

UNIVERZITA KARLOVA
1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Praha 2019

Bc. Anna Prunerová

**Univerzita Karlova
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Adiktologie



Bc. Anna Prunerová

Role motivace k pohybové aktivitě v léčbě závislostí.

Role of Motivation for Physical Activity in Treatment of Addictions.

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce: Mgr., Bc. Karel D. Riegel, Ph.D.

Praha, 2019

PROHLÁŠENÍ

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

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

V Praze, dne _____ 2019

Anna Prunerová

IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM

PRUNEROVÁ, Anna. *Role motivace k pohybové aktivitě v léčbě závislosti. [Role of Motivation for Physical Activity in Treatment of Addictions]*. Praha, 2019. 67 s., 2 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce: Mgr., Bc. Karel D. Riegel, Ph.D.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucímu diplomové práce, panu Mgr., Bc. Karlu D. Riegelovi, Ph.D. za vedení, cenné poznámky, odborné připomínky, podněty a náměty.

Dále bych chtěla poděkovat pracovníkům klinického provozu lůžkového oddělení muži a lůžkového oddělení ženy Kliniky adiktologie, panu Ing. Karlu Kupkovi, Ph.D. za pomoc při vyhodnocování statistických dat, panu Davidu Marklandovi, Ph.D. za možnost využívat jeho dotazník BREQ-2, panu doc. MUDr. Martinovi Matoulkovi, Ph.D. za cenné rady při vyhodnocování dat a za poskytnutí možnosti prezentovat moji práci na konferenci Tělovýchovného lékařství. V neposlední řadě děkuji Mgr. Ondřejovi Kádě za půjčení přístroje InBody.

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Autor: Bc. Anna Prunerová

Vedoucí práce: Mgr., Bc. Karel D. Riegel, Ph.D.

Oponent práce: prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D.

Název diplomové práce: Role motivace k pohybové aktivitě v léčbě závislostí

Abstrakt diplomové práce:

Motivace ke zdravému návyku v podobě pohybové aktivity může být u pacientů usilujících o abstinenci výhodná. Pohybová aktivita bývá součástí léčebného programu a může zlepšit celkovou prognózu léčby. Dokáže zlepšit psychiku jedince a bránit potenciálně škodlivým zlovykům, které jsou spojeny s užíváním návykových látek. Cílem studie bylo zjistit motivaci pacientů k pohybové aktivitě během tříměsíční léčby na Klinice adiktologie. Výzkumný soubor tvořilo celkem 72 pacientů, kteří absolvovali základní 3měsíční ústavní léčbu. K získání dat byly využity následující nástroje: 1) dotazník motivace ke cvičení (BREQ-2) a Osobnostní inventář pro DSM-5 (PID-5); 2) data z antropometrie; 3) data z měření tělesného složení pomocí „InBody 230“; 4) data z tréninkových deníků. Dle výsledků se 72 % pacientů léčilo se závislostí na alkoholu. Byly prokázány výborné hodnoty vnitřní konzistence aspektů PID-5 a uspokojivé až dobré hodnoty vnitřní konzistence BREQ-2 na úrovni položek. Signifikantní korelace aspektů PID-5 a oblastí BREQ-2 potvrzují kriteriální validitu z hlediska měření motivace. Druh motivace signifikantně variuje v závislosti na druhu a hloubce osobnostní psychopatologie. Míra amotivace/vnitřní motivace nutně neodpovídá hloubce osobnostní psychopatologie. U žen došlo ke snížení hmotnosti, redukci tukové tkáně a přírůstku svalové tkáně. Dále u nich byla prokázána redukce obvodu pasu. U mužů došlo naopak ke zvýšení hmotnosti, k redukci tukové tkáně a přírůstku svalové tkáně, dále byla prokázána redukce obvodu pasu a boků. Mezi limity studie patřil malý počet respondentů v somatometrii a vysoký drop-out, nízká účast žen v porovnání s muži 1:3 a nedostatečné vyplnění či ztráta tréninkového deníku.

