfetaminů. Ze závěrů studie vyplývá, že „cvičení lze použít jako potenciální intervenční nástroj pro poruchy užívání návykových látek, který poskytuje prospěšnou a trvalou ochranu ve všech fázích poruchy užívání návykových látek“ (Zhang & Liu, 2022). Současně poukazují na fakt, že cvičení zvyšuje koncentraci dopaminu a aktivuje dopaminový receptor, který má fyziologicky stejnou dráhu odměny jako zneužívání drog. To v kombinaci s pozitivním odměňováním během PA postupně nahrazuje návyk na NL za návyk na PA. Limitem studie je, že nehodnotí terapeutický účinek a nevěnuje se důkladněji riziku zneužívání PA jako drogy, závislosti na cvičení a obecně skutečnosti, že PA nemusejí být vhodné pro všechny pacienty.

První kvalitativní systematické review je z roku 2020 od Horrell et al. (2020). Horrell se podílela i na kvantitativně zaměřeném systematickém review (Thompson et al., 2020), které sloužilo jako prvotní nástroj pro základní orientaci v tématu. Práce Horrell et al. (2020) syntetizuje data z 15 kvalitativních a 5 smíšených studií o pohybových aktivitách jako doplňku v léčbě závislosti. Svým designem pomáhá porozumět zkušenostem s pohybovou aktivitou u konkrétních jednotlivců, pochopit mechanismy a procesy, které nelze snadno měřit kvantitativními metodami. Zaměřuje se zejména na bariéry a tzv. facilitátory (usnadnění) zúčastnění se PA a setrvání. Tyto informace považuje za zásadní pro rozvoj znalostí, jak nejlépe navrhnout podobu intervencí. Výsledek studie podporuje účinnost individualizovaných, flexibilních intervencí přizpůsobených konkrétním potřebám pacientů. Pozitivně působí i faktor volitelnosti, a to i s ohledem na vývoj potřeb a preferencí pacienta v průběhu léčby.

Cenný zdroj informací vzniká i prostřednictvím časově navazujících projektů RTS – Reintegration through sport, Reintegration through sport Plus a současně realizovaného Race4life (Panagiotounis et al., 2022d). Jedná se o mezinárodní projekty financované z unijního dotačního programu známého pod pojmem *Erasmus*, do kterého se zapojilo několik partnerů ze sedmi evropských států, svého času včetně ČR. Blíže se zaměřuje na pohybové aktivity jako nástroje v *reintegraci* jedince v léčbě závislosti. Náplní těchto projektů je vytváření sítí, sdílení znalostí, pořádání PA, školení odborných kapacit apod. Výstupem tohoto projektu je i několik odborných studií metodologicky kvantitativních i kvalitativních (Mary et al., 2021, Panagiotounis et al., 2022a-e), které problematiku propracovávají od zevrubného výzkumu poskytovatelů i participantů v léčbě až na úroveň praktických doporučení pro realizaci v rámci adiktologických služeb a vhodné struktury jednotlivých lekcí. Motem postupujícím všemi projekty je holistický přístup k PA. Budování celkové zdatnosti a tzv. life skills prostřednictvím učení skrze zážitek během PA a systému zpětných vazeb. Tyto projekty považují za důležité zejména z toho titulu, že na mezinárodní úrovni budují základní metodický koncept pro praktické využití holisticky pojatých PA v léčbě závislosti, a to na podkladu rozsáhlé teorie i praxe.

Pohybová aktivita obecně, a tudíž i v léčbě závislosti, s sebou nese i svá rizika. PA je nástroj a ten nemusí být vždy užíván tak, aby byl jako celek pro jedince přínosný. Dosažení konkrétního sportovní cíle nemusí korelovat i se zdravím prospěšnými způsoby jeho dosažení, nebo celkovou spokojeností jedince. Pokud se pohybují například v tělesné rovině, zneužívání návykových látek si může vybrat daň na fyzickém zdraví (Horrell et al., 2020), což má za následek oslabení imunitního systému a zhoršení funkce orgánů, rovněž i celkové oslabení pohybového aparátu. Pacienti také z důvodu dlouhodobého užívání NL mohou mít omezenou schopnost vnímat, rozumět a adekvátně reagovat na signály svého těla, což je u PA zásadní. Otevírá se zde tak problematika nevhodně zvoleného typu PA a vhodné přizpůsobení potřebám pacienta.

Samotné tělesné cvičení je vždy třeba vztahovat i ke kontextu stravovacích návyků a způsobu regenerace. Dostatek času na odpočinek a spánek je klíčový pro regeneraci svalů a obnovení energetických zásob po PA. Fyzický pohyb je pro tělo signál, prvotní informace. Tělo na ní v následujících hodinách reaguje reparačními procesy a postupně se

tak na vykonanou zátěž adaptuje. Následně je potřeba zatížení opakovat. Správná výživa je základním kamenem jak pro energetické využití během výkonu, tak pro opravu svalů během regenerace těla. Nedostatečná regenerace a omezený příjem živin vede z dlouhodobého hlediska k celkovému přetížení svalového aparátu a vyčerpávání energetických zásob organismu. Z adiktologického hlediska je tento stav nevhodný, protože v sobě nese potenciál relapsu.

Analogicky je možné uvažovat i v dalších faktorech spojených s PA. Panagiotounis et al. (2022c) uvádějí jako rizikové i „různé environmentální, sociální i psychologické faktory, jako je celková koncentrace na sport, tlak trenérů, osobnostní vlastnosti (např. perfekcionismus), které mohou vyústit k poruchám příjmu potravy nebo závislosti na cvičení“ (s. 45). V textu se Panagiotounis et al. (2022c, s. 45) zmiňují i o možných negativních pocitech jedinců, které mohou zažívat při skupinových lekcích. Těmi je například pocit tlaku na výhru, podceňování svých schopností, pocit nepodpory ve svém týmu. Mohou se například jen cítit zranitelně v přítomnosti ostatních. Tyto pocity mohou vyústit v nespokojenost se sebou samým a nízkou sebedůvěru a v důsledku i neochotou v další účasti pokračovat. V individuálních sportech pak mohou vnímat pocity selhání, pokud nedodrží tréninkový plán a nejdou cvičit.

Během praktické části výuky v rámci studia Adiktologie jsem u pacientů nejčastěji zaznamenávala následující rizikové faktory, které dle mého názoru limitovaly potenciál PA být pro pacienty přínosem.

Tabulka 5: Rizikové faktory při PA (na základě vlastní zkušenosti)

Rizikové faktory při PA

Neznalost správného technického provedení PA
Neznalost základních anatomických a fyziologických funkcí
Přetěžování neadekvátní délkou PA, intenzitou, frekvencí
Soutěživost v neadekvátních situacích
Zranění v důsledku „položení se do hry“
Kompenzace poruch příjmu potravy nadměrným cvičením
Jednostranné zaměření na sportovní cíle na úkor jiných oblastí
Účelová manipulace se cvičením
Preference doplňků stravy na úkor kvalitních základních složek stravy
Rezignace při prvních problémech
Neadekvátní „zkamenění“ v situacích vyžadující reakci
Neznalost optimální míry PA bez vlivu NL
Omezené či přehnané reakce na signály těla, dělání chybných závěrů
Trhání se od svého týmu, předvádění se před svým týmem, rivalita v rámci svého týmu

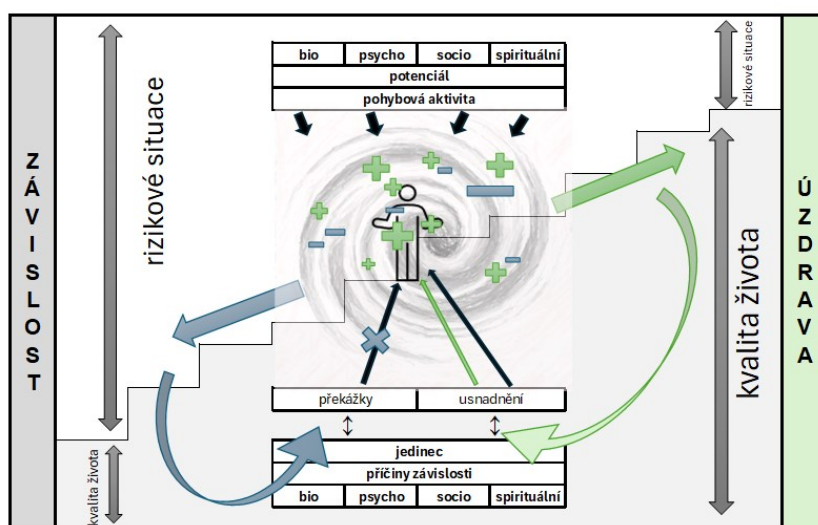
V tomto ohledu je nutné zmínit i vznik závislosti na cvičení. V kontextu ústavní léčby závislostí pak spíše o *výměně* závislosti za závislost. Slepíčka et al. (2020, s. 236) uvádějí, že obecně je třeba rozlišovat mezi závislostí na sportu a mezi zafixovaným zvykem sportovat, neústupností ze svého naplánovaného režimu a tvrdohlavostí. Autor dále rozlišuje mezi dvěma rovinami – pozitivní závislostí a negativní závislostí. Pozitivní závislost se podle autora projeví až po přerušení tréninkových dávek, kdy se dostaví abstinční příznaky psychologického rázu. Negativní závislost má naopak jako příznak cvičit víc a víc. „Cvičení se nepřerušuje ani při zdravotních problémech. Ostatní běžné činnosti jsou narušeny. Ze cvičení se vytrácí radost. Objevuje se toleranční efekt.

V závislém chování je tendence pokračovat, i když už z něj neplyne žádný zisk“ (Slepička et al. 2020, s. 236).

Kontext mezi mírou užívání NL a závislostí na sportu a přesun mezi látkovou závislostí a závislostí na cvičení byly předmětem dílčích studií (Vansteene et al., 2022, Conroy et al., 2015, Leasure et al., 2015), které celkově zpochybnily generalizovaný přínos PA pro všechny pacienty. Navrhují přizpůsobit PA konkrétním pacientům s ohledem na bio-psycho-socio-spirituální kontext vzniku a udržování závislosti, stejně tak vzhledem k charakteristikám jako je například druh NL, způsob konzumace či motivace k léčbě. Rovněž upozorňují, že určité druhy sportu (individuálního rázu) nesou větší riziko vzniku závislosti na cvičení u závislosti na alkoholu, než sporty kolektivní (Vansteene et al., 2022).

Pro větší názornost jsem si na základě teoretických zdrojů načrtla tento model, který zahrnuje jak bio-psycho-socio-spirituální koncept závislosti, tak bio-psycho-socio-spirituální potenciál PA a pojetí prezentované unijním programem RTS, a současně ho vnímám jako uplatnitelný i pro jiné intervence než PA, se kterými se v adiktologii setkáváme.

Obrázek 2: Návrh výchozího modelu PA v kontextu jedince (vlastní zpracování, spirála PNGWING, (n.d.))



2.8. Bio-psycho-socio-spirituální model vzniku a udržování závislosti

Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti je teoretický koncept, který vysvětluje závislost jako komplexní fenomén. Kudrle uvádí, že „zatím nebylo potvrzeno nic, co by jednoznačně prokazovalo predispozice pro vznik závislosti“ (2003, s. 91). Vývoj závislosti je u každého pacienta jedinečný a obvykle je výsledkem kombinace více faktorů, které spolu vzájemně interagují. Na tento fakt, že „příčiny alkoholismu a drogové závislosti jsou velmi komplexní“ (Kudrle, 2003, s. 91), neexistuje ani jeden jediný univerzálně účinně léčebný postup. Na tuto skutečnosti reaguje model tím, že poskytuje

komplexní teoretický rámec spojený s interakcí biologických, psychologických, sociálních a spirituálních faktorů.

Závislost není pouze biologickou otázkou (např. vrozenými předpoklady), ale i rolí psychických faktorů (např. emoční stav, harmonický vývoj v dětství a podpora v době dospívání). Roli hrají i sociální faktory, jako je například prostředí, ve kterém jedinec žije, kultura, sociální podpora. Spirituální složka pak zahrnuje vztah ke všemu, co nás přesahuje (Kudrle, 2003). Hledání smyslu, nalézání síly ve víře, hledání správného středu, svého vnitřního klidu, zacílení k vyšším hodnotám. To vše lze zahrnout pod spirituální dimenzi tohoto modelu.

Podle tohoto modelu se závislost vyvíjí a udržuje komplexní interakcí těchto čtyř složek, a proto je v léčbě přínosné zohlednit všechny tyto aspekty. Na tento požadavek adekvátně reaguje holistické pojetí usilující o tzv. úzdravu jedince (recovery). Slovo holismus pochází z řeckého slova holos, který znamená celek, celý. Jak uvádí Knapová (2019), v holistickém pojetí je živý organismus pojímán ve čtyřech dimenzích, v bio-psycho-socio-spirituální jednotě, která je v interakci se svým okolím. Úzdrava se tak „zaměřuje na nalezení rovnováhy těla, mysli a ducha v lidském jedinci. Léčení se zabývá postupy, které jsou směřovány k ovlivnění příčiny nemoci“ (Knapová, 2019, s. 2).

2.9. Bio-psycho-socio-spirituální potenciál PA

Bio-psycho-socio-spirituální potenciál PA je ve vyváženém rozvoji všech složek jedince. Tradiční pohled na sport zahrnuje zlepšení fyzické kondice, síly, vytrvalosti a koordinace, ale toto pojetí vnímá tyto aspekty jen jako součást širšího kontextu. Integruje fyzickou aktivitu s duševním, sociálním a duchovním rozměrem, čímž usiluje o harmonické zlepšení kvality života. Domnívám se, že myšlenkou pro důvod přítomnosti PA programech ústavní léčby závislostí je právě jejich bio-psycho-socio-spirituální potenciál, ačkoliv v praktické rovině může být v jednotlivých zařízeních tento komplexní potenciál nevyužit.

Následně poskytují teoretické rozčlenění mezi rizikovými a protektivními prvky a návazně konkretizují dané potenciály PA v dílčích dimenzích. Zde pak rámcově rozčleňují na ty, které se naplňují spíše samy od sebe (tj. jen tím, že pacient jemu vhodně přizpůsobenou PA vykonává) a které jsou závislé více na něm a na okolnostech (proměnných).

Tabulka 6: Orientační vymezení prvků směřujících k úzdravě a k závislosti (teoretické východisko Panagiotounis et al. (2022c), vlastní dělení a úprava)

Rovina	Potenciálně rizikové prvky	Potenciálně protektivní prvky
Volba druhu PA (obrazně obdelník nahoře a 4 černé šipky)	Nerespektuje anamnestické údaje pacienta	Respektuje anamnestické údaje pacienta
Rovina pole (obrazně podoba a charakteristika spirály)	PA nepřízpůsobená skupině/jedinci	PA přízpůsobená skupině/jedinci

Rovina překážek a usnadnění (obrazně jestli vůbec dojde k účasti v poli PA)	Převaha bariér (kontext s povinné vs. dobrovolné)	Převaha usnadnění (kontext s povinné vs. dobrovolné)
Setting PA (obrazně v danou chvíli na daném místě s ohledem na proměnné)	Druh a podoba PA vhodné, ale ne v danou chvíli a kontext	Druh a podoba PA vhodné, vhodný kontext a stav
Rovina proměnných (obrazně tok ve spirále – od jedince vně a v opačném směru víru od vně k němu za vzniku různých intra/inter situací)	Špatné nakládání s proměnnými katalyzováno směrem z vnějšku	Špatné nakládání s proměnnými protektivně omezeno směrem z vnějšku
	Dobré nakládání s proměnnými omezeno směrem z vnějšku	Dobré nakládání s proměnnými katalyzováno směrem z vnějšku
Konkrétní inter a intra situace (obrazně vyřešené jako výsledné plusy nebo minusy)	Zvladatelné aktuálními dovednostmi (physic kills, social skills, psychic skills, mental skills, coping skills...)	Nezvladatelné aktuálními dovednostmi (physic kills, social skills, psychic skills, mental skills, coping skills...)

2.9.1. Biologická dimenze potenciálů PA

Základní východisko: znalost zdravotního stavu pacienta, chronických i akutních potíží, jeho pohybových omezení, stravovacích návyků a dietních omezení, medikace, drogové anamnézy atd. a volba typu PA, která je pro pacienta vhodná. Vhodné a bezpečné prostředí a vybavení.

Rovina pole: Fyzický pohyb obecně rozvíjí svalovou sílu, výdrž, flexibilitu a stavbu kostí (Panagiotounis et al., 2022c, s. 44). Ashdown-Frankse et al. (2020) uvádějí, že PA může přispívat k redukci řady chronických onemocnění, zejména může snižovat riziko kardiovaskulárních a metabolických onemocnění jako obezita, diabetes či metabolický syndrom. PA také mají vliv na koncentraci určitých neurotransmiterů (beta-endorfiny, adrenalin, noradrenalin, serotonin a dopamin), které přispívají k prožitku odměny vyvolaném cvičením (Linke & Ussher, 2015). Dai et al. (2020) poukazují na skutečnost, že pravidelná pohybová aktivita ovlivňuje podobné neuroanatomické struktury jako návykové látky, což zprostředkovává obdobný efekt. PA tak mají potenciál být poskytována jako alternativní, bezdrogový, zdroj těchto pocitů. Tyto látky obecně navozují „lepší náladu, dobrý pocit“ a mohou pomoci při snižování úzkosti a depresi. Slepíčka et al. (2020) ve své knize zmiňuje antidepresivní neboli tzv. trankvilizační efekt PA, přičemž za příčiny „považuje oxygenaci CNS, vzestup noradrenalinu zlepšujícího náladu, zvýšení vylučování endogenních opiátů, „pyrogen efekt“, tj. prohrátí organismu, a vertiginální efekt některých pohybů (kolébání, houpání, lety)“ (2020, str. 73).

Fyzická aktivita je vhodným nástrojem pro redukci stresu a pomáhá tak zvládat výzvy spojené s abstinencií příznaky a emocionální zátěží při léčbě. Poskytuje zdravý způsob, jak uvolnit nahromaděné emoce (emoční katarze), čímž snižuje riziko relapsu a vzniku konfliktů. Dle Slepíčky et al. (2020) spojení emocí se svalovou činností dává daleko lepší možnosti emočního odreagování.

Rovina proměnných: vhodný setting, frekvence (jak často), intenzita, zátěž, technické provedení, spánek, regenerace, strava, suplementy, medikace, zpětná vazba apod.

2.9.2. Psychologická dimenze potenciálů PA

Základní východisko: znalost zdravotního stavu pacienta, psychiatrické anamnézy, jeho současného stavu v léčbě, medikace, drogové anamnézy atd. a volba typu PA, která je pro pacienta vhodná. Vhodné a bezpečné prostředí a vybavení.

Rovina pole: Pacienti mohou během údravy procházet výkyvy emocí. Začlenění PA do programů léčby může přinést z hlediska psychologické roviny řadu benefitů. PA „může pomoci se zvládním odvykacích příznaků a snížení cravingu“ (Yan-guang et al., 2021). Pravidelná fyzická aktivita pomáhá pacientům rozvíjet dovednosti v reakci zvládnání rizikových situací (Marlatt & Gordon, 1985) (tzv. coping skills) a snižuje tak riziko relapsu. Dosahování cílů a sledování fyzického pokroku může zlepšit sebevědomí a sebeúctu a přetvořit tak negativní sebeobraz, který závislost často podporuje (Panagiotounis et al., 2022c, s. 44).

Dobrovolné aktivity pak mohou být i zdrojem radosti a zábavy. Pravidelné cvičení má pozitivní vliv na regulaci nálady, což vede ke snížení příznaků úzkosti, deprese a výkyvů nálad (Linke & Ussher, 2015). Různé formy meditace a jógy podporují rozvoj schopnosti vnímat své myšlenky a pocity, což může pomoci i pro identifikaci spouštěčů a zvládnání chutí.