Klíčová slova: pohybová aktivita, závislost, léčba, motivace

Title of diploma thesis: Role of Motivation for Physical Activity in Treatment of Addictions

Abstract:

Motivation for a healthy habit in the form of physical activity may be beneficial for patients seeking abstinence. Physical activity take part of the treatment program and can improve the overall prognosis of treatment. It can improve an individual's psyche and prevent potentially harmful habits associated with drug abuse. The aim of this study was to determine the motivation of patients for physical activity during three-month treatment at the Department of Addictology in Prague. The research group consisted of 72 patients in standard 3-months inpatient treatment. Following measures were used for data collection: 1) Behavioural Regulation in Exercise Questionnaire (BREQ-2) and Personality Inventory for DSM-5 (PID-5); 2) anthropometrics; 3) body composition data from "InBody 230"; 4) training diaries. According to the results, 72 % of patients were treated with alcohol dependence. Excellent internal consistency values of the PID-5 facets and satisfactory to good internal consistency values of BREQ-2 on the item level were obtained. Significant correlations of the PID-5 facets and domains of the BREQ-2 confirm criterion validity in terms of motivation. Type of motivation significantly varies according type and degree of personality psychopathology. The degree of amotivation/ intrinsic motivation does not necessarily correspond to the depth of personality psychopathology. Weight loss, fat mass loss and increased muscle mass were obtained within women, as well as reduction of their waist circumference. On the contrary, men demonstrated increased weight, reduced fat mass and increased muscle mass, as well as reduced waist and hip circumference. Limits of the study pointed to a small sample joined in somatometry and high drop-out, low female participation in comparison to men 1:3 and insufficient filling or loss of the training diary.

Key words: physical activity, addiction, treatment, motivation

OBSAH

ÚVOD	1
TEORETICKÁ ČÁST	3
1 Závislost	3
1.1 Látkové závislosti.....	3
1.2 Nelátkové závislosti	5
1.3 Epidemiologie	6
1.4 Léčba závislosti.....	7
1.5 Prevence relapsu.....	8
1.6 Systém péče.....	9
2 Psychiatrická komorbidita u závislých jedinců	10
3 Motivace	11
4 Pohybová aktivita	13
4.1 Výhody PA.....	14
4.2 Nevýhody PA.....	17
5 Motivace osob se závislostí k PA.....	17
EMPIRICKÁ ČÁST	21
6 Výzkumný design.....	21
6.1 Výzkumný cíl.....	21
6.2 Výzkumné otázky.....	21
6.3 Výzkumné hypotézy.....	21
7 Realizace studie	21
7.1 Použité nástroje	21
7.1.1 Osobnostní inventář pro DSM-5 (PID 5)	21
7.1.2 Dotazník BREQ-2	22
7.1.3 InBody 230	22
7.1.4 Antropometrie	23
7.1.5 Tréninkový deník	23
7.2 Výzkumný soubor	23
7.3 Sběr dat.....	24
8 Etická klausule.....	24
9 Procedura a statistické analýzy.....	25
10 Výsledky	25

10.1	Demografické statistiky.....	25
10.2	Somatometrie.....	27
10.2.1	InBody.....	27
10.2.2	Antropometrie.....	29
10.2.3	Tréninkový deník.....	30
10.3	Psychometrie.....	31
10.3.1	Koeficient reliability alfa emočních aspektů PID-5.....	31
10.3.2	Koeficient reliability alfa jednotlivých položek BREQ-2.....	32
10.3.3	Projekce hlavních komponent – PID-5.....	33
10.3.4	Projekce hlavních komponent – BREQ-2.....	33
10.3.5	PLS regrese PID-5 a BREQ-2.....	34
10.3.6	Hodnoty regresních koeficientů PID-5.....	35
10.3.7	Hodnoty regresních koeficientů BREQ-2.....	36
11	Diskuze.....	37
12	Limity.....	41
13	Závěr.....	42
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	43
	SEZNAM TABULEK, OBRÁZKŮ A GRAFŮ.....	45
	SEZNAM LITERATURY.....	46

ÚVOD

Pohybová aktivita (PA) bývá nedílnou součástí většiny léčebných programů pro závislé a motivace k ní patří mezi faktory, které mohou výrazně ovlivnit průběh i prognózu léčby. Dle Nešpora (2010) je za překonané považovat představy o tom, že závislého je třeba nechat padnout až na dno. Dříve se totiž předpokládalo, že teprve to vytvoří dostatečnou motivaci ke změně. Dno ale v případě návykových nemocí může znamenat vážné a ireverzibilní škody. V každém případě je na každém jedinci, zdali podstoupí léčbu a bude se snažit o střízlivost. Někdo léčbu podstoupí např. kvůli své rodině, socio-ekonomickým problémům nebo zdravotním komplikacím, které s sebou užívání návykových látek (NL) přináší.

Během ústavní léčby mají pacienti stanovený denní program. V rámci programu plní mnoho úkolů, mezi něž patří provádění různých druhů PA, např. posilování, běhání, nordic-walking, nohejbal, volejbal, fotbal, tenis či ping-pong. V průběhu léčby pacienty provází různé myšlenky, které v jedinci mohou evokovat touhu po návratu k droze. Člověk se učí s těmito myšlenkami pracovat a vynalézat metody, které ho přesvědčí o benefitu vytrvání v abstinenci. Dle studie Taylora et al. (1985), pokud má jakýkoli program mít úspěch a přinést významnou změnu do života, je potřeba mu vyčlenit dostatek času, eventuálně si najít přátele, kteří sdílí stejné záliby. To může dále podpořit rozvoj kognitivních funkcí, které zlepšují plasticitu mozku. Pozitivní účinky PA a současná socializace jedince jsou prokázanými protektivními faktory bránícími poruchám mozkové činnosti.

Dá se užívání NL nahradit např. prováděním PA? Inspirovala mne kniha Úsměvy smutných mužů od Josefa Formánka, kde hlavní hrdina alkoholik začne v průběhu léčby běhat. Stanoví si cíl po ukončení léčby uběhnout maratón. Tato motivace ho provází během léčby a postupně přestává myslet na návrat k alkoholu.

Vykonávání PA je součástí zdravého životního stylu. PA má primární a sekundární účinky. Mezi primární řadíme prevenci vzniku psychických onemocnění a mezi sekundární řadíme opatření, která vedou k celkovému zlepšení života psychicky nemocných. PA má pozitivní účinky na psychiku, může zmírnit depresi, zlepšuje celkový sebeobraz, sociální dovednosti, kognitivní funkce, snižuje míru stresu, může zvýšit soběstačnost během abstinence, zlepšuje náladu, snižuje craving atd. Může mít podobné účinky jako užívání NL. Při provádění PA také dochází k vytváření fyziologické odpovědi na stres skrze snížení svalového tonu, krevního tlaku, kožní vodivosti atd. Ve studii Sinyore et al. (1982) byla u jedinců provádějících PA během léčby potvrzena abstinence i po 3 měsících od ukončení léčby a dále u nich došlo ke změnám v jejich sebeobrazu. PA také způsobila snížení agrese a dlouhodobé zvýšení tolerance k frustraci. Na rozdíl od závislosti na NL je PA v určitých mezích brána jako „low-cost“ substitute NL. PA vyžaduje minimální provozní náklady a zajišťuje snadnou integraci do každodenního života. V mnoha případech je pro vykonávání PA nezbytné pouze malé množství speciálního vybavení. Prostřednictvím PA by mohlo docházet k rozvoji strategií, bránících potenciálně škodlivým zlovykům spojených s užíváním NL. PA může pacientům přinášet něco příjemného, aneb slovy M. Tyrše „V zdravém těle, zdravý duch“.

Závislost na návykových látkách mnohdy vzniká velmi nenápadně a plíživě občasným užíváním vedoucím k navození dobré nálady. Je důležité si uvědomit, kdy již mluvíme o závislosti. Dle Národního výzkumu užívání NL, provedeného v roce 2016, kterého se zúčastnilo celkem 3601 respondentů ve věku od 15-64 let, užívalo v posledních 12 měsících alkohol 82,3 % respondentů a psychoaktivní léky 17,3 % dotázaných. Výskyt užívání nelegálních drog byl velmi nízký, s výjimkou konopných látek, které užílo 5,5 % dotázaných. V porovnání s rokem 2012 se zvýšilo procento respondentů, kteří pravidelnou konzumaci alkoholu vnímají jako velmi rizikovou, a naopak se snížilo procento respondentů, kteří považují za rizikové experimentování s nelegálními drogami (drogy-info, 2016). Ve chvíli, kdy člověk začne být na NL psychicky a fyzicky závislý, přináší dlouhodobé užívání jedinci mnoho negativních dopadů. Pokud se závislý rozhodne podstoupit léčbu, záleží na mnoha faktorech, zdali léčbu dokončí.