Fyzická aktivita, jak uvádí Ashdown-Franks et al. (2020), stimuluje mozkové funkce a podporuje růst nových neuronů v klíčových částech mozku. Zlepšuje tak kognitivní schopnosti a pomáhá při obnově kognitivních funkcí narušených zneužíváním návykových látek.

Rovina proměnných: vhodný setting, charakter a nastavení hodnot skupiny (u týmových a kolektivních PA), očekávání pacienta, cíl pacienta, sebereflexe (přijímání i poskytování v případě týmových a kolektivních PA), povinnost vs. dobrovolnost, myšlenkové vzorce, self-concept apod.

2.9.3. Sociální dimenze potenciálů PA

Základní východisko: znalost zdravotního stavu pacienta, psychiatrické anamnézy, jeho současného stavu v léčbě, medikace, základní sociální anamnézy, drogové anamnézy atd. a volba typu PA, která je pro pacienta vhodná. Vhodné a bezpečné prostředí a vybavení.

Rovina pole: Pacienti v ústavní léčbě závislosti jsou členy komunity. Komunitní režim sám o sobě poskytuje prostor pro rozvoj psychosociálních dovedností a předchází pocitu izolace. Skupinové komunitní aktivity vytvářejí podpůrné společenství podobně zaměřených jedinců. Stejný potenciál mají i PA. Samotná účast na skupinových lekcích, nebo individuálním cvičení v přítomnosti druhých, vystavuje pacienta nutnosti fungovat v rámci skupiny a čelit přicházejícím výzvám. Nabízí se tak prostor pro rozvoj sociálních dovedností jako je kooperace, asertivita, zodpovědnost, empatie a sebekontrola (Panagiotounis et al., 2022c, s. 45). Panagiotounis et al. uvádějí, že „v sociálních situacích

se pacient učí schopnosti řešit konflikty, zvýšit míru frustrační tolerance, budovat zdravou míru soutěživosti, či se dle aktuální role ve skupině učí vůdcovství“ (2022e, str. 9).

Rovina proměnných: vhodný setting, povinnost vs. dobrovolnost, nominace účastníků (daná x přirozeně vytvořená), míra zapojení se, přijímání a poskytování reflexe, komunikace, hranice, týmový duch, skupinové hodnoty a pravidla, směřování a cíl skupiny, způsob vedení skupiny, prostor pro vzájemnou podporu, prostor pro učení se apod.

2.9.4. Spirituální dimenze potenciálů PA

Základní východisko: znalost zdravotního stavu pacienta, psychiatrické anamnézy, jeho současného stavu v léčbě, medikace, drogové anamnézy atd. a volba typu PA, která je pro pacienta vhodná. Vhodné a bezpečné prostředí a vybavení.

Rovina pole: Některé druhy PA a techniky samy o sobě zohledňují i duchovní rovinu. Mezi taková řadí Kudrle „relaxaci, meditaci, jógu, holotropní dýchání apod. k navození vnímavosti pro spirituální rozměr a k aktivizaci vnitřního uzdravného potenciálu“ (2003, str. 93). Dle Kaliny (2003, str. 81) je překročením do spirituálního rozměru i např. aromaterapie, masáže, akupunktura či akupresura.

PA konané v přírodě mohou zintenzivnit úctu k přírodě, pocit bytí součástí jednoho celku. Meditace může pomoci zvýšit mentální sílu, snížit stres, zlepšit výkon, posílení pozornosti a soustředění na svůj cíl.

Různé druhy sportovních aktivity s hlubším smyslem – různé druhy *běhů pro*, komunitní turnaje s bývalými abstinujícími pacienty – mohou samy o sobě přinést pocit uspokojení z vynaloženého úsilí a přispění dobré věci.

Pohybové aktivity mohou obsahovat rituály, ať už ve formě obecných pravidel hry, nebo osobních návyků. Tyto rituály poskytují strukturu, stabilitu a pocit ukotvení.

Rovina proměnných: vhodný setting, hodnotové nastavení skupiny, osobní hodnoty, prostor pro rozvoj spiritualitu, motivace, cíle, schopnost naslouchání a přijímání, potřeba poznat sám sebe, seberozvoj, tvořivost, etika a fair play apod.

2.10. Závislostní vzorce myšlení

Jak na s odkazem kognitivně-behaviorální terapii uvádí materiál kliniky MAYO CLINIC (2007), závislostní vzorce myšlení, které nemusí být již pravdivé a prospěšné (funkční) přetrvávají i po ukončení užívání NL. S těmito vzorci pak souvisejí pocity, které vyvolávají, a navazující chování může vyústit do relapsu. Mezi nejčastější nefunkční, závislostní, vzorce myšlení patří:

Tabulka č. 7 Závislostní vzorce myšlení (MAYO CLINIC (2007), vlastní úprava modelových příkladů)

Název	Popis vzorce	Modelový příklad
myšlení „všechno nebo nic“	tzv. černobílé vidění	„Zkoušel jsem to uběhnout, ale nešlo mi to, tak toho nechám.“
přehnané zobecňování	na základě jedné události učinění obecně platného závěru	„Neudělám ani deset dřepů, nejsem na sport dobrý, nemá cenu to zkoušet.“

filtrování		zaměření pouze na negativní aspekty lidí nebo situací při odfiltrování všech pozitivních aspektů	„Když jsem byl malý, posmívali se mi za to, že se netrefím na koš. Nikdy na to nezapomenu.“
převrácení pozitiv do negativ		odmítání svých úspěchů a jiných pozitivních zkušeností tím, že trváte na tom, že se nepočítají	„Trenér mě pochválil jen proto, že je to jeho práce.“
skákání do negativních závěrů		počítání s tím, že věci dopadnou špatně, a jste přesvědčení, že předpověď je ověřená skutečnost	„Nebudou mě mít rádi, když se netrefím do branky, tak proč se účastnit?“
katastrofické scénáře		zveličování dopadu událostí a přesvědčování že když se něco pokazí, bude to neúnosné a nastane relaps	„Když tu tabatu nedám až do konce, nezvládnou ani vydržet nepít.“
zaměňování pocitů za fakta		zaměňování faktů s pocity nebo přesvědčeními	„Stydím se zvedat tu činku. Zvedám jí hrozně a všichni to vidí.“
personalizace		obviňování sebe sama z čehokoli nepříjemného a myšlení, že vše, co lidé říkají nebo dělají, je reakcí na vás	„Šel si po tom volejbalovém utkání lehnout a ani na mě nepromluvil. Určitě je naštvaný, že jsem to nestihl odpálit.“
sebe ponižování		podceňování sebe sama a ponižování	„Jsem ošklivý a tlustý, nemůžu se jít otužovat.“
používání „měl/a bych“		používání musím, měl bych, aniž by se chtělo	„Měl bych jít trénovat, ale nechce se mi.“
velikášství a podceňování		nepřiměřené zveličování negativ a zmenšování pozitiv při hodnocení sebe, druhých nebo a situace	„Že jsem po celodenní túře unavený dokazuje, že na to nemám.“

3. Výzkumná část

3.1. Stanovení cíle

Cílem této práce je popsat pohybové aktivity z pohledu konkrétních pacientů v ústavní léčbě závislosti.

Dílním cílem je v tomto pohledu identifikovat konkrétní intrapersonální i interpersonální prvky přispívající k udržování závislosti a prvky podporující úzdravu.

3.2. Výzkumné otázky

Jaké konkrétní situace nastaly v průběhu pohybových aktivit pacientů v ústavní léčbě závislosti?

Jak pacienti reflektují sebe sama v pohybových aktivitách před a v průběhu léčby závislosti?

Jaké intrapersonální i interpersonální prvky pacienti demonstrovali prostřednictvím pohybových aktivit?

Jakou spojitost vnímají pacienti mezi těmito prvky a jejich závislostním chováním?

Jakými situacemi se tyto prvky projevovaly v běžném životě pacienta?

3.3. Design výzkumu

Hlavní myšlenkou bylo získat hlubší porozumění motivacím, postojům a interakcím pacientů s důrazem na subjektivní významy a perspektivy. Volba kvalitativního výzkumu byla jednoznačná. Tento design dle Miovského (2006) umožňuje ke každé situaci přistupovat jako k jedinečné a neopakovatelné. Během výzkumu se ani „nesnažíme prvoplánově eliminovat různé vlivy, s nimiž jsme nepočítali a které narušují a mění výzkumnou situaci.“ Miovský (2006, s. 72).

3.4. Metody tvorby dat

Jako metody tvorby dat jsem zvolila zúčastněné pozorování a polostrukturovaný rozhovor.

Tabulka 8: Metody tvorba dat

Metoda tvorby dat	Výstup	Počet očekávaný / reálný
zúčastněné pozorování otevřené	záznamový arch (vzor viz Příloha č. 1)	až 20 / 18
polostrukturovaný rozhovor	editorovaný přepis rozhovoru	5–10 / 5

Při zúčastněném pozorování se „pozorovatel přímo pohybuje v prostoru, kde se vyskytují jevy, které pozoruje. Stává se tak součástí těchto jevů a je jedním z aktérů.“ (Miovský, 2006, s. 152). Dále pak uvádí, že „výhodou je bezprostřední zkušenost výzkumníka se situací a jevy, které pozoruje. Má možnost zapojit se do interakcí ostatních účastníků a lépe pochopit a popsat co, jak a proč dělají, jaká je jejich perspektiva pohledu na zkoumaný jev“ (2006, s. 152). Nevýhodou této metody jsou vysoké nároky na výzkumníka, protože je svou osobní přítomností přímou součástí vývoje a současně je na něj kladen nárok, aby zůstal objektivní. Nemalým rizikem je i zkreslení vznikající při následném záznamu a interpretaci jevů.

Metoda tvorby dat pomocí polostrukturovaného rozhovoru je dle Miovského (2006, s. 159) jednou z nejrozšířenějších metod rozhovorů. Navíc tím, že je daný určitý rámec rozhovoru, tzv. jádro interview, je určitý stupeň jistoty, že budou probírána všechna klíčová témata. Současně je možné se účastníka doptávat (tzv. inquiry) či doplňovat další otázky dle aktuálního vývoje rozhovoru, a tím naplnit poslání kvalitativního výzkumu – dosáhnout vysoké přesnosti, komplexnosti a pochopení souvislostí. Konkrétní osnova polostrukturovaného rozhovoru je uvedena v Příloze č. 2.

Poté byla provedena fixace dat pomocí transkripce nahrávek rozhovoru v aplikaci Microsoft office Word. Rozhovorům byl přiřazen kód. Nahrávky byly ihned po přepisu smazány. U dat v této písemné formě byla provedena redukce prvního řádu. Jejím cílem je dle Miovského (2006, s. 209) učinit přepis plynulejší a usnadnit analytickou práci s ním. Z textů jsem vynechávala tzv. slovní vatu (např. opakování slov, slova jakoby, takže), komentáře k okolními dění, času apod. Delší a nepřehledné výpovědi jsem v dílčích částech zestručnila, ale jen tak, abych nepozměnila význam odpovědi. Následně jsem u textu provedla editorování, kdy jsem dílčí pasáže provázala (doplnila o poznámky) s informacemi ze souvisejících záznamových archů, případně o poznámky k výrazu sdělení (např. smutně, důrazně, rychle mluví).

3.5. Etická otázka

Výzkumná práce byla schválena Etickou komisí pro posuzování studentských závěrečných prací Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze dne 13. března 2024 pod číslem jednacím EKSKAD-028/2024 (viz Příloha č. 3).

Účastníci výzkumu byli před zahájením seznámeni s Informací o výzkumu, která je uvedena v příloze. Byli informováni o anonymitě a dobrovolnosti výzkumu a o způsobu získávání, zpracování a uchování dat.

Od pacientů, kteří byli osloveni pro polostrukturovaný rozhovor, byl získán informovaný souhlas ústní formou, který byl zaznamenán na nahrávce. Znění informovaného souhlasu rovněž dokládám v Příloze č. 4. Pacienti byli informováni o možnosti z výzkumu odstoupit, a to bez udání důvodu, a to i zpětně.

Data byla uchovávána v osobním PC pod heslem. Záznamové archy a poznámky byly v deskách v uzamčeném šuplíku.

Pacienti byli informováni o tom, že práce bude dostupná online na repozitáři závěrečných prací UK, kde bude volně přístupná veřejnosti.

3.6. Výzkumný soubor

Základní soubor tvořili pacienti v ústavní léčbě závislosti v PL ČD z oddělení A, B, C, kteří se účastnili pohybových aktivit. Pacienti byli seznámeni s náplní této studie a jejími cíli (text Informace o výzkumu viz Příloha č. 5). Současně byli poučeni o možnosti odmítnout moji přítomnost na vybrané PA. Soubor PA byl stanoven metodou totálního výběru vzorku (samoorganizovaná i pod vedením trenéra, skupinová i individuální, smíšená i čistě v rámci jednoho oddělení).

Miovský uvádí, že metoda totálního výběru je principiálně založena na tom, že výzkumný soubor je „tvořen všemi možnými prvky uvažovaného základního soubory“ (2006, s. 131). Miovský upřesňuje, že se užívá tam, kde je počet prvků základního souboru nízký a užití této metody je možné či výhodné. Tuto metodu výběru PA jsem zvolila proto, že jsem chtěla zachovat autentický rozsah možností, které zde pacienti mají. Koncentrace na jeden druh PA (např. chodit pouze do posilovny) by mohla vést ke zkreslení výsledků.

Do výzkumného souboru bylo zahrnuto 5 pacientů ($n=5$), se kterými byl veden a v aplikaci „Záznam zvuku“ v mobilním telefonu zaznamenán polostrukturovaný rozhovor. Výběr proběhl metodou příležitostného výběru, který byl proveden v průběhu zúčastněného pozorování a doplňková forma metodou samovýběru. V průběhu výzkumu, na základě zúčastněného pozorování a dotazování žen, bylo dodatečně stanoveno kritérium, že respondenty budou pouze muži. Důvodem byla zjištěná specifika mužů a žen ve vztahu k PA, která se začala projevat až během výzkumu a jejichž zpracování by zásadně přesahovalo rámec této práce. Základní jednotkou je tak pacient (muž) z oddělení B nebo C. Pacientům bylo zvoleno fiktivní jméno, v této práci vystupují pod kódy, věk je orientační (na uvedený věk n aplikace pravidla $n+1$ nebo $n-1$) a u specifických sportovních disciplín (např. závodní lukostřelba) je tato disciplína v textu vynechána. Rovněž byly vynechány všechny faktografické údaje (názvy léčebných zařízení, jména lékařů, ostatních pacientů, geografické údaje apod.). U časových údajů vztahujících se k léčbě uvádím pouze etapu léčby (na základě sděleného data nástupu, předběžného data ukončení léčby a data, kdy se konal rozhovor a celý průběh dělím do třetin, *1. třetina – začátek, 2. třetina – polovina, 3. třetina – konec*).

Všichni pacienti byli před léčbou dlouhodobě aktivními sportovci. Všichni měli zkušenost s týmovým sportem (T), sportem v kolektivu (K), např. kluby, družstva, a sportem ryze individuálním (I). V současné léčbě kromě jednoho pacienta uvedli účast na všech těchto typech. Ve výzkumném souboru jsou zástupci výkonnostně, rekreačně i účelově orientovaného sportu, a to se závodními i bez závodních zkušeností. Výkonnostní orientaci uvedli v minulosti 3 pacienti, v léčbě 2 pacienti uvedli účelovou orientaci a 3 rekreační. Všichni pacienti nastoupili do léčby dobrovolně, a to na základě vnitřní motivace. Uvádějí látkovou závislost (dle skupin PL ČD *závislí na alkoholu a závislí na nealkoholových drogách*), nelátkovou závislost neuvedl žádný z nich (skupina *patologičtí hráči*). Zkratka exp. souhrnně vyjadřuje experimentování s dalšími látkami. Všichni

pacienti měli v minulosti zkušenost se specializovanou adiktologickou službou ambulantního nebo lůžkového typu.

Tabulka 9: Výzkumný soubor

R	Věk	NL, počátek užívání/rizikově od	Adiktologické služby před léčbou	Fáze léčby	
R1	22	Alkohol, pervitin, exp.	16	ústavní léčba střednědobá, krátkodobá stabilizace, Anonymní alkoholici, chráněné bydlení	Začátek
R2	45	Alkohol, exp.	14/38	detoxifikační oddělení, adiktologická ambulance, ústavní léčba střednědobá	Polovina
R3	28	Opioidní analgetika, alkohol, kratom, exp.	Exp. /23	adiktologická ambulance	Začátek
R4	40	Heroin, pervitin, exp.	16	ústavní léčba střednědobá	Polovina
R5	47	Alkohol	20/42	adiktologická ambulance	Polovina

3.7. Metody analýzy dat

U jednotlivých textů jsem následně provedla kódování dat. K textům jsem přiřadila významové kódy pro snazší orientaci. Kódy byly vymezeny analogicky ke standartním anamnestickým údajům: užívání, léčba, tělesné obtíže, psychické obtíže, jídlo, spánek, rodina, vztahy, práce, finance, bydlení, právní problémy, záliby, sport před léčbou, sport během užívání, sport v léčbě.

Analýza dat byla provedena pomocí metody vytváření trsů a metody zachycení vzorců. Metoda vytváření trsů je „postavena na srovnávání a agregaci dat a má dimenzi určité hierarchizace, neboť v ní prostřednictvím kategorizace zvolených základních jednotek vytváříme jednotky obecnější“ (Miovský, 2006, s. 220). Jako způsob jsem zvolila tematický přeryv. Ve všech prepisech jsem vyhledávala ve výročích „všechny takové pasáže, které se týkají jednoho úzce ohraničeného tématu“ (Miovský, 2006, s. 221), např. craving, užívání suplementace, motivace. Někde bylo potřeba téma ještě rozdělit, případně zobecnit. Ty jsem posléze rozčlenila dle bio-psycho-socio-spiritálního modelu PA.

V takto i napříč rozčleněnými skupinami, trsech, jsem posléze u každého pacienta vyhledávala metodou zachycení vzorců opakující se vzorce. Ty jsem podtrhávala a označovala pojmy. Dle Miovského jde v podstatě „o vyhledávání obecnějších principů, vzorců či struktur, které odpovídají specifickým zaznamenaným jevům vázaným na určitý kontext, osobu“ (2006, s. 222).

Omezením těchto metod analýzy dat je, že pracují pouze s textem, tedy s informacemi předanými slovně. Jedná se o analýzu mluveného projevu pacienta o sobě a o svém úhlu pohledu na dané situace, a to pouze v konkrétním okamžiku jeho léčby.

Mezi jednotlivými trsy i uvnitř se může objevit shodný vzorec, ale nelze na jeho základě vytvořit teorii platnou konstantní v čase, a i pro ostatní pacienty. Lze pouze konstatovat, že tento vzorec byl zaznamenán v těchto konkrétních částech u těchto konkrétních pacientů, a to v době konání rozhovoru.

3.8. Praktický průběh realizace

Sběr dat probíhal bezprostředně po schválení výzkumu EK KAD, a to v období březen 2024 až červen 2024. Účast na pohybových aktivitách probíhala podle aktuálního programu na místě, kde se daná aktivita konala, a to po domluvě s garantkou stáží a peer garantem. Případně mi byla účast na PA nabídnuta přímo pacienty. Rozhovory s pacienty se uskutečňovaly v návštěvní místnosti nebo v místnosti pro komunitní sezení bez přítomnosti dalších osob. Tyto rozhovory jsme domluvili na dobu jejich volného času, aby nebyla narušena účast na povinném programu. Při sběru dat jsem nebyla ovlivněna žádnými jinými zdroji – nekonultovala jsem konkrétní pacienty s jejich lékaři či terapeutickým týmem, neměla jsem přístup k jejich dokumentaci a ani na skupinové či individuální terapii. Data o konkrétních pacientech vycházejí tak pouze z mé osobní zkušenosti a informací, které mi sami poskytlí.

Nejkratší rozhovor trval přibližně 25 minut, neboť byl přerušen sestrou z důvodu nutnosti dodržet stanovený režim pacienta. Průměrná délka ostatních rozhovorů byla okolo 50 minut. Rozhovory jsem se snažila vést v běžné řeči, tj. obdobně jako při zúčastněném pozorování, abych eliminovala možné nepříjemné pocity z nahrávání hovoru.

3.9. Výsledky

Výsledky jsem rozdělila do jednotlivých kapitol, které korespondují se stanovenými výzkumnými otázkami, a v rámci nich do tematických celků.

3.9.1. Situace v průběhu pohybových aktivit pacientů

V souladu s tím, že „informace z těchto sportovních aktivit a poznámek nebudou citovány v textu bakalářské práce“ (viz. Příloha č. 5 této práce), uvádím výsledky pouze v obecné podobě. Během zúčastněného pozorování jsem se zúčastnila všech typů PA (T / K / I), samoorganizovaná i pod vedením trenéra, smíšená i čistě v rámci jednoho oddělení. Nejdelší absolvovanou pohybovou aktivitou bylo čištění břehů řeky Vltavy z raftů, trvající přibližně 6 hodin. Nejkratší aktivitou byla ta, která se po příchodu neuskutečnila. Z těchto PA jsem vytvořila celkem 18 záznamových archů. Snáze pro mě byly zachytitelné situace, které se vymykaly běžnému „plynutí“ situace. Byly to momenty, které mě přiměly zpozornět a snažit se pochopit, co se děje. Každou takovou situaci jsem popsala v Záznamovém archu a pokusila se identifikovat její hlavní téma. Ta jsem přenesla do celkového seznamu.

Výsledky z této fáze shrnuji do těchto bodů: 1) zúčastněné pozorování otevřené bylo vhodnou metodou pro důkladné pochopení kontextu, ve kterém se PA pacientů v PL ČD uskutečňovaly. 2) Během PA se vyskytovaly protektivní i rizikové prvky. 3) Tyto prvky byly pro mě zachytitelné a pojmenovatelné. 4) Pacienti v PL ČD tvořili velice heterogenní základní soubor ohledně vztahu k PA, výchozí úrovni zdatnosti, preferencí účasti (s preferencí určitého typu PA, s preferencí času PA, s preferencí určitých lidí). 5) Pacienti z výzkumného souboru nebyli hlavními aktéry situací zaznamenaných v uvedených záznamových arších.

Jako výstup z této části přikládám v Příloze č. 6 přepracovaný záznamový arch do podoby návrhu tréninkového záznamu pro pacienty. Lze ho používat odděleně, nebo po vystříhnutí vlepít do svých deníků.

3.9.2. Pohled pacientů na sebe sama v pohybových aktivitách před a v průběhu léčby závislosti

Všichni pacienti uvedli, že měli v minulosti zkušenosti se sportem. Počet dnů v týdnu, kdy se věnovali nějakému druhu sportu, se pohyboval průměrně mezi 3 až 6 dny týdně. Následovala různě dlouhá etapa omezení či úplného vynechání pohybových aktivit, a naopak různě rychlý rozvoj intenzivního užívání návykových látek. Tato etapa trvala u pacientů od několika měsíců až po dobu 32 let. V době rozhovoru se všichni pacienti různým tempem vraceli k pohybovým aktivitám, přičemž prioritně preferovali takový typ pohybové aktivity, který znali z dřívějších, aniž by se ale předem bránili zkusit v léčbě něco nového.

Následující část jsem rozdělila do tří časových období: období před užíváním návykových látek, období během jejich užívání a období během léčby. Počátek období užívání návykových látek je vymezen subjektivním pocitem pacientů, tedy dobou, kterou pacienti označují za období, kdy už *užívali* případně *s tím měli problém*. Odpovědi uvádím bez označení respondentů za účelem omezení rizika identifikace konkrétních pacientů (v citacích textu jsou souhrnně označeni jako „pacient“) a současně s cílem zachovat co největší autentičnost jejich sdělení. Zahrnuty jsou odpovědi, které obsahovaly nosné sdělení. Na některá pro ně nerelevantní témata pacienti odpovídali např. jednoslovně.

Plné znění textů k dílčím částem uvádím z kapacitních důvodů v Příloze č. 7.

Před užíváním

Pacienti se při rozhovorech na téma počátků jejich sportovních aktivit vraceli ke svému dětství či dospívání. V těchto vzpomínkách reflektovali svůj tehdejší vztah k daným sportovním disciplínám a hodnotili sami sebe v kontextu těchto aktivit. Během jejich vyprávění o tréninkových plánech a sportovních zkušenostech se paralelně formovala dvě klíčová témata: role a význam autorit (rodiče, trenér) a kolektivu. O trenérovi např. mluví pacient, který se věnoval sportu na vrcholové úrovni: *„To pro mě byla asi nejlepší léta..., euforie z toho sportu. Všechno to ale... byl jsem zvyklej na hodně těžkej režim... Bylo to super období. ... (pozn. trenér) ten to jede na ty naše úspěchy a byly tréninky, když jsem doběhl, zablil jsem se, prostě jsem nemohl dojít na autobus. Ale zase z toho byl ten dobrej pocit, že jsem ten trénink zvládnul.“* Současně z této doby již zmiňuje prvotní psychické problémy a jakým mechanismem se s nimi během sportu vyrovnával: *„Udělal se mi na omdlení. Do strašný paniky. S tím jsem bojoval hodně v tom (sportu). Že se mi tam občas udělalo špatně, ale jak jsem překousával ty extrémy, tak jsem tam nějak dokázal překousnout i tohle. Byl to těžkej boj, hodně těžkej boj s těma panickejma atakama.“*

Významnější roli otce zmiňují tři pacienti, u každého otec figuroval jinak. Pacient například uvádí, že „(...) *od malička dril od svého táty, musel jsem být v 7 někde (pozn. ráno). A v okamžiku, kdy odpad ten dril (...) tak to u mě celý vzniklo, že jsem neuměl pracovat s tou svobodou, která mi najednou padla do klína.*“

Pacienti, kteří mají pozitivní zkušenost s kolektivem, se věnují skupinovým PA i v léčbě, pacienti, kteří se v rámci kolektivu v dětství necítili konformně, uvedli, že dávají přednost spíše individuálním aktivitám. Pacient u sebe vnímá vzorec z dětství, který se mu opakoval i v užívání NL: „... *u mě byly nějaký problémy s chováním. Takže tam z toho sešlo (pozn. sportu) a tam možná byl už takovej ten první vzorec chování, že jsem pak střídal jednu školu za druhou, a což asi vedlo taky k těm drogám, k nějakýmu tomu úniku.*“

Období užívání

Užívání NL se u každého pacienta rozvíjelo v závislost individuálním způsobem. Stejně individuální zde byla i pozice PA. V návaznosti na skutečnost, že všichni pacienti byly dlouhodobě a pravidelně aktivními sportovci, ani u jednoho z nich tento prvek sám o nepostačoval k zabránění rozvoje v závislost.

Dva pacienti popisovali rychlé ustoupení od PA poté, co začali užívat NL. Oba dva uvedli, že se jim v tomto období nakupilo hodně problémů, které řešili prostřednictvím užívání NL a sport šel ve velmi krátkém období stranou. Například jeden z nich uvádí: „*Já jsem byl abstinent. Bylo to jen hodně krátký období, ale to bylo spíš období, že jsem ještě úplně nepil. Že už to bylo takové na hraně... Samozřejmě, že už jsme ten alkohol vyzkoušeli, ale tohleto období trvalo krátce a pak byla tlustá čára. Když jsem přestal sportovat, tak se mi vrátily všechny ty věci z dětství.*“

U dalšího pacienta je patrné, že sport pro něj měl význam i v době užívání, ale postupně se z velmi aktivního sportovce stával sportovcem pasivním: „*A sportovec jsem byl aktivní, ale tam jsem odhodil tu aktivní část, takže jsem třeba se jenom koukal na NHL.*“. Další dva pacienti se pokoušeli sport začleňovat běžně i s postupným rozvojem závislosti. Pacient užívající alkohol (*hladinkář*) zvolil cestu přizpůsobování sportovních aktivit místům, kde je možné užít alkohol: „*S tím, že bohužel, když se to zhoršilo s tím alkoholem, tak si člověk vyhledává ty cesty třeba na tom kole, aby tam bylo po cestě občerstvení a tak dále.*“. Další popisuje určitý vnitřní souboj mezi závislostí a zdravým stylem života, který probíhal určitých vlnách: „*Jsem míchal tyhle ty látky všechny dohromady. Spánek... stravu jsem... To bylo třeba tejdén, tejdén jsem žral právě sladkosti, věděl jsem, že to jde do prčic ta moje práce na sobě, tak člověk ještě víc si vlastně zklamává sám sebe, je mu to líto..., tak jsem zase třeba 3 tejdny to jakoby, dejme tomu, dodržoval. Nežral jsem jako moc tolik, ale aspoň jsem normálně jedl jako pravidelně, normální jídlo, ale pak zase třeba spadnul.*“

Dva pacienti popisují negativní zkušenost, když sportovali *pod vlivem*, oba při silovém tréninku v posilovně. První na těžkém tréninku den po večírku zažil panickou ataku: „*(...) bylo mi dvaadvacet, a byl jsem na tréninku a předtím se chlastalo. Nějaký jointy tam proběhly a druhý den jsem si chtěl dát jako do těla pořádně. Se mi udělalo zle*

na střídačce. A odvezli mě na kardio, tam samozřejmě nic nenašli a pak se to opakovalo a zjistili, že v podstatě jsem utrpěl panickou ataku.“. A druhý užil před tréninkem jednorázově větší množství kofeinu a spustilo mu to v posilovně epileptický záchvat, které mívá: „(...) a nabudil jsem se prostě, když jsem si dal to... jakoby nakopávač nějaký kofein, taurin a tři kafe... nebo něco, abych se tam vůbec donutil jít, protože když člověk nemá tu drogu, dokud nemá ten kratom, tak má problém s motivací vstát a něco dělat.“

Pacient také uvádí, že užíval sport jako substituci ke kratomu: „Ráno před prací, abych vlastně v té práci nemusel bejt pod vlivem, aspoň chvilku, abych se mohl soustředit na práci a bejt mezi lidma a nebyl z toho nervózní. Tak jsem buď bral předtím ten kratom, anebo jsem šel předtím cvičit.“

V průběhu léčby

Všichni pacienti uvedli, že se v léčbě věnují pohybovým aktivitám. U dvou pacientů bylo patrné hledání nového významu těchto aktivit v jejich životě ve srovnání s předchozími zkušenostmi. Například pacient: „A tady jsem po těch letech zjistil, po těch 4 letech pití, co jsem nesportoval, tak jsem zjistil, že proč jsem to nedělal vlastně venku?“, nebo druhý pacient: „Říkám ten pohyb... já prostě potřebuju k tomu, abych mohl né si něco dokázat, ale k tomu, abych mohl vůbec fungovat“.

Průměrný počet dní, kdy se věnují nějakému druhu cvičení, byl 3 až 4krát týdně, pokud nemají momentální zdravotní omezení, jemuž jsou nuceni přizpůsobit i PA. V tomto případě pacienti zmínili jistou frustraci z tohoto stavu, protože nemohou dělat něco, co by dělali rádi, např.: „(...) a nesu to těžce, protože jsem si zvykl na ten stav tý únavy fyzický a mně teď chybí“. Všichni pacienti spontánně ocenili vybavení PL ČD i nabídku různých druhů řízených i samoorganizovaných aktivit.

Výzvou, které pacienti v této oblasti čelí, je schopnost organizace volného času a jeho vyplnění prostřednictvím PA. Tento úkol pro ně bude aktuální i po ukončení léčby. Například pacient uvedl k mezičasům na pokoji: „Já nevím, co bych dělal. Prostě bejt zavřenej, to mi nesevědí, hlavně potom myslím na blbosti a chytají mě různý...“. Během dopoledních a odpoledních hodin mají pacienti stanovený rozvrh povinných komunitních či terapeutických aktivit. K dispozici je také rozvrh pohybových aktivit a posilovny. Pokud tedy chtějí pacienti využít volný čas aktivně, vyžaduje to od nich určitou míru plánování, aby vše časově zvládli. Například pacient uvádí: „(...) jsme předtím měli jídlo. Což jsem si taky nějak prostě neuvědomil, že by bylo lepší to jídlo odsunout, nebo nejít.“ (pozn. na tabatu).

3.9.3. Intrapersonální i interpersonální prvky demonstrováné prostřednictvím pohybových aktivit

Výsledky v této části rámcově rozdělují dle bio-psycho-socio-spirituálního pojetí PA, s tím faktem, že některá tvrzení pacientů se promítají do více dimenzí. Uvádím je tedy

tam, kde leží *gró* sdělované myšlenky. A poté dle Tabulky 6 od shora dolů, tj. od obecnějších rovin blíže ke konkrétním.

Vzhledem k tomu, že v PL ČD jsou PA v kompetenci pacientů, přesouvá se výběr vhodného typu PA, přizpůsobení, setting, uchopení konkrétních proměnných více do kompetence pacienta. Pacient je samozřejmě vyšetřen lékařem a má daná dílčí omezení či doporučení, ale stále je tu jistá míra zodpovědnosti za sebe samého. I volby, zda využije konzultace s někým zkušenějším, nebo si PA nastaví podle sebe.

Metodologický rámec kvalitativního výzkumu neumožňuje jednotlivé odpovědi zobecnit. Uvedené počty znamenají, že se dané téma v různých obdobích objevilo u takového počtu pacientů.

Z průběhu výzkumu vyplynulo, že se u každého pacienta objevily prvky, které jsou potenciálně rizikové a potenciálně protektivní. Výsledná rizikovost či protektivnost se zdá být u každého pacienta individuální a vázaná na daný kontext, sledovaný cíl a čas. Jako příklad uvedu situaci u pacienta, který byl během dvou dnů třikrát cvičit. Uvádí, že mu efekt PA dělá dobře a současně tím sleduje svůj tréninkový cíl. Uvádí nevhodné stravovací návyky a bolesti přisuzující době užívání. Z tělesného hlediska by se mohlo jednat o přetěžování těla se všemi souvisejícími riziky, které ani nevede ke kýženému sportovnímu cíli. Mohlo by se jednat i o *výměnu* za závislost na cvičení. Z tohoto pohledu by šlo o rizikový prvek. Sledujeme-li však cíl abstinenci a pacient dočasně bude zvládat tyto stavy tímto způsobem, pomůže mu to setrvat v léčbě, cítit se sám se sebou lépe, lze kratší substituci drogy sportem vnímat spíše protektivně. Jednorázový rozhovor neumožňuje sledovat vývoj v čase, tj. zda bude pacient i každý další den cvičit 2x, zda bude zvyšovat dávky, zda bude bagatelizovat bolesti, apod. Neumožňuje ani konzultaci s dalšími členy multidisciplinárního týmu.

Biologická dimenze PA

Bylo by chybou předpokládat, že všichni pacienti v ústavní léčbě závislosti jsou bez „kondičky“. Fyzická kondice je individuální záležitostí a v zařízení s tak vysokou kapacitou lůžek, jako je PL ČD, se setkáme s pacienty z celého spektra – od těch s kondicí a zkušenostmi na úrovni profesionálních sportovců až po úplné začátečníky. Dalšími faktory ovlivňujícími výchozí fyzický stav jsou např. druh závislosti (nelátková vs. látková), charakter užívání, doba, typ látky a její účinky na fyzický stav.

Z výsledků vyplynulo, že 5 ze 5 pacientů se potýká s fyzickými potížemi, které individuálním způsobem ovlivňují volbu typu PA a potýkají se s otázkou vhodného přizpůsobení svému zdravotnímu stavu. Ve výběru typu PA se jedná zejména o téma uvědomování si období užívání jako celkové zátěže na organismus. Pacient např. uvádí: „*To je právě věc, co mě na jednu stranu trošku štve, že vždycky už (...) ten návyk na tu pravidelnou tu, že vždycky když už vidím, že už se to maličko zlepšuje, tak prostě se ozve nějaká dozvuk... z minulosti, nebo prostě nějaká ta...*“.

Hledání způsobu (přizpůsobení PA), jak sportovat s ohledem na svůj, je tématem např. těchto pacientů: „*První plánuju svoji fyzickou zvýšit sám, protože ještě není moc dobrá a ještě (...) byla to zátěž, takže ty vnitřnosti úplně cejtím, jak se mi postupně jako zesilují, občas to jako bolí hodně, i když běhám a tak dále, takže prvně to chci sám.*“ A další pacient uvádí: „*Já jsem se tím dostal do takového bludného kruhu. Já jsem tu po operaci ramene, takže jsem zatěžoval nohy. Přetížil jsem nohy, tak teď zase posiluji to rameno, který je taky tohle. Takže snažím se jakoby ten hořejšek toho těla.*“

Protektivně, jako forma „vybití emocí“, zapůsobila lekce tabaty u tohoto pacienta: „*A říkám nebejt tenkrát toho dne, kdy byla ta tabata... tak by to dopadlo asi úplně špatně. To bych ho asi... Dopadlo to ale tak, že jsem jenom řval na něj... ale k ničemu jinému nedošlo.*“ Zde je patrný i přesah do psychologické a sociální dimenze.

Na úrovni proměnného faktoru strava uvádí dva pacienti v minulosti zkušenost jak s rizikovým, tak protektivním uchopením – zajídáním chutí i zdravé stravy a počítání makro nutriet. Jeden z těchto pacientů uvádí: „*... ale dělám tady třeba to, že chodím tady do automatu žrát Snickersky. Sním třeba 3 za noc a pak se ještě probudím na záchod. Koupím si další takovýhle věci. Nevím, jako že mi to dělá dobře. Takový to žraní přes noc, sladkostí*“.

3 ze 5 pacientů zmínili spánek jako důležitý element mající vliv na to, jak se další den cítí. Jeden pacient uvádí zkušenost s užíváním NL za účelem navození spánku, aby usnul, naspal určitý počet hodin a mohl jít ráno cvičit. Ve výzkumném souboru nikdo neuvedl, že by měl zkušenosti s dopingovými látkami, a to ani v minulosti. 1 za 5 pacientů uvedl užívání suplementace během léčby – „nakopávač“: „*... se nabíjím, že si dám kafe a cigáro. Protože na to nejsem moc zvyklej. No tolik jsem zas nekouřil, to není jako droga, takže na mě to funguje, že pookřeju, je mi trošku dobře a nabudí mě to anebo energy drink. A teď jsem si koupil nakopávač i sem.*“

Téma odolnosti souvisí i s psychologickou dimenzí. dva pacienti uvádějí, že jim sport před užíváním poskytl fyzickou odolnost, ve smyslu schopnost vyrovnávat se s fyzickou bolestí a fyzickými nároky. Tato psychická schopnost jednomu z nich během následného období užívání NL umožnila také „vydržet víc“. Oba pak uvádějí deficit ve zvládání psychické bolesti (viz dále).