Dosud neexistují metodologicky přesvědčivé studie k ověření dlouhodobých přínosů PA v oblasti prevence a léčby závislosti. Tato práce byla koncipovaná jako pilotní studie, na které jsem chtěla ukázat, jakou roli sehraje motivace k PA v léčbě pacientů na Klinice adiktologie (KAD). Dalším cílem bylo vytvořit průměrnou postavu muže a ženy léčící se na KAD, zjistit jejich tělesné složení na začátku, uprostřed a na konci základní tříměsíční léčby. Díky psychologickému dotazníku byla zohledňována eventuální přidružená duševní onemocnění pacientů.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Závislost

Bio-psycho-sociální model definuje závislost jako souhrn mechanismů, v nichž hraje roli několik faktorů. Jsou jimi faktory prostředí, vnitřní nastavení a rysy jedince. Tyto faktory na sebe vzájemně působí a vytvářejí vědomou i nevědomou motivaci, která má za cíl vyhledávat potěšení a uspokojení či naopak se snaží vyhnout nepříjemným stavům (West in Kalina, 2015).

Rozlišujeme zvyk, návyk a závislost. Dle Ottova slovníku naučného zvykem označujeme určitý vzorec chování, který se opakuje. Je tvořen zmechanizovanými procesy, které se v lidech tvořily již od počátku jejich života. Jedná se tedy o naučený způsob chování (Otto, 1908). Zatímco o návyku mluvíme tehdy, pokud droga nabývá na významu a nekontrolovaným způsobem zaujímá prostor v prožitcích člověka a utváření jeho dne. Společným znakem všech návyků je mechanismus odměňování sebe sama, kdy dochází k potlačení nepříjemných stavů a jejich nahrazování příjemnými pocity. Návyky jsou tvořené vlastní vůlí, zatímco závislost je tvořena nutkavými pocity, až abstinencií příznaky, které vedou jedince opakovaně k tomu, aby pokračoval v rizikovém chování (Treec in Göhlert, Kühn, 2011). Závislosti na NL jsou řazeny mezi multifaktoriální chronická relabující onemocnění CNS. Dlouhodobé užívání NL způsobuje změny v mozku i v chování (Crews, Vetreno; Koob, Wolkow; Hyman, Malenka, & Nestler in Kalina, 2015). Závislosti dělíme na látkové a nelátkové.

1.1 Látkové závislosti

Látková závislost je závislost na konkrétní substanci. Dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) jsou závislosti definovány jako „duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek“ (ÚZIS, 2018).

Psychoaktivní látky mají dvě vlastnosti. Zaprvé mají psychotropní účinek, tj. mění naše prožívání. Zadruhé mají potenciál k závislosti v případě dlouhodobého užívání a může tak dojít ke ztrátě kontroly nad jejich užíváním (Minařík, Kmoch in Kalina, 2015).

Dle MKN-10 se diagnóza závislosti na NL stanoví v případě, pokud jedinec disponuje alespoň třemi následujícími jevy:

1. Klíčovou popisnou charakteristikou syndromu je silná touha nebo pocit puzení (craving) užívat látku; pojem „craving“ znamená silnou touhu po psychoaktivní látce nebo pocit puzení tuto drogu užít (Kalina, 2001);
2. Potíže v sebeovládání při užívání látky, pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky;
3. Somatický odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky;
4. Průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolanými nižšími dávkami;

5. Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku;
6. Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků, tj. somatické či psychické poruchy (ÚZIS, 2018).

MKN-10 rozlišuje deset skupin, které charakterizují poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním: F.10 (alkoholu), F.11 (opioidů), F.12 (kanabinoidů), F.13 (sedativ či hypnotik), F.14 (kokainu), F.15 (jiných stimulantů včetně kofeinu), F.16 (halucinogenů), F.17 (tabáku), F.18 (prchavých rozpouštědel) a F.19 (více drog a psychoaktivních látek; ÚZIS, 2018). Psychoaktivní látky lze rozdělit dle účinku na psychiku na tlumivé látky, psychomotorická stimulantia a halucinogeny.

A) Tlumivé látky (narkotika)

Tyto látky zpomalují psychomotorické tempo. Malé dávky zklidní, zatímco vyšší dávky navodí spánek, kóma až zástavu životních funkcí. Příkladem těchto látek jsou benzodiazepiny, alkohol či opiáty. Benzodiazepiny patří v České republice (ČR) mezi nejvíce předepisovaná psychofarmaka, mnohdy jsou v rozporu s doporučením předepisovaná dlouhodobě v nejasné indikaci. Způsob aplikace je perorální. Dlouhodobé užívání benzodiazepinů vede k rozvoji psychické i fyzické závislosti (Minařík, Kmoch in Kalina, 2015). Alkohol chemicky ethylalkohol, vzniká chemickým procesem kvašení ze sacharidů. Pravidelná denní konzumace alkoholu v dávkách vyšších než 18g u žen a 20g u mužů s sebou nese riziko návyku a posléze závislosti. V průmyslově vyspělých zemích představují lidé závislí na alkoholu 30-40 % celkového počtu pacientů v psychiatrických lůžkových zařízeních (Popov in Kalina, 2015). Mezi opiáty jsou řazeny např.: heroin, chemicky jde o diacetylmorfin, který patří mezi polysyntetické deriváty morfinu. Celosvětově je nejrozšířenější drogou této skupiny. Nejčastěji se aplikuje intravenózně. Na heroinu vzniká závislost psychická i fyzická (Minařík in Kalina, 2015).