Psychologická dimenze PA

V ústavní léčbě závislosti se pacienti mohou potýkat s různými psychickými potížemi, jejichž příčina a charakter je u každého pacienta individuální. Nezřídka zahrnuje i nastavení či úpravu stávající medikace, kde účinky mohou pacienti pociťovat až pozvolně s odstupem času.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že dobrovolnost pohybových aktivit v PL ČD má v psychologické dimenzi nemalý význam. Pacienti, kteří se věnují PA v léčbě, tak dělají proto, že chtějí. Nikoliv, že musí, i když nechtějí. Motivem všech pacientů je pak souhrnně „mít dobrý pocit“. Rozdíl je v etapě, kdy u jednotlivců ten dobrý pocit primárně nastává –

přímo při PA (PA ho baví, dělá to rád), nebo ve stavu po dokončení PA, nebo až s odstupem z dosaženého pokroku či cíle. Jeden pacient pak uvedl, že přímo během PA necítí radost, věnuje se jí koncentrovaně a rutinně, ale pociťuje jí, až když se mu povede dosáhnout určitého cíle. Další pacient zmínil radost z překonání výzvy ve formě těžkého tréninku: *„Tak jsem si říkal, že já to prostě do konce nemůžu vydržet. A to byla nějaká minuta a půl. Já už byl úplně celej mokrej... Ale říkám, byl jsem potom na sebe rád a prostě chvílku jsem byl fakt úplně se sebou spokojenej, prostě naplněnej“*.

Pacienti souhrnně vnímají pozitivní vliv PA na zvládání různých psychických stavů souvisejících s léčbou. Pacient například uvádí: *„A jak říkám, za tímhle účelem odreagovat se, když je nějaká těžší skupina, vybit si nějaké svoje témata a takhle...“*. Současně se objevují určité limity tohoto způsobu zpracování emocí, např. pacient uvádí: *„To by musela trvat (lekce) ještě tak další 2 dny, abych to zase všechno dostal tam, to bylo málo, ale určitě mi to pomohlo“*. A také i riziko z přetěžování či rozvoje závislosti na cvičení: *„třeba včera jsem šel i běhat, i cvičit. Protože jak teď nemám tu látku... je to jako kdyby člověk vysazoval antidepresiva, nejsem jako v takovejch psychickejch a fyzickejch bolestech, mám takovou jakoby adhedonii ... nic mě nebaví. Vidím prostě samou beznaděj a nesebevědomí...“*.

V otázce na craving všichni pacienti obecně uvedli, že vnímají dobrý dopad PA na míru cravingu. Žádný z pacientů neuvedl, že by přímo v rizikových situacích zareagoval tím, že by si šel zasportovat. Pacient přibližuje, jak s cravingem pracuje: *„Nejlíp jakoby v tu danou situaci, protože pokaždé se nemůžu sebrat, ani venku, a někam odejít sportovat, utíkat před tím. Vlastně utíká člověk sám před sebou. Ale spíš si pokládá otázky, spíš si říct výhody, vzpomenout si, kde jsi skončil, co jsi všechno zažil.“* Všichni pacienti v různých souvislostech uvedli, že jim udělalo dobře, když se šli věnovat nějakému druhu pohybu (zde i v rovině pracovní terapie) v případech, když pociťovali psychické potíže či napětí.

Prožívané emoce a myšlenky během aktivity se u jednotlivých pacientů lišily, a to i s ohledem na to, zda se jednalo o skupinovou aktivitu nebo individuální. U 2 z 5 pacientů se objevilo téma „vypnutí se“ přímo během PA. 1 z pacientů zmínil, že při týmových aktivitách se mu daří vypnout myšlenky (hlavu), ačkoliv během individuálních a kolektivních PA ne: *„Vzali jsme basketbalový míč a já jsem si v tu chvíli uvědomil. Když tam bylo to kouzlo toho balónu, že jsem teď a tady, že jsem přítomnej. Předtím jsem si třeba občas šel zaběhat, nebo cvičit nebo zaplavat, ale to jsou aktivity, kdy... dělá mi to dobře, vyloučím endorfiny, to je všechno v pořádku. Ale nedaří se mi tam vypnout tok myšlenek“*.

Sociální dimenze PA

Sociální dimenze PA se nejvíce projevuje při skupinových aktivitách a různých zátěžových víkendových akcích či programech. V této rovině pak nejen během samotné činnosti, ale i předem, tj. při samotné organizaci. Na každém oddělení je zřízena funkce „sportovního referenta“, který má právě organizaci větších aktivit v rámci i mezi

odděleními na starosti. Zásadní úlohu zde mají i peer pracovníci, kteří pro pacienty vymýšlejí, organizují a s nimi poté absolvují zátěžové programy. Peer pracovníci jsou vynikající sportovci, a figurují tudíž i v roli neformálních poradců v oblasti pohybových aktivit.

Z výsledků vyplývá, že složení skupiny a minulé či očekávané zkušenosti s těmito členy, má u našich pacientů vliv na to, zda se týmové či kolektivní PA zúčastní, tedy na bariéry a usnadnění účasti na PA. Příčiny pak mohou ležet i mimo rovinu pohybových aktivit a pramenit např. z poznatků během terapeutického programu, zkušeností ze spolubydlení. Důsledkem tudíž může být, že se týmové nebo kolektivní PA aktivity zúčastní jen ti, kteří očekávají spíše neutrální či pozitivní prožitek, při PA je menší riziko vzniku konfliktních situací, a, pokud jsou, projeví se spíše jinde. Například zde je patrné, že pacient se nebrání trávit čas v kolektivu (posilovna), nebo i s lidmi, které má rád, ale není mu příjemný styl hraní pacientů v týmových hrách: *„Spíš je to z důvodu toho, protože ty kluky tady znám, že jsou prostě... jak kdyby byli někde na mistrovství světa, mi přijde některý.“*, Pavla: *„Že když jdou, tak tu hru prožívají?“*, odpověď: *„Přesně... a to je asi důvod, proč tam nejdu, že radši jdu do té posilky.“* Dva pacienti, kteří se skupinovým PA spíše stranili, uvedli problémy v kolektivu již v dětství.

Větší posilovna v PL ČD je místem, kde sice většina pacientů cvičí individuálně, ale v kolektivním prostředí. Výše zmínění dva pacienti docházejí do posilovny. Další pacient popsal přínos posilovny jako formy podpůrné komunity v komunitě, kde hlavním prvkem je jistá dobrovolnost kontaktu. Být mezi lidmi, ale nezávisle na jednání druhého. *„Jo, ale funguje to něco podobně jako komunita. (...) Prakticky takovejhle náš červenodvorský modýlek prostě to tam takhle mezi tím cvičením funguje, že si děláme vlastní komunitu bez toho, aby nám jí někdo řídil. A s tím, že se člověk třeba, dejme tomu, těší na příště, až se zase uvidí s tím člověkem. Ne, že by ho tam potřeboval, ale už je jenom zvědavý třeba, jak se pohnul s něčím, o čem jste posledně mluvili.“*

Kapacita posilovny je dle pacienta 8 cvičících současně. Pacient uvedl, že 6 lidí je tak subjektivní maximum pro komfortní pohyb. Posilovna má harmonogram pro jednotlivá oddělení, přičemž o víkendu je účast smíšená. Podle pacientů se nestává, že by zde bylo prázdno. Pouze 1 ze 6 uvedl, že v době harmonogramem vyhrazené pro oddělení 3D, tam býval spíše sám. V posilovně není stále přítomen licencovaný instruktor. Pacienti uvedli, že si zkušenosti předávají mezi sebou sami. S ohledem na nejčastěji zmiňovanou četnost návštěv – 3x týdně a zacílení mužů spíše na růst svalů (nižší počty opakování s těžšími vahami), vnímám jisté riziko vzniku akutních i dlouhodobých negativních důsledků na pohybový aparát.

Všichni pacienti uvedli někdy v minulosti zkušenost s návštěvou posilovny. Čtyři pacienti se zmínili, že by chtěli chodit cvičit i po léčbě.

Jeden z pacientů zmínil, že užívá cvičení jako *drogu* účelově pro „vyplavení“ látek, které mu pak pomáhají cítit se lépe v navazování vztahů: *„Dneska jdu třeba na rande, tak já prostě musím... Musím, vím, že budu muset od 6 do 7 jít běhat, abych prostě si ty látky*

vyplavil a byl trochu spokojenější. Sebevědomější proto, abych mohl jakoby žít a jít to nandat.“.

Spirituální dimenze PA

Spiritualita neznamená jen víru v Boha, ale faktor, který může hrát zásadní úlohu i v pohybových aktivitách a také v dodržování abstinence. V březnu se v PL ČD uskutečnil další ročník 24hodinovky. Smyslem bylo sportovat 24 h v kuse. Zapojili se i pacienti, kteří nejsou žádní vrcholoví sportovci, a dosahovali neuvěřitelných výkonů. Jasná vize, motivace, vědomí hlubšího smyslu, být součástí celku jim pomohlo koncentrovat své síly, nalézt nejhodnější cestu k dosažení cíle a překonat své limity.

Obecně prezentovaným cílem pacientů v ústavní léčbě závislosti je abstinence a její udržení. Vnitřně to tak pacient ale nemusí cítit, není to jeho vnitřní hnací silou. A to proto, že důvody, proč se ocitl v léčbě, mohou být dány vnějšími okolnostmi či tlakem jeho blízkých. Abstinence může u pacientů otevřít i jisté existenciální prázdno, protože to, co naplňovalo v poslední době jeho život, najednou není. Současně začíná čelit i důsledkům minulosti a někdy i velmi těžkým budoucím výzvám. Pacienti mohou nalézt pro ně smysluplný cíl v samotných PA, nebo jejich prostřednictvím naplnit něco, co leží mimo ně. Rizikem z tohoto ohleduje jsou tzv. „klapky na očích“, kdy pro naplňování tohoto hlubšího smyslu může pacient ignorovat jiné oblasti. Pacient uvedl: „*Ono vlastně najít ten střed. Je strašně těžký, ale s tím se tady potýká strašně moc lidí, co chce abstinovat (...) že nemůžou najít nějaký ten životní vyvážený střed, vlastně toho zdravého života. Ten zdravý život.*“

Všichni pacienti uvedli, že momentálně nemá stanovený výkonnostní cíl v PA. Dva pacienti zmínili, že prostřednictvím PA chtějí zlepšit svůj vzhled, který se během doby užívání zhoršil. Jeden pacient má například stanoven cíl jako: „*Cíl je zhubnout na takové procento tuku, aby mi byly vidět břišáky.*“ Jeden z pěti pacientů hrdě mluvil o sounáležitosti a pocitu, že dělají něco, co po nich zůstane (údržba fotbalového trávníku): „*Ale kdybyste viděla ten výraz, když on jde z toho rajónu, co dostal za trest. A když jede támhle odněkad, že za ním byla dobrá věc, a ještě si hezky pokecal, je to rozdíl.*“

Další důležitou oblastí je schopnost meditace, introspekce a uvědomování si sebe sama, včetně harmonizace energetických drah. Některé sporty přímo podporují rozvoj těchto schopností. V PL ČD mají pacienti možnost účasti na lekcích jógy. Dva pacienti se zúčastnili lekce jógy, avšak poté s docházkou nepokračovali: „*... dal jsem si po práci jednou večer jógu. A pro mě je jóga naprostá posilovna a tam jsem si na tý józe uvědomil, a proto tam teď už nechodím, že ty cviky nejsem schopnej dělat dobře (...) každopádně, aby mi to udělalo dobře i na duchu, což je taky jako druhá nebo možná hlavní součást tý jógy, tak toho jsem jako dalek ještě. To je pro mě fyzicky zatím takový masakr, že tu duši tam nemám šanci pohladit, zatím.*“ Jeden pacient pak zmínil účast na otužování jako možnosti změny svého vědomí.

3.9.4. Vzorce pacientů projevované napříč pohybovými aktivitami, závislostním chováním a běžným životem pacienta

Odpovědi k čtvrté a páté výzkumné otázce uvádím současně. V úvodu této kapitoly opět zmíním, že se jedná o vzorce zachycené během jednoho rozhovoru a pro ověření

platnosti těchto vzorců by bylo potřeba hlubšího zkoumání přesahující rozsah bakalářské práce.

Zachytila jsem 6 významnějších vzorců, které se u jednotlivých pacientů promítaly do všech ze 3 stanovených rovin – užívání, sport a běžný život. U jednoho pacienta jsem zachytila 2 vzorce. Z adiktologického hlediska je považuji za významné z toho titulu, že mohou být zdrojem potenciálně rizikových situací a nepříznivě působit na celkovou pohodu pacienta. A to ačkoliv v různých dílčích oblastech života (práce, sport) mohou být výhodou.

Vzorec „Do plnejch“: prokrastinace vs. maximální výkon

Rovina	Příklad
Užívání	Pacient: „... to je celej můj život takhle. Jo. Já, když jsem přestával pít, já jsem kvartální alkoholik, tak typickejch 4, 5 týdnů leju tak, že se nemeju, neholím, nic nedělám. A pak 5 měsíců nebo 4 měsíce abstinuju. Jo a vždycky jsem pak netrpělivej, že okolí si toho nevšímá, jak jsem čistej. Jo, že se nikdo nesedne na ***** z toho, že už jsem takhle 4 měsíce vydržel. Tak pak zase jsem netrpělivej a zase se recnu.“
Sportu	Pacient: „Tak teďkon se to ve mně pere. Takový to už chuť, jako ta netrpělivost jít do zátěže s tím, dát tomu ten čas...“ Pacient: „Netrpělivost je moje velká věc a zároveň jsem se ještě nenaučil vnímat limity svého těla. Já jsem prostě byl založený na výkon a já prostě neakceptuji a nepřijímám nějaký jako limity svoje jo.“
Běžném životě	Pacient: „No já dělám věci jako vždycky, když do něčeho jdu, tak jako... nějakou chvíli to vydržím dělat naplno, ale pak třeba začnu prokrastinovat, když se to opakuje, mně se nejlíp dělá pod tlakem... (pozn. a tam jdu) ... do plnejch, jo. Tady se teda učím jakoby té pravidelnosti. Tomu rádu dennímu.“ Pacient: „Já jsem se tady na ten model nastavil na vejšce (...) půl roku jsem chlastal, občas se objevil na nějakým cvičení, na přednášce, a pak bylo zkouškový a jel jsem. A zase jsem to zahodil a chlastal jsem. Občas jsem se někde objevil a pak zase tam byl ten Damoklův meč. Prostě od toho zkouškového. Tak zase jsem se jako takhle... jsem si to vlastně nastavil ty výšce.“

Vzorec „Sám“: preference samoty před kolektivem a současně existence určité nespokojenosti s tímto stavem

Rovina	Příklad
Užívání	Užíval sám.
Sportu	Pacient: „Nejdřív sám.“ Individuální sporty
Běžném životě	Pacient: „Tak to mám problém a s těma lidma... To má souvislost v tom, že když nejdu do páce kvůli tý psychický bolesti, tak většinou ta psychická bolest je taky kvůli tomu kolektivu. Tam s ním prostě třeba nevyjdu s těma lidma, nebo mám pocit, že mě nerespektují... Tak to je v tomhle... plno mejch prací jako ztroskotalo. Nebo když zjistí třeba, že mám epilepsii a jsem závislák. Na tom taky došla ta poslední práce, ta tam taky hrálo nějakou roli.“

Vzorec „Odměňování“: hledání potěšení s určitou mírou povrchnosti

Rovina	Příklad
Užívání	Pacient: „A když si někdy zastavíte, tak si pivičko dáte v klidu, jo.“ Pacient: „Třeba tady spousta lidí třeba má smutný příběhy za sebou. Jo, měli špatný dětství, životní rány je potkaly. Mně se z toho nic nestalo. Já prostě mám alkohol od mládí rád. Nebo dejme tomu to pivo. A vždycky mi to patřilo k nějakému druhu zábavy, i když to bylo víkendovka.“

Sportu	Preference sportovní aktivity pro dobrý pocit, preference kolektivních sportů pro zábavu, pro to, aby po nich něco zůstalo, aktivní plánování těchto aktivit, iniciativa a kreativita, užívání si pobytu v přítomnosti druhých, dobrá schopnost komunikace
Běžném životě	Mnoho slov o sportu, mnoho slov o životě, rodině, práci, mluví o všem hezky, používá zdvořilost, ale „něco“ chybí (může být dáno jen tím, že je rozhovor nahráván, nechtěl mluvit o příliš osobních tématech, může to být i forma opatrnosti)

Vzorec „Extrémní a vysoké nároky“: hodnocení situací a sebe v krajních hodnotách, které nemusejí odpovídat faktům, ale mohou vést k negativnímu sebehodnocení či pocitu selhání

Rovina	Příklad
Užívání	Pacient: „ <i>Ted'kon, když jsem sem šel, tak bylo strašný překonat ten stud, že jsem tady podruhá... úplně šílený.</i> “ Pacient: „ <i>Spíš, spíš mám obavy, no vlastně z té abstinence. Nebo obavy? Je to takový zvláštní stres. Všechno vím. Všechno to vlastně vím. No, ale já jsem takovej... jsem prostě takovej extrémista tak, aby mi třeba něco necvaklo v hlavě. Jo?</i> “
Sportu	Pacient: „ <i>Ano, tady v Červeném Dvoře jsem začal hodně cvičit. Účastním se tady všeho možného, nohejbal chodíme hrát, všechno...</i> “ Pacient: „ <i>... ale jak jsem překousával ty extrémy, tak jsem tam nějak dokázal překousnout i tohle.</i> “
Vztahy	Pacient: „ <i>No, že se kolikrát, prostě ještě, jak jsem všechno bral do extrému tu abstinenci, tak s tou přítelkyní jsem to bral taky do extrému, jakože vztahovou věc, jako to...jsem vyřídil byt pro nás jakoby všechno a takhle. Že jsem šel prostě za tím svým, a to se mi dařilo. Ale potom najednou bum. A v tom jsem najednou nevěděl, co dělat.</i> “ Pacient: „ <i>Tady na detoxu, když jsem vyprávěl můj příběh, proč jsem zase tady, i můj terapeut mi řekl, že nikdo nevěřil, že jsem dokázal abstinovat tak dlouho v takových podmínkách. Takže ten extrém asi...</i> “
Běžném životě	Pacient: „ <i>Strašně moc věcí člověk, který... na strašně moc věcí, na který musím myslet, a zároveň do toho fungovat jak normální člověk po tom léčení.</i> “ Pacient: „ <i>...hodně důležitá, extrémní.</i> “

Vzorec „Odsouvání“: odsouvání povinností, řešení, ale i běžných úkolů dále do budoucnosti, s rizikem nakupení stresu z nedostatku času

Rovina	Příklad
Užívání	„ <i>...vlastně mě to, že jo, řešilo to moje problémy jinak... aspoň na chvíli odsouvalo jakoby, dál.</i> “ „ <i>Je to k tomu být v tom životě, ve kterým nejsem šťastnej, ale nevadí mi to, protože jsem intoxikovaněj.</i> “
Sportu	„ <i>... abych se tam jako vůbec donutil jít ... cvičit.</i> “
Běžném životě	„ <i>Psal jsem zrovna bakalářku... a zrovna jsem to nestíhal odevzdávat a druhý den mi praskla plíce. To jsem byl. Já mám problém jakoby že jo, samozřejmě s nějakou prokrastinací a pozorností, jsem to samozřejmě nechal na poslední chvíli a psal jsem přes noci a pak jsem to odevzdal.</i> “ „ <i>A když už se do té jako činnosti vůbec dokopu, což je pro mě těžké. Tak se tak si myslím, že jí jakoby dělám pořádně.</i> “

Vzorec „Impulzy, podněty“: vyhledávání nových vjemů, stereotyp vnímán jako zatěžující

Rovina	Příklad
Užívání	<i>„Pak jsem experimentoval, protože mě bavily změněný stavy vědomí.“</i>
Sportu	<i>„Když se půjde otužovat, tak půjdu co nejdřív. To se mi teda... taky super, změna vědomí pozitivní jako přirozenou cestou, skoro přirozenou.“</i>
Běžném životě	<i>„Potřebuju prostě to nějak střídat ty práce, aby mě to jako furt bavilo. Když zabřednu do toho stereotypu. To mě to mě fakt drtí bez jakýchkoliv látek.“ „Takový ty krátkodobý jako vztahy, když někoho vidíš jako chvílku a pak už ne, tak ty jsou úplně ideální. Pro mě... takový jako na povrchu a já to беру jako v podstatě aktivity. Jako hraju pannou aktivity v životě, kdy prostě vytáhnu si kartičku, teď někoho pobav, tak to udělám, jako bych se nad tím zamýšlel. Možná je taky jeden z důvodů, proč si špatně hledám partnery dlouhodobý, protože neumím... neuhraju aktivity s nima asi.“</i>

4. Diskuse a závěr

Cílem této práce bylo popsat pohybové aktivity z pohledu konkrétních pacientů v ústavní léčbě závislosti. Dílčím cílem bylo v tomto pohledu identifikovat konkrétní intrapersonální i interpersonální prvky přispívající k udržování závislosti a prvky podporující úzdravu.