B) Psychomotorická stimulantia

Tyto látky naopak člověka aktivují, zbaví ho únavy a urychlují myšlenkové tempo. Do této skupiny patří např.: pervitin či kokain. Pervitin neboli metamfetamin je z nelegálních drog s vysokým potenciálem pro závislost v ČR nejrozšířenější. Aplikuje se perorálně, šňupáním (sniffingem) či intravenózně. Vyvolává psychickou závislost. Kokain je alkaloid jihoamerického keře koky pravé. Ve střední Evropě patří spíše mezi okrajové drogy, i když jsou i v ČR známky jeho zvýšeného užívání v určitých spíše finančně privilegovaných skupinách. Nejčastěji se užívá sniffingem. Vzniká na něm, stejně jako na pervitinu, psychická závislost (Minařík in Kalina, 2015).

C) Halucinogeny

Vyvolávají halucinace, tj. změny vnímání od pouhého zostření až po stavy podobné schizofrenii. Typickým příkladem je např. LSD či psylocibin (Minařík, Kmoch in Kalina, 2015). LSD je v ČR na trhu dostupný ve formě tzv. tripů či krystalů. Způsob aplikace této drogy je perorální. Účinnou látkou je diethylamid kyseliny lysergové. Psylocibin je látka

obsažená v houbách rodu Lysohlávek. Účinky LSD a psylocybinu jsou podobné. Po užití se vyskytují iluze a pseudohalucinace. Může se objevit depersonalizace a derealizace. Tyto látky nevyvolávají závislost (Miovský in Kalina, 2003).

1.2 Nelátkové závislosti

Hlavním podnětem nelátkové (behaviorální) závislosti je pocit, který přináší příslušná akce (Grant et al., 2010). Do nelátkových závislostí řadíme např. patologické hráčství (gambling) či například závislost na sportu. Patologické hráčství je dle MKN-10 zařazeno k tzv. „návykovým a impulzivním poruchám“ (Nešpor, 1999). Návykové a impulzivní poruchy jsou definovány neschopností odolat impulzu, puzení nebo nutkání k jednání, které nemá žádnou jasnou racionální motivaci, navíc takovou osobu poškozuje, případně poškozuje jiné osoby (ÚZIS, 2018). Závislostní chování může být spojené s moderními trendy životního stylu. Jedinec může být neustále nespokojený s tím, jak vypadá a snaží se to změnit, např. začne propadat poruchám příjmu potravy (PPP) či závislosti na sportu.

A) Patologické hráčství (gambling)

Porucha se projevuje častými epizodami hráčství, které převládají na úkor sociálních, materiálních, rodinných a pracovních hodnot a závazků. Může docházet ke ztrátě zaměstnání, k zadlužení a k páchání trestní činnosti. Převládá intenzivní puzení ke hře, kterému lze těžko odolat. Patologický hráč disponuje trvale opakujícím se hráčstvím, které pokračuje a často vzrůstá přes nepříznivé sociální důsledky, tj. dochází ke zchudnutí, narušení rodinných vztahů či k rozkolu osobního života. Z některých výše jmenovaných znaků je viditelná nápadná podobnost s příznaky závislosti (Nešpor, 1999).

B) Závislost na sportu

Závislost na sportu bývá spojována se závislostmi jinými, např. se závislosti na nikotinu, alkoholu, nelegálních drogách či s poruchami příjmu potravy (PPP). Stav, kdy v rámci sportování dochází k extrémnímu úbytku váhy se nazývá Anorexie Athletica (Freimuth et al., 2011). Závislost na sportu můžeme dělit na primární a sekundární. Primární závislost není spojena s PPP, tzn. jakákoliv ztráta hmotnosti není spojována s účelem spálení kalorií s cílem zvýšit celkový výkon. Na rozdíl od sekundární závislosti na cvičení, která je spojována s PPP. Po cvičení dochází opakovaně ke zvracení, k užití laxativ apod. (Veale in Freimuth et al., 2011). Pokud se jedná o závislost na sportu současně s PPP, hrozí nebezpečí, že léčba bude zaměřena pouze na jednu poruchu. Závislost na sportu bývá většinou skrytá a dochází tak k větší pozornosti na PPP (Bamber et al., 2003). Podle míry zapojení do cvičení rozdělujeme PA do několika fází. První fáze se nazývá rekreační PA, kdy je cílem prožívat potěšení. Motivací může být myšleno zvýšení fyzické zdatnosti v dlouhodobém měřítku. Ve druhé fázi jde již o rizikovou PA. Ve třetí fázi mluvíme o problémové PA, kdy cvičení zasahuje do běžného denního života tím, že jí dáváme přednost např. před zaměstnáním. V poslední fázi již mluvíme o závislosti na PA. Cvičení se stane hlavní složkou našeho života (Freimuth, 2008). Ve spojitosti s poslední zmíněnou fází existuje několik hypotéz, proč je PA prováděna. Jsou známy následující hypotézy: termogenní, katecholaminní a endorfinová.

Termogenní hypotéza definuje snížení úzkosti pomocí zvýšení tělesné teploty při provádění PA. Snížení úzkosti je spojené se zvýšenou teplotou v určitých oblastech mozku. Katecholaminní hypotéza je založená na postupném uvolňování katecholaminů během PA, které ovlivňují náladu a pozornost. Endorfinová hypotéza uvádí, že při pravidelném cvičení dochází ke zvýšení produkce endorfinů, tj. přírodních opiátů, které se objevují přirozeně v těle. Pokud jedinec přestane cvičit, produkce endorfinů se sníží, proto dochází k opakovanému návratu k PA, aby došlo k vytvoření dostatečné hladiny těchto látek (Griffiths, 1997). O závislosti na sportu mluvíme tehdy, pokud jsou přítomna následující kritéria:

1. Průkaz tolerance (zvyšování frekvence PA pro dosažení požadovaného efektu);
2. Odvykací stav (nepříjemné stavy jako je úzkost, podrážděnost, neklid apod., které jedinec zažívá při nepřítomnosti PA);
3. Nedostatek sebekontroly (neúspěšné pokusy snižovat frekvenci PA);
4. Následky (nelze dodržovat dříve zaběhlý způsob života v důsledku množství času věnovaného PA);
5. Čas (mnoho času stráveného přípravou, vykonáním a zotavováním se z proběhlé PA);
6. Omezení dalších aktivit (snížení až úplné vynechání jiných aktivit);
7. Pokračování v PA (i přes uvědomění psychických, sociálních a somatických důsledků; Freimuth et al., 2011).

1.3 Epidemiologie

V tabulce č. 1 je znázorněný absolutní počet hospitalizovaných v ČR v kategorii V.: „Poruchy duševní a poruchy chování“ dle MKN-10 v časovém období od roku 2007 do 2017. V roce 2007 tvořil počet hospitalizovaných celkem 32500. V roce 2014 byl zaznamenán nejvyšší počet hospitalizovaných v této kategorii, tj. 35708. Od té doby počet pacientů opět klesá. V roce 2017 bylo zaznamenáno o 3208 pacientů více ve srovnání s rokem 2007 (ÚZIS, 2017).

Dle MKN-10	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
V.P.d+ch	32500	33518	35905	36723	36405	36169	35141	37091	36188	36330	35708

Pozn.: V.P.d+ch = Kategorie V. Poruchy duševní a poruchy chování

Tabulka č. 2 udává počet hospitalizovaných dle typu diagnózy v roce 2017. Celkem 7787 pacientů se léčilo se závislostí na alkoholu (F10). Tito jedinci byli hospitalizováni v průměru 4,7 dne a jejich průměrný věk byl 42,5 let. Počet hospitalizovaných se závislostmi na jiných NL byl poměrně nižší, celkem 2866 pacientů, kteří byli hospitalizováni v průměru 6,4 dne a jejich průměrný věk činil 34,8 let.

Tabulka 2: Počet hospitalizovaných dle typu dg v r 2017 (ÚZIS, 2017)					
MKN-10	Skupiny diagnóz	Počet hospitalizovaných		Průměrná ošetrovací doba	Průměrný věk
		absolutní	na 100000 obyvatel		
V.P.d+ch	F10	7787	73,7	4,7	42,5
	F11-F19	2866	27,1	6,4	34,8

Pozn.: V.P.d+ch = Kategorie V