Výsledky práce korelují se výsledky kvalitativních studií (Horrell et al., 2020) v potřebě jedinečného postoje ke každému pacientovi, potřebě komplexního přístupu a potřebě dalších výzkumů v této oblasti. U každého pacienta z výzkumného souboru se u nich prostřednictvím PA objevily konkrétní prvky s potenciálně rizikovým a potenciálně protektivním faktorem. Limitem bylo, že šlo o pacienty s kladným vztahem ke sportu. Výzkumný soubor nezahrnoval pacienta, kterému sport *nic neříká*. Rovněž nebyly zahrnuty ženy, u nichž je obecně větší výskyt poruch příjmu potravy, aktuální jsou i traumata z minulosti (znásilnění, násilí), které se mohou projevit i při PA (Adamíková, 2017).

Obecně za problematické vnímám neexistující koncepčně-metodický rámec. Koncepčně tedy provázanost se stávajícími strategicko-koncepčními materiály a legislativou a metodicky pak již konkrétnější zásady a postupy, jak tyto zastřešující dokumenty aplikovat do programů konkrétních zařízení. Navrhla jsem si tudíž dva teoretické modely, ze kterých jsem vycházela, ale neprošly kritickou diskusí a nemusejí tak být uplatnitelné globálně na všechna zařízení poskytující ústavní léčbu závislosti.

Metodologicky se kvalitativní výzkum ukázal jako vhodný. V tak rozsáhlém základním souboru, jako v PL ČD by bylo možné realizovat i kvantitativní výzkum formou dotazníku, například za účelem evaluace programu, v této práci ho však považuji za nadbytečný. Jako metodu sběru dat jsem si vybrala zúčastněné pozorování, tj. metodu, která vyžaduje přímou účast na PA a současně je potřeba během PA i vnímat okolní dění. Jsem si vědoma, že se mi to vždy úplně nedařilo (např. sjíždění jezu, dělání kliků). Nadto jsem byla limitována chronickými zdravotními problémy s po loňském onemocnění COVID-19 a musela jsem se tak časově přizpůsobovat době, kdy jsem byla pro PA v pořádku. Nezamýšleným důsledkem toho bylo, že jsem v době sběru dat čelila ve vztahu ke svému fyzickému stavu obdobným otázkám jako pacienti – horší kondici, hledání optimální zátěže, nespokojenost s mou současnou a dřívější kondicí atd. Myslím, že mi to pomohlo lépe se vcítit do pozice pacientů. Při zúčastněném pozorování jsem rovněž čelila výzvě, do jaké míry se do dění zapojovat, abych situace příliš neovlivnila. V prostředí PL ČD se jako problematické ukázala i cirkulace lidí, kdy ti, se kterými jsem chtěla dělat rozhovor, z programu v mezidobí odešli. Z této fáze jsem získala značné spektrum informací k PA pacientů, třeba jen ve formě jedné či dvou vět, ale nebylo možné je při zpracování této práce uplatnit. Poměrově cca 90 % ze zúčastněného pozorování a 10 % formou rozhovorů. Toto by do budoucna šlo eliminovat volbou zařízení, kde je počet základního souboru nižší.

Při polostrukturovaných rozhovorech jsem čelila problému, zda vést rozhovor spíše neutrálně s odstupem, nebo být v pozici výzkumníka, obdobně jako jsem komunikovala při zúčastněném pozorování. Zvolila jsem pro účely zachování konzistence druhý přístup, ale jsem si vědoma limitů, jaké to má.

Některé otázky jsem kladla jako výčty možností podbarvené intonací, v zápisech vyzněly jako otázky zavřené, typu „buď a nebo“. Tento limit by šel cvikem eliminovat, byla to moje první zkušenost s tímto typem sběru dat. Pro zachování konzistence jsem však tento styl hovoru zachovala u všech pacientů.

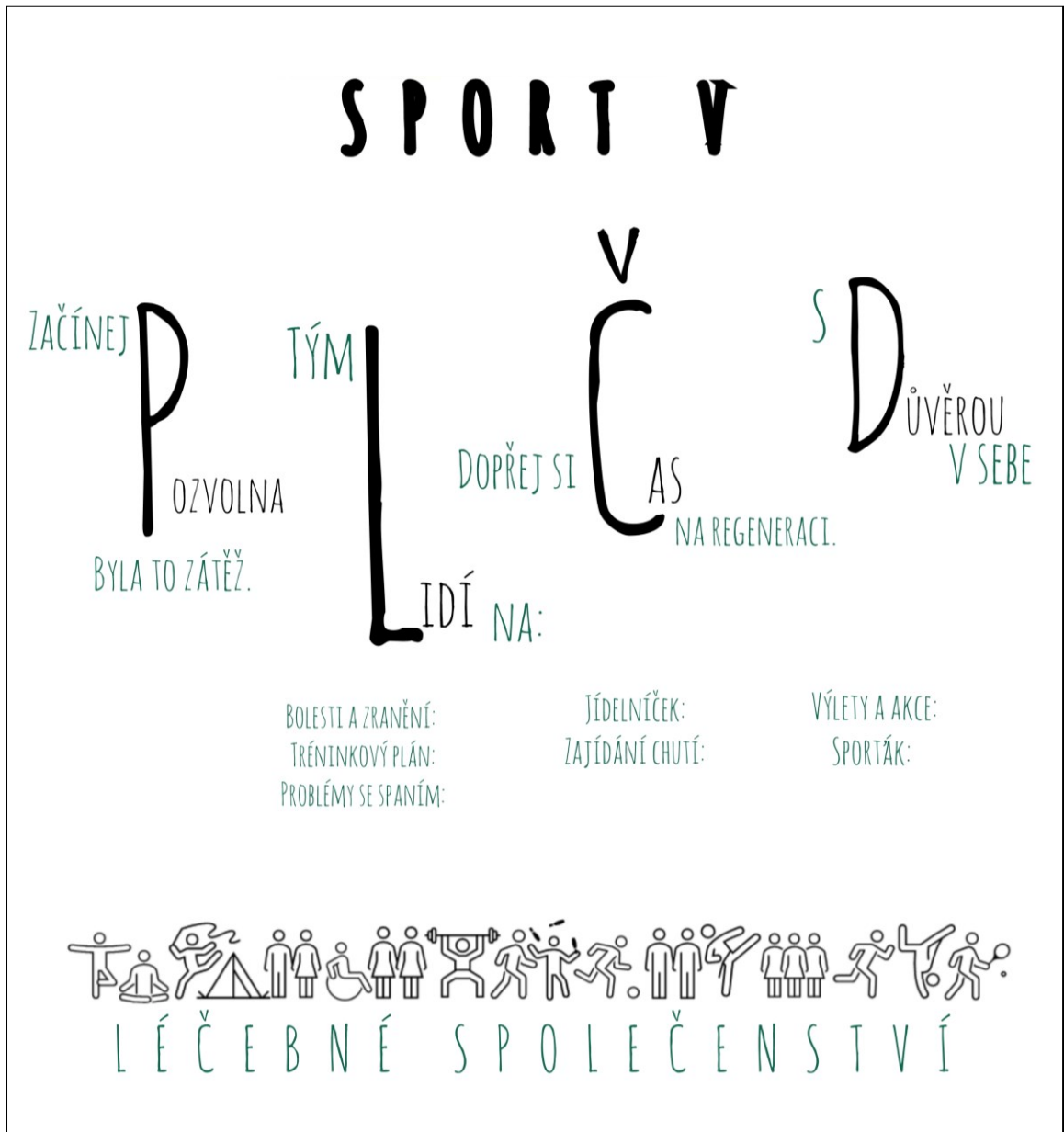
Rozhovory o sportu a užívání NL neplánovaně přinesly i spektrum informací o dalších dílčích oblastech v životě pacienta, na které ani nebyli tázáni – rodina, práce, finance, právní problémy, vztahy, kolektiv, volný čas, zdraví, psychické potíže a motivace. Plynulo to přirozeně a skrze demonstrativní příklad ve sportu. Zcela reálně si dovedu představit, že by tuto anamnézu použili pohyboví lektoři při vstupu pacienta – sportovního zájemce do léčby. A mohli by pak postupovat konzistentně s terapeutickým týmem.

Z výsledků analýzy rozhovorů vyplynulo, že pro tyto pacienty by cílená kombinovaná adiktologicko-pohybová terapie, v případě jejich zájmu, byla realizovatelná, neboť pohyb je něco, co oni sami vnímají jako přínosné a chtějí se mu věnovat i po léčbě. Vyplynulo z ní i to, že se u každého pacienta objevily určité prvky, které mají potenciál být zdroji či riziky, tzv. „puntíky“ pro další případnou adiktologickou práci. Rovněž se u každého pacienta objevil specifický vzorec, který se reflektuje napříč různými oblastmi jejich života, a rovněž tak činí „puntík“ pro další případnou adiktologickou práci. Pro detailní analýzu se však jeví rozsah znalostí a kompetencí adiktologa – bakaláře jako omezený. Výtěžnost je také limitována tím, že jsem vzděláním i profesně z oboru veřejných financí a některé např. terapeuticky významné proměnné jsem mohla nezaregistrovat z důvodu nedostatku praktických zkušeností. Tento nedostatek by šel eliminovat zapojením dalšího výzkumníka např. z oboru psychologie.

Celkově je tato práce přínosem zejména v tom, že přináší jedinečný pohled konkrétních pacientů na jejich pohybové aktivity a zcela úzce ho propojuje s adiktologickou rovinou. Považuji cíle výzkumu za splněné. Pacienti se závislostmi, často s komorbiditami, potřebují komplexní přístup i ve sportu, zohledňující jejich specifické potřeby, práci s motivací, denním řádem a nastavování adekvátních cílů. Do další diskuze tato práce také vnáší i méně atraktivní téma, a to negativní jevy spojené s PA, a tudíž i otevírá otázku volby vhodných preventivních opatření (např. Obrázek 3)

Metodologický rámec této práce neumožnil zohlednit časový vývoj, ani zahrnout konzultace s dalšími členy multidisciplinárního týmu. Pro další práce obdobného typu doporučuji použít longitudinální metodu sběru dat nebo výzkum vést jako případovou studii. Pro zachování konzistence s dalšími výzkumy či pro praktické využití přikládám v Příloze č. 8 návrh ZAP anamnézy (Závislost – Adiktologické služby – Pohyb), který vznikl úpravou osnovy polostrukturovaného rozhovoru vedeného s pacienty. Absence koncepčně-metodologického rámce je problematická. Doporučuji pokračovat v rozvoji obecné metodiky za spolupráce s multidisciplinárním týmem.

Obrázek 3: Návrh preventivního letáku s kontakty na konkrétní členy týmu (vlastní zpracování, Microsoft Corporation, 2024))



5. Použitá literatura

- Adamíková, Ž. (2017). *Pohybová terapie v ústavní léčbě závislostí* (Bakalářská práce). Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta.
- Ashdown-Franks, G., Firth, J., Carney, R., Carvalho, A. F., Hallgren, M., Koyanagi, A., Rosenbaum, S., Schuch, F. B., Smith, L., Solmi, M., Vancampfort, D., & Stubbs, B. (2020). Exercise as medicine for mental and substance use disorders: A meta-review of the benefits for neuropsychiatric and cognitive outcomes. *Sports Medicine*, 50(1), 151-170. <https://doi.org/10.1007/s40279-019-01187-6>
- Conroy, D. E., Ram, N., Pincus, A. L., Coffman, D. L., Lorek, A. E., Rebar, A. L., & Roche, M. J. (2015). Daily physical activity and alcohol use across the adult lifespan. *Health Psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 34(6), 653–660. <https://doi.org/10.1037/hea0000157>
- Černý, M. (2010). Základní úrovně provádění primární prevence. In M. Miovský, L. Skácelová, J. Zapletalová, & P. Novák (Eds.), *Primární prevence rizikového chování ve školství* (str. 42-43). Tišnov: Sdružení SCAN.
- Dai, C. L., Chen, C. C., Richardson, G. B., & Gordon, H. R. D. (2020). Managing substance use disorder through a walking/running training program. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 14, 1178221820936681. <https://doi.org/10.1177/1178221820936681>
- Dékány, L. (2022). *Komparace a konceptuální vymezení různých komponent rehabilitační péče v rámci residenčních léčebných programů pro muže vycházejících z původního Apolinářského modelu* (Diplomová práce). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta.
- Dvořáček, J. (2003). Střednědobá ústavní léčba. In K. Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup* (str. 123-136). Praha: Úřad vlády České republiky.
- European Commission. (2008). *EU physical activity guidelines*. <https://msmt.gov.cz/file/20028/download/>
- Giménez-Meseguer, J., Tortosa-Martínez, J., & Cortell-Tormo, J. M. (2020). The benefits of physical exercise on mental disorders and quality of life in substance use disorders patients: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10), 3680. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103680>
- Horrell, J., Thompson, T., Taylor, A., Neale, J., Husk, K., Wanner, A., Creanor, S., Wei, Y., Kandiyali, R., Sinclair, J., Nasser, M., & Wallace, G. (2020). Qualitative

- systematic review of the acceptability, feasibility, barriers, facilitators and perceived utility of using physical activity in the treatment of substance use disorders. *BMC Public Health*, 20(1), 218. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8287-2>
- Chomynová, P., Grohmannová, K., Dvořáková, Z., Orliková, B., Černíková, T., Galandák, D., Franková, E., Fidesová, H., & Vopravil, J. (2024). *Zpráva o nelegálních drogách v České republice 2023* [Report on Illicit Drugs in the Czech Republic 2023] (Chomynová, P. (Ed.)). Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K. (2003). *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K., Dvořák, D., Frouzová, M., Hajný, M., Minařík, J., Milovský, M., & Nešpor, K. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Úřad vlády České republiky.
- Kudrle, S. (2003). Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In Kalina, K. *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Leasure, J. L., Neighbors, C., Henderson, C. E., & Young, C. M. (2015). Exercise and alcohol consumption: What we know, what we need to know, and why it is important. *Frontiers in Psychiatry*, 6, 156. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2015.00156>
- Linke, S. E., & Ussher, M. (2015). Exercise-based treatments for substance use disorders: Evidence, theory, and practicality. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 41(1), 7-15. <https://doi.org/10.3109/00952990.2014.976708>
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model*. New York.
- Mary, H., Theodorakis, Y., Goudas, M., Papaioannou, A., & Panagiotounis, F. (2021). An overview of studies on exercise for substance use disorders treatment connected to the misuse of illegal drugs. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.23718.80962>
- Mayo Clinic. (2007). Changing addictive thought patterns. https://lifering.org/wp-content/uploads/lifering_recovery/outside-recovery-articles/urges/Changing%20Addictive%20Thought%20Patterns.pdf
- Microsoft Corporation. (2024). Ikony postav [Ikona]. V Microsoft Excel (verze 16.0). Microsoft 365.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada Publishing.

- Miovský, M. (2013). *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice*. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. <https://www.adiktologie.cz/file/375/koncepce-siti-blok-online.pdf>
- Nekola, J. (2018). *Sport a doping*. Olympia.
- Nešpor, K., & Csémy, L. (1999). *Craving (bažení) jako společný rys mnoha závislostí a jak ho zvládat* (2. vydání). Praha: Sportpropag.
- Ostrčilová, K. (2019). *Analýza rehabilitační komponenty doléčovacího programu na bázi Apolinářského modelu léčby závislostí na návykových látkách*.
- Panagiotounis, F., Hassandra, M., Theodorakis, Y., & Koutsoukou, A. (2022a). What about sport and physical exercise in substance use disorder recovery? Health professionals' perceptions. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.18056.49922>
- Panagiotounis, F., Hassandra, M., Koutsoukou, A., & Theodorakis, Y. (2022b). What about sport and physical exercise in substance use disorder recovery? Perceptions of individuals undergoing SUD recovery. *Life Skills Development*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.10306.86723>
- Panagiotounis, F. (Ed.), Koutsoukou, A., Ifanti, I., Gavrilakis, G., Mydland, T. S., & Ekberg, J. I. (2022c). *Sport Empowering Lives: A toolkit for empowering SUD treatment sport and physical exercise*. Dostupné z <https://rtsport.eu/wp-content/uploads/2023/02/Empower-EN-Version.pdf>
- Panagiotounis, F., Koutsoukou, A., Hassandra, M., & Theodorakis, Y. (2022). Recommendations for practical implementation: The role of sport in substance use disorders recovery. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.25162.24004>
- Panagiotounis, F., Koutsoukou, A., Hassandra, M., & Theodorakis, Y. (2022e). What about sport and physical exercise in substance use disorder recovery? Perceptions of individuals undergoing SUD recovery. *Barriers & Benefits*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.33165.82404>
- PNGWING. (n.d.). *Logo, others, texture, blue, spiral png*. PNGWing. <https://www.pngwing.com/en/free-png-bgaby>
- Psychiatrická léčebna Červený Dvůr. (2024). *Roční zpráva 2023*. Dostupné z <https://cerenydvur.cz/wp-content/uploads/2024/07/Rocni-zprava-2023-na-web.pdf>
- Prunerová, A. (2019). *Role motivace k pohybové aktivitě v léčbě závislostí* (Diplomová práce). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta.

- Raboch, J., & Pavlovský, P. (2020). *Psychiatrie* (Vydání druhé). Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum.
- Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. (2021). *Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb*. https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/vyrocní-zpravy/Standardy_odborne_zpusobilosti_adi-sluzeb_2021.pdf
- Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP. (2021). *Koncepce rozvoje adiktologických služeb*. Dostupné z https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33572/1115/Koncepce_rozvoje_adiktologickyh_sluzeb_v20210103.pdf
- Skála, J. (1957). *Alkoholismus*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.
- Slepička, P., Hošek, V., & Hátlová, B. (2020). *Psychologie sportu* (3. vydání). Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum.
- Sport.cz. (2015a, April 23). Vítejte v léčebně U Apolináře. Tady Vám závislost vymění. *Sport.cz*. Dostupné z <https://www.sport.cz/clanek/behani-vitejte-v-lecebne-u-apolinare-tady-vam-zavislost-vymeni-666377>
- Sport.cz. (2015b, May 1). Desatero pro závisláky, které jste tady nečekali. *Sport.cz*. <https://www.sport.cz/clanek/behani-desatero-pro-zavislaky-ktere-jste-tady-necekali-666394>
- Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2023*. (2024). Praha: Úřad vlády České republiky. https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/35600/1300/Souhrnn%C3%A1%20zpr%C3%A1va%20o%20z%C3%A1vislostech%20v%20C4%8CR%202023_v240624.pdf
- Thompson, T. P., Horrell, J., Taylor, A. H., Wanner, A., Husk, K., Wei, Y., Creanor, S., Kandiyali, R., Neale, J., Sinclair, J., Nasser, M., & Wallace, G. (2020). Physical activity and the prevention, reduction, and treatment of alcohol and other drug use across the lifespan (The PHASE review): A systematic review. *Mental health and physical activity*, 19, 100360. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2020.100360>
- ÚZIS. (2018). Aktuální verze MKN-10 <https://www.uzis.cz/zpravy/aktualni-verze-mkn-10-cr>
- ÚZIS ČR. (n.d.). *Co Je Pohybová aktivita?*. NZIP.cz. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1556-co-je-pohybova-aktivita#:~:text=Pohybov%C3%A1%20aktivita%20je%20jak%C3%A1koli%20C4%8Dinnost%20kostern%C3%ADch%20sval%C5%AF%2C%20p%C5%99i,vyzna%C4%8Duje%20st%C5%99%C3%ADdav%C3%BDm%20stahov%C3%A1n%C3>

%ADm%20%28kontrakc%C3%AD%29%20a%20uvo1%C5%88ov%C3%A1n%C3%ADm%20%28relaxac%C3%AD%29%20sval%C5%AF.

Vansteene, C., Kaya Lefèvre, H., & Gorwood, P. (2022). Time Devoted to Individual, Collective, and Two-Person Sports: Its Association with Risk of Exercise Addiction and Alcohol Use Disorder. *European addiction research*, 28(1), 1–11.

<https://doi.org/10.1159/000515666>

WHO (2024). Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10. Praha: ÚZIS ČR.

Yan-guang, Y., Jing-yi, C., Xiao-wu, P., Meng-lu, S., Su-yong, Y., Ding, X., Ke, X., Tian-yuan, W., Jia-bin, W., & Dong, Z. (2021). Comparison of physical effect between two training methods for individuals with substance use disorder. *BMC sports science, medicine & rehabilitation*, 13(1), 6-11. <https://doi.org/10.1186/s13102-021-00234-y>

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů

Zhang, Z., & Liu, X. (2022). A Systematic Review of Exercise Intervention Program for People With Substance Use Disorder. *Frontiers in psychiatry*, 13, 817927-817927. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.817927>

6. Seznam tabulek

Tabulka 1: Člověk při joggingu	6
Tabulka 2: Indikace PA (pojmy Černý (2010), vlastní návrh)	8
Tabulka 3: Komparace povinné a dobrovolné účasti na PA v ústavní léčbě závislosti (vlastní úvaha).....	8
Tabulka 4: Typy PA v léčbě závislosti dle očekávané míry interakce (vlastní dělení)	9
Tabulka 5: Rizikové faktory při PA (na základě vlastní zkušenosti)	12
Tabulka 6: Orientační vymezení prvků směřujících k úzdavě a k závislosti (teoretické východisko Panagiotounis et al. (2022c), vlastní úprava)	14
Tabulka č. 7 Závislostní vzorce myšlení.....	17
Tabulka 8: Metody tvorba dat	19
Tabulka 9: Výzkumný soubor	22

7. Seznam obrázků

Obrázek 1: Návrh modelu implementace PA v konkrétním zařízení.....	7
Obrázek 2: Návrh výchozího modelu PA v kontextu jedince (vlastní zpracování)	13
Obrázek 3: Návrh preventivního letáku s kontakty na konkrétní členy týmu (vlastní zpracování v programu Microsoft Office Excel)	37

8. Seznam příloh

Příloha č. 1 Záznamový arch	44
Příloha č. 2 Polostrukturované interview	45
Příloha č. 3 Souhlas EKS KAD	47
Příloha č. 4 Informovaný souhlas	48
Příloha č. 5 Informace o výzkumu pro účastníky	49
Příloha č. 6 Návrh tréninkového záznamu	51
Příloha č. 7 Rozšíření 3.9.2. a 3.9.3.	52
Příloha č. 8 Vzor – ZAP anamnéza	60

Příloha č. 1
Záznamový arch

Datum:	PO/ÚT/ST/ČT/PÁ/SO/NE	Čas začátek: Čas konec:	Pořadí PA:
PA skupinová povinná / skupinová dobrovolná / individuální Upřesnění PA:			
PA venkovní v areálu / venkovní mimo areál / vnitřní		Upřesnění kde:	
Počasi:	Náčíní A / N	Jaké:	
Lektor A / N		Jiný personál A / N	
Počet účastníků:	Přibyli: Nedokončili:		Chtěli, ale nešli:
Pozn.:			
Moje aktivní zapojení A / N	Můj subjektivní F/P stav před:		

Popis situace:

Náčrtek:

Slovní doprovod:

Reakce ostatních na situaci:

Základní znaky, heslovitě:

PA pozitivně ovlivnila užítí NL	PA negativně ovlivnila užítí NL
- např. PA mu pomohla zvládnout chutě	- např. po PA byl natolik unavený, zklamaný výkonem, prohrou, že užil NL
NL negativně ovlivnila PA	NL pozitivně ovlivnila PA
- např. nevolnost, zranění	- např. zvýšení výkonu
(Situace s potenciálem pro motivaci, zdroje do následného vykonávání PA)	(Situace s potenciálem pro rozvoj relapsu při následném vykonávání PA)

PA během současné léčby

Orientační návrh oblastí:

Jaké pohybové aktivity jste zde již absolvoval? K vybraným pak:

PA:	D / P	V / U	SK / IND	Frekvence	Z.A. A / N Č.
Směr, motiv					
Fyzicky					
Sebehodnocení					
Emoce, rozpoložení					
Myšlenky					
Interakce					

Spánek

Strava

Ke konkrétnímu záznamovému archu

Orientační návrh oblastí:

K zaznamenané situaci – připomenout mu danou situaci, nechat ho danou situaci přiblížit vlastními slovy, doptat se v těchto rovinách

	Před PA	Během PA / situace	Po PA / situaci
Směr, motiv			
Fyzicky			
Sebehodnocení			
Emoce			
Myšlenky			
Interakce			

**ETICKÁ KOMISE PRO POSUZOVÁNÍ STUDENTSKÝCH ZÁVĚREČNÝCH PRACÍ
KLINIKY ADIKTOLOGIE 1. LF UK A VFN V PRAZE**

Stanovisko etické komise č.j. EKSKAD-028/2024

Název práce: **Pohybové aktivity v ústavní léčbě závislosti z pohledu pacientů**
Druh práce: bakalářská
Student: **Ing. Pavla Vykoukalová**
Vedoucí práce: PhDr. Karel Dobroslav Riegel, Ph.D.

Předložená dokumentace:
- formulář žádosti EKS KAD
- informace pro účastníka
- informovaný souhlas
- záznamový arch
- osnova rozhovoru

Rozhodnutí etické komise: **SOUHLASNÉ STANOVISKO**

Odůvodnění: Komise při posuzování předložené žádosti neshledala rozpor s etickými principy při realizaci adiktologického výzkumu pro účely výše specifikované závěrečné práce v oboru adiktologie.

Datum jednání EKS KAD: 12. března 2024

Členové EKS KAD přítomní při jednání: Hana Fidesová, Lenka Šťastná, Jaroslav Vacek

EKS KAD byla zřízena přednostou Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze se souhlasem kolegia děkana 1. LF UK jako pilotní projekt za účelem zvýšení kvality závěrečných bakalářských a magisterských prací studentů adiktologie z hlediska výzkumné etiky.

Datum písemného vyhotovení stanoviska: 13. března 2024

Podpis vedoucího nebo pověřeného člena komise: Mgr. Hana Fidesová, Ph.D.



Příloha č. 4

Informovaný souhlas (rozhovory)

Souhlas bude participantovi přečten na začátku rozhovoru, participant svým prohlášením: „Ano, souhlasím.“ vyjádří souhlas se zněním informovaného souhlasu.

„Prosím, přečtěte si text Informace o výzkumu.

Souhlasím s tím, že jsem obdržel/a a přečetl/a písemnou formu Informace o výzkumu k bakalářské práci s názvem: Pohybové aktivity v ústavní léčbě závislostí z pohledu pacientů, která je závěrečnou prací studentky, Ing. Pavly Vykoukalové, bakalářského studijního oboru Adiktologie, 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy.

Souhlasím s tím, že rozhovor bude trvat přibližně 2 hodiny. Během této doby mi budou pokládány otázky vztahující se k mým zkušenostem se sportovními aktivitami a tématy vztahující se k závislosti.

Jsem srozuměn a souhlasím s tím, že mám právo odmítnout odpovědět na jakoukoli otázku, a to bez udání důvodu.

Souhlasím s tím, že rozhovor bude nahráván a následně přepsán. Zvukový záznam tohoto rozhovoru nebude poskytnut nikomu dalšímu. Po přepsání bude ihned vymazán. Tento přepis si bude moci vyžádat pouze komise u obhajoby bakalářské práce. Dílčí části (v rozsahu vět) pak budou citovány v textu výše zmíněné bakalářské práce, která bude volně dostupná online. Celkový přepis bude po obhajobě BP smazán a nebude nikterak archivován.

Souhlasím s tím, že jsem byl/a seznámena se strukturou Záznamového archu a souhlasím s tím, že některé dílčí informace z tohoto archu vztahující se pouze k mé osobě, budou součástí dotazů v rámci tohoto rozhovoru.

Souhlasím s tím, že jsem informován, že nikde nebude uvedeno moje jméno, ani jiné konkrétní osobní údaje, díky kterým by bylo možné mě identifikovat. Pro přepis rozhovoru a v citacích textu v bakalářské práci mi bude zvoleno fiktivní jméno.

Jsem srozuměn a souhlasím s tím, že z výzkumu mám možnost kdykoliv bez udání důvodu odstoupit, a to až do termínu odevzdání bakalářské práce.

Souhlasím s tím, že jsem byl obeznámen/a, že se žádostí o další informace o výzkumu je možné obrátit se na Ing. Pavlu Vykoukalovou, na emailu: mailnapavlu@gmail.com, a také na vedoucího bakalářské práce, PhDr. Karla Dobroslava Riegela, Ph.D., email: KarelDobroslav.Riegel@vfn.cz.

Stížnosti na vedení výzkumu je možné adresovat na vedoucího bakalářské práce. Souhlasím s tím, že tyto kontakty jsou mi předány v tištěné verzi Informaci o výzkumu.

Souhlasím s tím, že veškeré sdělené informace mi byly srozumitelné a mé dotazy ohledně výzkumu byly zodpovězeny dostatečně a bez dalších nejasností.

Souhlasím se svojí účastí v tomto výzkumu.“

Informace o výzkumu

Jméno výzkumníka: Ing. Pavla Vykoukalová

Kontakt: mailnapavlu@gmail.com

Obor studia: Adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy

Název bakalářské práce: Pohybové aktivity v ústavní léčbě závislostí z pohledu pacientů

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Karel Dobroslav Riegel, Ph.D.

Kontakt: KarelDobroslav.Riegel@vfn.cz

Vážená paní, vážený pane,

dovoluji se na Vás obrátit s informací o probíhajícím výzkumu k mé bakalářské práci a žádostí o Vaši participaci. Nyní Vám představím základní cíle tohoto výzkumu a metody sběru dat, rovněž tak rozsah Vašeho případného zapojení.

Cílem bakalářské práce je popsat sportovní aktivity z pohledu konkrétních pacientů v ústavní léčbě závislostí. Obsahem výzkumu je zjistit, jak konkrétní sportovní aktivity v jejich holistickém pojetí mohou být nápomocny v léčbě závislostí a prevenci relapsu.

Výzkum bude probíhat ve dvou fázích, přibližně po dobu následujícího měsíce. Po celou dobu výzkumu bude zachovávána vaše anonymita. V první fázi se s Vámi budu pouze účastnit sportovních aktivit. Tato část je pro výzkum důležitá zejména jako orientační zdroj informací o sportovních aktivitách v ústavní léčbě závislostí, jejich současné roli a stávajícímu potenciálu v léčebném procesu.

O druhu a průběhu těchto aktivit si budu zapisovat poznámky. Veškeré tyto poznámky budou ve formě anonymních informací, nebudou zde použita jména ani další identifikační údaje. Poznámky nebudou dostupné nikomu dalšímu a po konci výzkumu budou skartovány. Informace z těchto sportovních aktivit a poznámek nebudou citovány v textu bakalářské práce. Máte možnost odmítnout moji přítomnost na sportovní aktivitě, a to i kdykoliv v jejím průběhu, a to bez udání důvodu. Máte možnost přizvat mě ke své individuální sportovní aktivitě. V této fázi výzkumu od vás nebudou vyžadovány žádné informace navíc nad rámec běžného programu sportovní aktivity.

Na tuto část navazuje část druhá, a to polostrukturované rozhovory. Tato část tvoří stěžejní bod výzkumu. Jednotlivé sportovní kazuistiky budou tvořit základní náplň bakalářské práce. Tématem rozhovorů budou otázky zaměřené na konkrétní zkušenosti pacientů se sportovními aktivitami, a to před zahájením léčby i během ní. Rozhovory budou nahrávány a následně přepsány. Po přepisu bude záznam ihned vymazán. Celkový přepis bude po obhajobě bakalářské práce smazán a nebude nikterak archivován.

V průběhu první části některé z Vás oslovím s žádostí o účast na rozhovoru. Máte možnost odmítnout účast na polostrukturovaných rozhovorech, a to bez udání důvodu. Máte možnost odmítnout účast na polostrukturovaném rozhovoru i po vyslovení souhlasu s jeho provedením. Během i po rozhovoru máte možnost z výzkumu kdykoliv bez udání důvodu odstoupit, a to až do termínu odevzdání bakalářské práce.

Před konáním rozhovoru Vám budou znovu sděleny a vysvětleny informace k výzkumu a zodpovězeny Vaše případné dotazy. Následně bude vysloven a zaznamenán Váš informovaný souhlas.

Máte možnost mě sami zažádat o účast na rozhovoru, pokud považujete své zkušenosti se sportem a léčbou závislostí za přínosné.

Kdykoliv během výzkumu je možné zažádat mě znovu o informace k výzkumu a o vysvětlení případných nejasností, a to osobně, nebo na emailu mailnapavlu@gmail.com. Stížnosti na vedení výzkumu z mé strany je možné adresovat na vedoucího bakalářské práce, PhDr. Karla Dobroslava Riegela, Ph.D., na emailu: KarelDobroslav.Riegel@vfn.cz.

Děkuji.

Pavla Vykoukalová

Příloha č. 6 Návrh tréninkového záznamu

Datum:	PO/ÚT/ST/ČT/PÁ/SO/NE*	Čas:	mimo areál / v areálu/ uvnitř*
Lektor A / N	Kdo:	Sport: týmový / ve skupině / individuální*	
Co:			
Náplň:			
Můj cíl:			
Jak mi bylo fyzicky:			
Jak jsem se cítil/a:			
Na co jsem myslel/a:			
V týmu / ve skupině mi bylo:			
Druhý den mi bylo:			

*zakroužkujte

Datum:	PO/ÚT/ST/ČT/PÁ/SO/NE*	Čas:	mimo areál / v areálu/ uvnitř*
Lektor A / N	Kdo:	Sport: týmový / ve skupině / individuální*	
Co:			
Náplň:			
Můj cíl:			
Jak mi bylo fyzicky:			
Jak jsem se cítil/a:			
Na co jsem myslel/a:			
V týmu / ve skupině mi bylo:			
Druhý den mi bylo:			

*zakroužkujte

Datum:	PO/ÚT/ST/ČT/PÁ/SO/NE*	Čas:	mimo areál / v areálu/ uvnitř*
Lektor A / N	Kdo:	Sport: týmový / ve skupině / individuální*	
Co:			
Náplň:			
Můj cíl:			
Jak mi bylo fyzicky:			
Jak jsem se cítil/a:			
Na co jsem myslel/a:			
V týmu / ve skupině mi bylo:			
Druhý den mi bylo:			

*zakroužkujte

Příloha č. 6 – Rozšíření 3.9.2. a 3.9.3.

Pohled pacientů na sebe sama v pohybových aktivitách před a v průběhu léčby závislosti

Před užíváním

Téma	Příklad
Trenér	<p>Pacient: „<i>To byl totální dril odmala..., byly tam těžký tréninky (pozn. popisuje úspěchy v závodech). To pro mě byla asi nejlepší léta..., euforie z toho sportu. Všechno to ale... byl jsem zvyklý na hodně těžkej režim... Bylo to super období. ... (pozn. trenér) ten to jede na ty naše úspěchy a byly tréninky, když jsem doběhl, zblbl jsem se, prostě jsem nemohl dojít na autobus. Ale zase z toho byl ten dobrý pocit, že jsem ten trénink zvládnul, a potom už tam byla taková klapka před očima, před těma závody. Že jsem se naschvál takhle vy to..., prostě co nejlepší úspěch, aby z toho byl... Ta euforie, to je prostě, ta je prostě nepopsatelná.... To je úplně neskutečný pocit, kterej jsem od té doby fakt nezažil. To je prostě něco krásného.</i></p> <p>V tomto období strategie zvládnání panických atak: Pacient: „<i>Udělal se mi na omdlení. Do strašný paniky. S tím jsem bojoval hodně v tom (sportu). Že se mi tam občas udělalo špatně, ale jak jsem překoušával ty extrémy, tak jsem tam nějak dokázal překousnout i tohle. Byl to těžkej boj, hodně těžkej boj s těma panickejmá atakama.</i>“</p>
Otec	<p>Pacient: „<i>Táta byl fotbalista. Takže mě dal na fotbal, ale já jsem evidentně byl lehce asociální..., hodně citlivé dítě, takže jsem nedokázal být v týmu..., tak jsem přešel na bojový sporty a dělal jsem je asi 10 let.</i>“</p> <p>Pacient: „<i>... od malička dril od svého táty, musel jsem bejt v 7 někde (pozn. ráno). A v okamžiku, kdy odpad ten dril... a najednou jakmile jsem nemusel někde bejt, tak byl problém jo. Tak to u mě celý vzniklo, že jsem neuměl pracovat s tou svobodou, která mi najednou padla do klína.</i>“</p>
Kolektiv	<p>Pacient: „<i>To byla fotbalová škola (pozn. prestižní škola jednoho FK) ... Ale říkám, tam jsem byl prostě rok a tam už ... u mě byly nějaký problémy s chováním. Takže tam z toho sešlo a tam možná byl už takovej ten první vzorec chování, že jsem pak střídal jednu školu za druhou, a což asi vedlo taky k těm drogám, k nějakýmu tomu úniku.</i>“</p> <p>Pacient: „<i>Jelikož jsme tam byli takhle často, tak to bylo, jak chodit za kamarádama do školy.</i>“</p> <p>Pacient: „<i>Já jsem to hrál 18 let do 33, než mi odešli kolínka, takže od nějakých 15 let. Samozřejmě v 15 jsme nechodili na pivo po zápase. To přišlo, až později. Jsem začal pít alkohol až na vojně. To mi bylo asi 20 let.</i>“</p>
Pro dobrý pocit	<p>Pacient: „<i>Přesně vždycky se tam prostě vyplavěj takový látky, že to taky jako forma takovýho zdravýho fetu, nebo teď na to tak aspoň koukám. Že bych, že jako člověku jako mě, se vždycky cejtí, jako potom hodně spokojenej, potom už, když docvičím, jedu domů, člověk poslouchá hudbu a prostě má motivaci něco dělat.</i>“</p>

Během užívání

Téma	Příklad
Thustá čára mezi sportem a užíváním	<p>Stěhování za střední školou a dospívání. Pacient: „<i>No a až jsem se našel, vykašlal jsem se na to (pozn. sport) a projevil se mi... no já jsem si jako malej zažil takový traumata s otcem a takhle, kterej sám pil... Nějak ta úzkostná porucha mě začala mlejt do toho a já jsem to začal všechno přepíjet. Už do toho, takže to, co jsem vlastně dával, tu úsilí do toho sportu. Tak se potom promítlo i v tom alkoholu...“, Pavla: „<i>Šlo ti do toho ten sport skloubit, nebo to byla...fakt prostě thustá čára?“, Pacient: „Thustá čára. Já jsem byl abstinent. Bylo to jen hodně krátký období, ale to bylo spíš období, že jsem ještě úplně nepil. Že už to bylo takové na hraně... Samozřejmě, že už jsme ten alkohol vyzkoušeli, ale tohleto období trvalo krátce a pak byla thustá čára. Když jsem přestal sportovat, tak se mi vrátily všechny ty věci z dětství.</i>“</i></p> <p>Pacient: „<i>... vždycky mě to táhlo k tomu sportu. Ale říkám, prostě tam bylo hodně problémů (pozn. s chováním), tak jsem to pak všechno odštíp (pozn. sport) ... A potom</i></p>

jsem se vlastně probral, tak to mi bylo už 19, 20, a to už nějaký vrcholový sport určitě ne, ale ke sportu mě to táhlo i rekreačně.“

<p>Pozvolný ústup od aktivního sportu Přízpůsobení režimu pro užívání NL</p>	<p>Pacient: „Byl tam (pozn. alkohol) celou dobu, ale postupně se stal dominantním prvkem. To znamená, já jsem ten sport začal odhazovat... Ten alkohol byl spojený s nějakou... jako po tréninku se jde na pivo nebo po zápase, takže jsem vlastně pil za dva. Za umělce i za sportovce... Umělec jsem nikdy nebyl aktivní, takže umění se mi jenom líbí pasivně. A sportovec jsem byl aktivní, ale tam jsem odhodil tu aktivní část, takže jsem třeba se jenom koukal na NHL.“</p>
<p>Sport paralelně s užíváním Přízpůsobení režimu pro užívání NL</p>	<p>Pacient: „No tak hrávali jsme na chatě o víkendu třeba, což tady si taky rád zahraju. S rodinou, já nevím, běžkujeme, sjezdujeme, cyklo jezdíme přes léto. Takže třeba do 50 km výlet na kole.“ Pavla: „A to bylo ještě před tím pitím?“ odpověď: „A to bylo i při tom pití, no. S tím, že bohužel, když se to zhoršilo s tím alkoholem, tak si člověk vyhledává ty cesty třeba na tom kole, aby tam bylo po cestě občerstvení a tak dále.“</p>
<p>Rozpor dvěma tendencemi</p>	<p>Pacient: „Taky jsem poslední dobu měl jako hodně těch záchvatů, jako nepřiměřeně moc tomu, jak jsem to měl posledních 10 let. Jsem míchal tyhle ty látky všechny dohromady. Spánek... stravu jsem... To bylo třeba tejdén, tejdén jsem žral právě sladkosti, věděl jsem, že to jde do prčíc ta moje práce na sobě, tak člověk ještě víc si vlastně zklamává sám sebe, je mu to líto..., tak jsem zase třeba 3 tejdny to jakoby, dejme tomu, dodržoval. Nežral jsem jako moc tolik, ale aspoň jsem normálně jedl jako pravidelně, normální jídlo, ale pak zase třeba spadnul.“</p>
<p>Zkušenost se sportem krátce po nebo v intoxikaci</p>	<p>Pacient: „Stalo se mi to. A to mě přivedlo do problémů, protože se mi spustila panická ataka. Když jsem, si myslel, že jsem mladej, ještě bylo mi dvaadvacet, a byl jsem na tréninku a předtím se chlástalo. Nějaký jointy tam proběhly a druhý den jsem si chtěl dát jako do těla pořádně. Se mi udělalo zle na střídačce. A odvezli mě na kardio, tam samozřejmě nic nenašli a pak se to opakovalo a zjistili, že v podstatě jsem utrpěl panickou ataku... a dali mi nějakou medikaci. A tam se dá říct, že to bylo v souvislosti s alkoholem, no ale pak už jsem na ten sport kvůli svému „hobby“ neměl čas.“</p>
<p>Vědomé užití „sportu“ místo NL, s cílem navodit žádoucí stav</p>	<p>Pacient: „Pod vlivem... jsem tam moc nechodil. Často. Protože člověk jako že jo, je zpomalenej, utlumenej a nemá to moc cenu, ale několikrát jsem to zkusil, ale zjistil jsem, že to je vlastně zbytečné. Takže mi stačí sám o sobě ten sport, a nabudil jsem se něčím opačným. A nabudil jsem se prostě, když jsem si dal to... jakoby nakopávač nějaký kofein, taurin a tři kafe... nebo něco, abych se tam vůbec donutil jít, protože když člověk nemá tu drogu, dokud nemá ten kratom, tak má problém s motivací vstát a něco dělat.“ Pavla: „(...) když řekneš tři kafe, kofein, taurin, to není úplně běžná míra...“ Pacient: „Já jsem měl epileptický záchvat naposled. Než jsem sem šel. Tak jsem si takhle dával ráno. Jako když jsem tam přišel do fitka. Dal jsem si takhle tohle, tak pak už jsem měl z toho záchvat no.“ (pacient se léčí dlouhodobě)</p>

V léčbě

Téma	Příklad
<p>Sebeuvědomění</p>	<p>Pacient: „A tady jsem po těch letech zjistil, po těch 4 letech pití, co jsem nesportoval, tak jsem zjistil, že proč jsem to nedělal vlastně venku? ... Proč jsem třeba nic nepokračoval nebo takhle... A zjistil jsem tady, že mi ten sport dělá fakt dobře.“ Pacient: „To tělo mi prostě chybělo, bylo prostě oslabené. Říkám ten pohyb... já prostě potřebuju k tomu, abych mohl né si něco dokázat, ale k tomu, abych mohl vůbec fungovat, abych... ne že bych se chtěl vracet tam někde, kde jsem byl asi, nějaký dětský cíle, tady už určitě ne. To už mám za sebou. Ale spíš k tomu, abych mohl normálně fungovat. Potom... že když sednu na kolo, takže uježu 50 km a druhý den můžu normálně fungovat.“ Pacient: „Učinil jsem tu poznání, že jakmile jsem držel v ruce basketbalový míč, tak</p>

	<i>najednou, jako kdyby mi bylo znova 14, jo, toho kluka jsem tam zas viděl jako hravého, tak to bylo super.“</i>
PA v režimu léčby	<p>Pacient: „<i>A je to velice rekreační, ale rád se hejbu, spíš naopak jsem nerad, když je tu spousta sezeního. To mě nevyhovuje, je za trest jít na přednášku po obědě, kde se přejíte a je to těžký... něco jako v autě mikrosnání... prostě to vydržet, i když je to zajímavé téma. Ale chybí mi trošku pohyb, já jsem byl celý den... nebo v práci... jsem celý den na nohou, v pohybu a tady je na mě trošku víc sezení.“</i></p> <p>Pacient: „<i>Ten pohyb je hodně důležitý. Já osobně to mám tak, že já bych si na pokoji v těch mezcíasech. Já nevím, co bych dělal. Prostě bejt zavřený, to mi nesvědčí, hlavně potom myslím na blbosti a chytají mě různý... s čím se tady taky léčím, psychiatrický moje potíže.“</i></p> <p>Pacient: „<i>... jsme předtím měli jídlo. Což jsem si taky nějak prostě neuvědomil, že by bylo lepší to jídlo odsunout, nebo nejít. (pozn. na tabatu) Ale říkám, byl jsem potom na sebe rád a prostě chvíli jsem byl fakt úplně se sebou spokojený, prostě naplněný.“</i></p> <p>Pacient: „<i>A to mě štve, protože já jsem si tu jako přišel na fyzickou zátěž, ať už to byla práce anebo to byl ten sport. A tělo mě zradilo a tělo potřebujete 14 dní odpočívat a nesu to těžce, protože jsem si zvykl na ten stav tý únavy fyzický a mě teď chybí.</i></p> <p>Pacient: „<i>Potřebuju od něj (pozn. doktora) vědět jednu věc, když začnu něco dělat sám, můžu jít do bolesti, respektive můžu zhoršit současný stav anebo ne? A to jsem se tady nedozvěděl. Kdyby mi někdo řekl, tak teď můžeš dělat to, co děláš, už to nemůžeš zhoršit, jenom to bude prostě nějaký čas bolet, tak já jsem spokojený. Jo, ale já mám takovej ten černej našeptávač, můj mi furt nahlodává, když to nebudeš chtít šetřit, tak samozřejmě se to úplně nezhojí, takže... já teďkon trošku myšlenkově bojuji.“</i></p>
Pohled na sebe sama	<p>Pacient: „<i>Já si myslím, že mám pohybový nadání, na sporty mám talent, Já nevím, jestli se tomu říká pohybová inteligence nebo něco takového. Zároveň mám talent na to číst tu hru, že nejenom jako plavat nebo běhat, nebo prostě, ale i reagovat na vývoj, soupeřit. Já tyhle sporty považuju za výbornou doplňkové sporty. Plavání, běhání i posilování, ale pro mě byly vždycky přípravou na tu hru. Jo a tady jsem si ověřil, že v podstatě ta hra, ať už je to basket, fotbal, nebo to bude hokej v zimě... tak pro mě má ještě přidanou hodnotu v zastavení toku těch myšlenek. Tam se cejtím přítomnej, cejtím tam to, čemu se říká flow, myslím.“</i></p>

Prvky přispívající k udržování závislosti a prvky podporující úzdravu

Biologická dimenze

Téma	Příklad
Rovina výběru vhodného typu PA a přizpůsobení	<p>Pacient: „<i>No, na tady tom jsem byl, toto jsem prostě říkal, to bych tam byl prostě šel za jakoukoliv cenu, taky jsem se na to těšil, že půjdu. Ale říkám, mě čekala operace ... (pozn. vynecháno) ... To je právě věc, co mě na jednu stranu trošku štve, že vždycky už když chytinu ... ten návyk na tu pravidelnou tu, že vždycky když už vidím, že už se to maličko zlepšuje, tak prostě se ozve nějaký dozvuk... z minulosti, nebo prostě nějaká ta... takže ale říkám, není všem dnům konec.“</i></p> <p>Pacient: „<i>První plánuju svoji fyziku zvýšit sám, protože ještě není moc dobrá a ještě... byla to zátěž, takže ty vnitřnosti úplně cejtím, jak se mi postupně jako zesilují, občas to jako bolí hodně, i když běhám a tak dále, takže prvně to chci sám.“</i></p> <p>Pacient: „<i>Já jsem se tím dostal do takového bludného kruhu. Já jsem tu po operaci ramene, takže jsem zatěžoval nohy. Přetížil jsem nohy, tak teď zase posiluju to rameno, který je taky tohle. Takže snažím se jakoby ten hořejšek toho těla.“</i></p> <p>Pacient: „<i>... když jsem byl teda malinkej, tak jsem začal sportovat a hned se mi na to přišlo. Tak jsem ležel v nemocnici ještě na katetrizaci srdce na tachykardie, se mi rozbušilo srdce, udělalo se mi blbě, ale mi bylo něco kolem deseti. ... No takže to se vyřešilo. Chodil jsem na kontroly a vrcholově sportovat jsem mohl, teda začít úplně pořádně. Za což jsem hodně rád.“, Pavla: „<i>A to ještě i přes to užívání, že jo, jakože to pořád drží krásně...“</i>, odpověď: „<i>Mám zdravotní problémy teď. Vysoký tlak. Nedokrvování cév. Játra mám špatný. Mám měsíc dietu. Pořád nějaký vitamíny a...“</i></i></p> <p>Pacient: „<i>... I když říkám, byl jsem párkrát (cvičit), strašně mě to na jednu stranu... taky říkám, teď jsem nemocnej, kdybych mohl, ... tak pro mě je to prostě utrpení někde</i></p>

	<i>ležet, radši bych někde lital. Taky si říkám, budu s tím aspoň chodit, ale...“</i>
	<i>Pacient: „Zkoušel jsem to o covidu třeba s manželkou běhat a tejdén jsem to vydržel a pak 14 dní, jako se ty kolena ozvaly a to je potom jako... už si ubližuju jo.“</i>
Rovina pole Uvolnění napětí prostřednictvím PA	<i>Pacient: „... já tu měl problém s jedním klukem, s kterým jsem byl na pokoji. A říkám nebejt tenkrát toho dne, kdy byla ta tabata... tak by to dopadlo asi úplně špatně. To bych ho asi... Dopadlo to ale tak, že jsem jenom řval na něj... ale k ničemu jinému nedošlo. Já jsem se držel, že jsem byl takovej vybitej... A říkám, jako určitě mi to v tu chvíli dost pomohlo a myslím si, že i potom, když došlo k tomu konfliktu, tak že bez toho by to bylo... tu hodinu ty energie bych asi investoval do něj.“</i>
Rovina proměnných Technika, intenzita, zátěž	<i>Pacient: „... může to být kombinace obého, jo, že v podstatě uvědomil, jsem si při tom basketu, že tam jsem to taky jako cejtíl, že najednou je mi 14, jak kdybych zapomněl na nějakou strečink. A jako kdybych nerespektoval těch 30 let pití. Který se na tom těle prostě musely fyzicky podepsat. A nebo je to prostě jenom nevím. No těžko říct asi kombinace obojího.“</i>
Rovina proměnných Přetížení	<i>Pacient: „... Ale co cítím je, že třeba jsem si říkal... liboval jsem si tady s ramenem, jak drží. Prostě jsem jako jel. No a ono druhý den prostě bolelo jako bejk, jo, takže v podstatě nedostanu tu zpětnou vazbu od toho těla v okamžiku.“</i>
Rovina proměnných Zajídání chutí vs. zdravá strava	<i>Pacient: „Třeba po práci, když jsem si zajel do posilovny, vrátil jsem se. Uvařil jsem si, hlídal jsem si taky jídlo, bílkoviny, sacharidy a všechno to.“</i> <i>Pacient: „To jídlo ano, snažím se si to hlídat a po té první léčbě jsem si špatně pracoval s chutěma, zapíjel jsem to kofolou a sladkým, takže jsem hodně moc přibral. Tak teď kon jsem si dal takovej cíl, kterej se mi daří plnit, nepiju slazené limonády... Snažím se co nejmíň jíst pečivo.“</i> <i>Pacient: (pozn. před léčbou) „Já jsem měl běh a no teď poslední dobou, když jsem bral hodně toho kratomu, tak jsem prostě ležel v posteli. Živil jsem se bábovkama, obědy jsem si nevařil, už prostě ten elán, životní hodnoty jdou pryč, takže se člověk žere. A to právě břicho se mi tady zvětšovalo. Změňovalo se mi jakoby svalstvo... síla a prostě mi začalo růst břicho, takže jsem střídal ve fitku... jsem si dal třeba schody na začátku hodiny. Ale tady už jsem na tom zapracoval. Jak tady člověk nemá tolik povinností, musí pracovat (pozn. pracovní terapie), což mě tolik neunavuje, tak tady jsem začal dýl, vícrát běhat tejdě.“</i> <i>Pacient: (pozn. v léčbě) „Ale mám zatím ty prášky (pozn. na spaní) ... ale dělám třeba to, že chodím tady do automatu žrát Snickersy. Sním třeba 3 za noc a pak se ještě probudím na záchod. Koupím si další takovýhle věci. Nevím, jako že mi to dělá dobře. Takový to žraní přes noc, sladkostí, nevím, jak to s ním teda souvisí. Možná se cítím psychicky dobře a pak usnu hned.“</i>
Rovina proměnných Potíže se spánkem a prevence potíží	<i>Pacient: „Spánek je strašně moc důležitěj... jsem usnul asi až v 1 ráno. A dneska na sobě celej den... Ještě do toho byla ráno těžká skupina, taková hodně osobní. Tak dneska jsem celej den takovej... Jde to znát, že na mě taky lezou úzkosti. Není mi zrovna dvakrát nejlíp, a to jsem šel spát o 2 hodiny později. Určitě pravidelnost spánku, hodně důležitá, extrémní.“</i> <i>... když má člověk, jako já, nějaký ty psychiatrický problémy, tak je z toho úplně vedle. No, já jsem si to párkrát vyzkoušel z té jedny neprospaný noci za střizliva, tak jsem se vzpamatovával 3 dny.“</i> <i>Pacient: „No ten byl blbej... takže jsem nevím poslední tejdny (pozn. před léčbou) ... cpal jsem jako bonbóny ty Pregabaliny. Ale abych usnul, neměl tam na noc kratom, to bych se asi nezbudil ráno do toho fitka, tak jsem neměl večer kratom, ale měl jsem ty Pregabaliny, aby mě to nedělalo problém vstát.“</i> <i>Pacient: „Abych usnul a spal minimálně 5, 6 hodin, abych neměl další epileptický záchvat, prostě musím spát. Tak jsem si dal ty Pregabaliny, abych usnul. Protože když člověk nemá ten opiát, že jo, kterej uklidňuje, tak naopak je bdělej. Já jsem se musel utlumit něčím jiným, takže těma Pregabalinama jsem se uspal a pak jsem se probudil v těch 5 a mohl jsem jít cvičit ráno.“</i>
Rovina proměnných	<i>Pacient: „Prostě ležím, ležím v posteli. A koukám na filmy třeba. To je moje generace.“ (pozn. před léčbou)</i>

Regenerace

Rovina proměnných	<p>Pacient: „Během zavodění? Ano, jsme měli přípravky, vlastně Cytomax, ale nic nelegálního, protein jsou jenom bílkoviny a ten Cytomax...to bylo spíš na regeneraci. Vlastně nějaký povzbuzení, nějaký vitamíny. Taková směska vitamínů a na regeneraci dobrou. Což bylo takový dobrý. No ale i náš trenér byl zásadně proti kreatinu a tady těm věcem. Že se to do toho ani moc nehodilo a hlavně byl ze starý školy trenérů. Takže to moc neuznával.“</p> <p>Pacient: „Ne, ne. Už jsem si pak nekupoval ani protein. Já už jsem pak na to ani neměl. Já jsem všechny peníze dával na tu látku.“ Pozn.: z doby v průběhu intenzivního užívání</p> <p>Pacient: „... se nabíjím, že si dám kafe a cigáro. Protože na to nejsem moc zvyklej. No tolik jsem zas nekouřil, to není jako droga, takže na mě to funguje, že pookřeju, je mi trošku dobře a nabudí mě to anebo energy drink. A teď jsem si koupil nakopávač i sem. A právě mám ten spánkové režim docela v pohodě, a jím správně a nemám ty drogy. Je to všechno prostě nastavený tak, abych to bral ty léky jen dvakrát denně tak, jak mi byla předepsány, a snižuje se ta síla tý látky. Tak nemám záchvaty, což je pozitivní, a můžu brát ten nakopávač.“ (pozn. legální nakopávač)</p>
Rovina proměnných	<p>Pacient: „I ta noha mě třeba bolela až ten druhý, třetí den. Takže to je jediný, co si musím asi trošičku hlídat (pozn. při sportu), že možná je to i návalem těch endorfinů, který se vyplaví, že jo, protože oni... přikryjí tu bolest v tu chvíli, ale druhý den už tam ten endorfin není. A objeví se to. To teď vnímám.“</p>
Zpětná vazba	
Pomohla sportovní minulost?	<p>Pavla: „No a to tělo, když bylo takhle tím sportem odolný... vydrží toho pak víc?“ (pozn. v době užívání), Pacient: „Určitě. Ano, ano. Ale taky o to víc jsem se doničil.“, Pavla: „Jo, že kdyby zkolabovalo dřív, tak...“, Pacient: „Spíš, spíš po té psychické stránce, jsem to moc nevnímal. Že tělo už třeba začalo pomalu vypovídávat. Já jsem to házel za hlavu. Jako spíš po tady té stránce.“</p> <p>Pacient: „Jako musím říct, že fyzickou bolest snáším o hodně líp než tu psychickou. Tu fyzickou jako se dá, jakože ještě jakoby máknout a prostě zatnout zuby. Tak to jsem se jako naučil, ale tu psychickou to mě jako většinou složí. A v tom se začnu hrabat a pak prostě třeba nejdu do práce ani.“</p>

Psychologická dimenze

Téma	Příklad
Rovina pole	<p>Pacient: „No a v podstatě jde jenom o to teď... to potřebuju (pozn. pohyb)... třeba včera jsem šel i běhat, i cvičit. Protože jak teď nemám tu látku... je to jako kdyby člověk vysazoval antidepressiva, nejsem jako v takových psychických a fyzických bolestech, mám takovou jakoby adhedonii ... nic mě nebaví. Vidím prostě samou beznaděj a nesebevědomí...“</p>
Pomoc při zvládnutí psychických stavů při léčbě	<p>Pavla: „Jako žes tam pustil ty emoce?“, Pacient: „No, no, jako... to by musela trvat (lekce) ještě tak další 2 dny, abych to zase všechno dostal tam, to bylo málo, ale určitě mi to pomohlo. Určitě po psychické stránce. Moc. Tak já si říkám, že ten sport a vůbec celkově ten pohyb, že je důležitější... Přišel mi i při normálním životu...“</p> <p>Pacient: „A jak říkám, za tímhle účelem odreagovat se, když je nějaká těžší skupina, vybit si nějaké svoje témata a takhle...“</p> <p>Pacient: „Tady to je spíš... jak bych to řekl... tady, to je spíš na takové ty bolístky, určitě na to uvolnění hlavy, na to orientovat se jiným směrem. Určitě člověk z toho má dobrý pocit, vyčistí si hlavu. Dobře po tom vypadá, chce vypadat nějak dobře. Ne jak třeba v té závislosti, kolikrát, když byl kolikrát na ulici nebo takhle. A pro mě je to strašně důležité, a tady kluci, co jsou, nebo i holky, tak pro ně taky.“</p> <p>Pacient: „Tak jsem cítil úzkost, tak jsem to řešil chůzí v parku, jako ostrou. Vždycky jsem se šel večer unavit, prostě pořádně.“</p>
Rovina pole	<p>Pacient: „Spíš, že vylezu ze sprchy a kouknu na sebe do zrcadla. A jo, to je hezký, anebo jdu se otužit, jó, to je příjemný, anebo jdu na to rande, člověk si tam dá pusku, jee to je hezký. Prostě takové ty maličkosti, co zaplácnout to, že se třeba cejtí blbě bez té drogy.“</p>
Drobné radosti v životě	<p>Pavla: „No a tak to mohlo být fajn, ne? Jednou týdně, vždycky o víkend, prostě s partou někam, bez nějakého tlaku, na nějaký výkon...?“, Pacient: „No my jsme chtěli</p>

	<i>vyhrávat. Rádi lidi vyhrávají. Že jo, je to sport. Přestože to je na nižší úrovni, to ještě neznamená, že tam ty emoce nejsou, nebo že se člověk nesnaží, nebo že by mu to bylo jedno, to určitě ne!“</i>
Rovina pole Craving a sport	<i>Pavla: „A když to takhle přijde?“ Pacient: „Nejlíp jakoby v tu danou situaci, protože pokaždé se nemůžu sebrat, ani venku, a někam odejít sportovat, utíkat před tím. Vlastně utíká člověk sám před sebou. Ale spíš si pokládat otázky, spíš si říct výhody, vzpomenout si, kde jsi skončil, co jsi všechno zažil. Každý to dno má trochu jinde, pro někoho hodně dramatické situace a tak. To je všechno strašně individuální, jak kdo, a ten sport samozřejmě určitě pomáhá.“ Pacient: „... Mně to spíš spouští třeba jídlo. Takový ty oblíbený, mastný jídla, tak to má člověk spojený, nebo situace mi to dokážou spustit.“</i>
Rovina proměnných Myšlenky v hlavě	<i>Pacient: „Že pro mě... já potřebuji zastavit tok svých myšlenek. Já furt hledám přítomnost, přítomný okamžik, teď a tady. To je můj největší problém, být teď a tady. A tady jsem si uvědomil, že jsem tak spontánně šel s klukama na hřiště. Vzali jsme basketbalový míč a já jsem si v tu chvíli uvědomil. Když tam bylo to kouzlo toho balónu, že jsem teď a tady, že jsem přítomnej. Předtím jsem si třeba občas šel zaběhat, nebo cvičit nebo zaplavat, ale to jsou aktivity, kdy... dělá mi to dobře, vyloučím endorfíny, to je všechno v pořádku. Ale nedaří se mi tam vypnout tok myšlenek. Když plavu, když si dám 20 bazénů, tak jako je mi dobře potom. Mám pocit, že něco dělám, ale nejsem schopnej se soustředit na každý tempo. Hlava je zanesená myšlenkami. Zatímco tady jsem si uvědomil, že když hraju tu hru a mám tam někoho jako protihráče... tak musím reagovat na vývoj tý hry a v tu chvíli jsem vyplej... Jinak... buď zajišťuju budoucnost anebo se štourám v minulosti, ale i jsem zkoušel řízeně chodit. Že se soustředím na každé ten krok... nebo se soustředím na ten pohyb jako takový, ale u těch individuálních sportů se mi to moc nedaří.“</i>
Rovina proměnných Zvládání výzev	<i>Pacient: „Po dobu jedny hodiny. A říkám, když se to třikrát otočilo, jako ten 20, 10, 20, 10, 20, 10, tak jsem si říkal, že já to prostě do konce nemůžu vydržet. A to byla nějaká minuta a půl. Já už byl úplně celý mokrej... Ale říkám, byl jsem potom na sebe rád a prostě chvíli jsem byl fakt úplně se sebou spokojenej, prostě naplněnej.“</i>

Sociální dimenze

Téma	Příklad
Rovina pole, proměnných usnadnění Komunita v posilovně	<i>Pacient: „... Ale povídá se u toho, jako že mi to nepřipadá, že bych tam byl úplně osamocený, jo, nebo když si chcete pokecat, tak si pokecáte. Já s tím problém nemám. My si tam vlastně povídáme o cvičení. Ukazujeme si různé jiné cviky. Někdo je zkušenější, někdo míň... Tak si popovídáte, najednou zjistíte, že si povídáte o něčem jiným, za chvíli, protože vy mezi téma cvikama, tak si musíte dát třeba minutku, dvě pauzičku, a tím si to právě jakoby vyplníte. Prostě tam nepřijdete na kafe krafat, jo... ale že to právě během toho cvičení... že to je takový příjemný. Třeba tady je, že se vám tam kolikrát rozpovídají lidi o svým problému, co byste v životě nečekala. Jo, ale funguje to něco podobně jako komunita... Prakticky takovejhle náš červenodvorský modýlek a jednáme tam třeba, nebo jednáme... vy tam cvičíte a zeptáte se, tak co novýho, protože víte, že támhleten člověk, prostě ten, kterýho jsem tady potkal, tak on nemá nikde bydlení, tak shání něco chráněného a návazně práci na to. A teď vám začne říkat, co takhle, kde byl třeba, kde co sehnal jo. A teď se vás zeptá, hele, co ty na to? Jo a opačně, prostě to tam takhle mezi tím cvičením funguje, že si děláme vlastní komunitu bez toho, aby nám jí někdo řídil. A s tím, že se člověk třeba, dejme tomu, těší na příště, až se zase uvidí s tím člověkem. Ne, že by ho tam potřeboval, ale už je jenom zvědavý třeba, jak se pohnul s něčím, o čem jste posledně mluvili.“</i>
Rovina proměnných usnadnění Vzájemná podpora	<i>Pacient: „Určitě si pomáháme v posilovně, vysvětlujeme si to, když třeba tady někdo cvičí, jakoby fakt fitness, tak kolikrát poradí i mně samotnému. Já poradím třeba někomu, kdo začíná cvičit. Je to tak, že si pomáháme tak nějak všichni navzájem.“</i>
Rovina	<i>Pacient: „Samozřejmě, jak nás tady je hodně, tak jsou tady konflikty. Ale co se týče</i>

proměnných bariér usnadnění	a	<i>sportu, tak vůbec žádný. Je to fakt čistě na srandu. Umíme si udělat srandu sami ze sebe s klukama, umíme si udělat srandu z ostatních. Chápeme to, zasmějeme se u toho...“</i>
Cíl skupiny		<i>Pacient: „Tomu jsem se teď vyhýbal... já nemusím ty skupinové sporty. Že já radši pojedu támhle... (pozn. ukazuje do lesa). Kdyby tam šla banda kluků, který mám rád, tak to tam půjdu. To tam půjdu rád. I když tady nemám nikoho, s kým bych si vyložené nerozuměl, tak prostě mě tady to... nějak nebaví a taky chci mít takový ten svůj klid. Spíš je to z důvodu toho, protože ty kluky tady znám, že jsou prostě... jak kdyby byli někde na mistrovství světa, mi přijde některý.“, Pavla: „Že když jdou, tak tu hru prožívají?“, odpověď: „Přesně... a to je asi důvod, proč tam nejdu, že radši jdu do té posilky.“</i>
Složení skupiny		<i>Pacient: „(pozn. doma) ... tam kdybysme se dohodli, půjdem si támhle zakopat, tak mi to nevadí. Že tam budem hrát nějakou noheč nebo to... protože ty lidi znám, vím, co od nich čekat... jsou to vlastně kamarádi... tady taky vím, co od nich můžu čekat, vím to, ale ono prostě... s ním jsem tady 2 měsíce zavřenéj, ten člověk mi nevadí a potom tam na mě ještě cvrdlá, že jsem tam nebyl, že jsem tam nebyl kopnout a... Já mu tam nebudu vysvětlovat, že jsme tu jako hotel, abysme si tu něco udělali pro sebe a nebyli tady v posteli, takže... radši se na to vykašlu.“</i>
		<i>Pacient: „Podle toho, jaký lidi by tam asi jeli, no. Tady jsem viděl, kdo se hlásí, jaký typ lidí. Říkal jsem si jenom, s těma se dokážu bavit, ty jsou... Některý mi lezou na nervy, že bych tam třeba nešel... Je to trošku ze sebezapření, ale říkám si, že na tom raftu není takovej počet lidí, který by mě jako znervózňoval. Že můžu chvíli jako nic neříkat.“</i>
Rovina proměnných usnadnění	a	<i>Pacient: „To jsem se tady skamarádil s takovým klukem, nebo on se spíš skamarádil se mnou, je takový aktivní. Tak pak se bavíme spolu, on mě jako hecuje, protože je o hodně větší a silnější. Takže jedeme spolu a on mě hecuje, pomáhá mi. Já pomáhám jemu, chodíme tam spolu.“</i>
Budování přátelských vztahů		<i>Pacient: „A když není třeba posilovna, tak minimálně se projít do parku s někým. Pokecat a takhle.“</i>
		<i>Pacient: „Samozřejmě no. No, jsou tam do toho starý chlapy, mladý kluci, jo. No prostě. Multikulti banda, ale normálně by se spolu třeba... byly by to dvě partičky, ale tady, kde vám během hodiny z toho vznikne jedna partička... aspoň na chvíli jo... A evidentně nejsou z toho rozladěný. Nějak jo, protože opravdu sranda, protože jeden tam udělá nějakou blbost. Jo, ostatní to pobaví, tři to tam rozebíraj a už začne takovej ten mišung, že to prostě tak ale jako příjemně vře, bublá... funguje jo.“</i>
Rovina proměnných Partnerské vztahy vně PA		<i>Pacient: „Dneska jdu třeba na rande, tak já prostě musím... Musím, vím, že budu muset od 6 do 7 jít běhat, abych prostě si ty látky vyplavil a byl trošku spokojenější. Sebevědomější proto, abych mohl jakoby žít a jít to nandat.“, Pavla: „Já si myslím, že můžeš jít i takhle, ne?“, odpověď: „No právě, že podle mě ne... protože by z toho nic nebylo. Nebyl bych sám sebou... a ne takhle unavený životem a lidma a takové jako kejvadlo a mluvit o smutných věcech, to jako nejsem úplně já.“</i>

Spirituální dimenze PA

Téma	Příklad
Rovina výběru vhodného typu PA	<i>Pacient: „Je tady jóga, tu jsem zkusil asi dvakrát v první léčbě. To mi nic neříkalo. Nějak jsem si k té józe nenašel nějaký smysl, nebo vztah, nějaký ten klid. Ale třeba na arteterapie, tam máme super arteterapeutku, která dělá různé meditační cvičení, procitování těla a takhle. Nebo někdy hrajeme hry. Což není sport, ale třeba ty meditační věci, to uvolnění, vybavování si částí těla... tak ona nám potom pustí relaxační hudbu, něco nám do toho mluví. Tak to je moc fajn.“</i>
Jóga	
Rovina výběru vhodného typu PA a settingu	<i>Pacient: „... dal jsem si po práci jednou večer jógu. A pro mě je jóga naprosta posilovna a tam jsem si na tý józe uvědomil, a proto tam teď už nechodím, že ty cviky nejsem schopnej dělat dobře. Jo, že to je pro mě tak náročný technicky, že mám to tělo... ty já už mám takhle jako ty třísla zkrácený, ty vazy, prostě z toho hokeje jo, ... a tady jsem si uvědomil, že v podstatě 3 cviky jsem byl schopnej udělat a jinak jsem se tam prostě klepal jak drahej pes, jo? A přitom jsem říkal, já nemám činku v ruce, nic...“</i>
Jóga	

A tam mi došlo, že možná jsem tak daleko od správného provedení toho cviku, že to možná může být kontraproduktivní, takže to jsem zatím odsunul... každopádně, aby mi to udělalo dobře i na duchu, což je taky jako druhá nebo možná hlavní součást tý jógy, tak toho jsem jako dalek ještě. To je pro mě fyzicky zatím takový masakr, že tu duši tam nemám šanci pohladit, zatím.“

<p>Rovina bariér a usnadnění</p> <p>Masáže, vířivky, sauna jako forma relaxace</p>	<p>Pacient: „Pro mě tak trošku jakoby vyhozený peníze z mých očí, jo... že jo, radši si půjdu zaběhat a potom se cejtím o hodně líp. Sice je to nějaká dřina. Ale cejtím se jako fakt, jako fakt sjetej.“</p>
<p>Rovina proměnných</p> <p>Pro dobrou věc</p>	<p>Pacient: „Jsou tam bručouni, který se odvážou... a je to pitomá manuální práce, na kterou se vůbec netěšili, ale zpátky jdou vytleměný... všichni srandičky... už během tý věci je tam sranda a ještě po nás něco zbyde jo, kdežto tady už jde člověk naštvanej jako... dělat ten rajón za trest. Jo, tohle je taky za trest. Ale kdybyste viděla ten výraz, když on jde z toho rajónu, co dostal za trest. A když jede támhle odněkad, že za ním byla dobrá věc a ještě si hezky pokecal, je to rozdíl.“</p>
<p>Rovina proměnných</p> <p>Motivace pro pohyb a směr, vize</p>	<p>Před užíváním, pacient: „My jsme v hlavě prostě měli jenom ty úspěchy, já jsem chtěl být nejlepší“. V léčbě, pacient: „Sice už to není takový, že bych si šel po nějakém úspěchu a takhle, ale určitě na tu abstinenci a na tu léčbu, kde si odventilovat nervy nějak. Odventilovat nějakou kolikrát i agresivitu, když jsem něco řešil. Na nohejbale s klukama se uvolnit, ten mě třeba baví, v té posilovně, tam se třeba zničit.“</p> <p>Pacient: „Cíl je zhubnout na takové procento tuku, aby mi byly vidět břišáky.“, Pavla: „Jako že chceš ty kostičky?“, odpověď: „No jasně, nemusí to bejt tolik, nemusím mít 4 % tuku, můžu mít, já nevím 11, nevím, teďka mám třeba 20, ne, to je blbost. Já nevím, odhaduju. Ale zatím je to těžký, ale mám čas, několik měsíců na to. ... Mě ta síla zas tak nezajímá. Já jsem ten materialistický, spíš vzhled těch svalů, než být nějaký silný.“</p> <p>Pacient: „Po té léčbě, když člověk zůstane sám, tak má na starosti spoustu jinýho zařizování, aby měl kde bydlet, aby měl dobrou práci a takhle... a je to strašně těžké zkombinovat s tou pravidelnou... s tím sportem. Ale zároveň pro mě strašně důležité... Ale je toho vážně moc. Potom, po té léčbě člověk se vrací do té reality. Málokdo to ustojí. ... Tak teď mám vlastně v plánu udržet si ten sport a poučit se z chyb, který jsem udělal.“</p> <p>Pavla: „A plánuješ jít na tu jógu?“, Pacient: „Až budu mít vidět ty břišáky.“</p>
<p>Rovina proměnných</p> <p>Hledání zdravého středu</p>	<p>Pacient: „... ono vlastně najít ten střed. Je strašně těžký, ale s tím se tady potýká strašně moc lidí, co chce abstinovat... že nemůžou najít nějaký ten životní vyvážený střed, vlastně toho zdravého života. Ten zdravěj život. Myslím tím například třeba jednou v budoucnosti rodina, nová přítelkyně, práce, peníze, sport.“</p>
<p>Rovina proměnných</p> <p>Duchovní otázky</p>	<p>Pacient: „Já věřím, že ta myšlenka má sílu tvořit. Já věřím na psychosomatiku... já byl ten typ, že jsem hrozně jako nasával, četl a pak jsem i chodil třeba i na kurzy matrixu... prostě mám rád jako i myšlenku kvantování a že myšlenka tvoří motto. Takový věci na hraně esoteriky a i když, který mám jako despekt velké k esoterice... Zároveň prostě věřím, že má jako myšlenka moc tvořit tu hmotu a takový tyhle věci. Takže tohle mi smysl dává, hodně se učit tomu mindfulness a takovýmhle věcech. Mně se to teď jako potkává, dokonce i s virou dohromady.“</p>

Příloha č. 8

ZAP anamnéza

Datum:

Nástup do léčby:

Oddělení:

Jméno:

Věk:

Východiska

Zdravotní stav a současné potíže:

Omezení v pohybových aktivitách:

Medikace:

Dietní režim:

Spánek:

	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
	65	70									
Závislost											
Adi služby											
Sport											

Sport v minulosti (před užíváním)

Co: Tým / Sk / In Výkon / rekreace / účelově Závody A / N

Frekvence: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 x týdně Dvoufázové: A / N

Převaha: Aerobní / Anaerobní Fullbody / splity /

Obsah tréninků:

Zranění / pauzy (delší než 3 měsíce):

Sebehodnocení:

Interakce tým / kolektiv:

Spánek:

Stravovací návyky:

Sport v době užívání před nástupem do léčby

Sport během užívání: A / N Jaký:

Tendence: tlustá čára / postupné omezování / výkyvy / normální výkon

Sport pozitivně ovlivnila užití NL	Sport jako spouštěč pro užití NL
- např. sport pomohl zvládnout chutě	- např. po sportu byl natolik unavený, nemohl usnout, užil NL
NL negativně ovlivnila sport	NL pozitivně ovlivnila PA
- např. nevolnost, zranění	- např. zvýšení výkonu
(Situace s potenciálem pro motivaci)	(Situace s potenciálem pro rozvoj relapsu)

Spánek:

Stravovací návyky:

Sport v léčbě

Cíl pacienta:

Co má rád:

Co nemá rád:

Doporučení: Tým / Sk / In Frekvence: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 x týdně

Konkrétně:

Cíle: obecná zdatnost / prevence a rozvoj určitých oblastí / rozvoj

Možná rizika:

Bariéry účasti:

Zdroje pro účast: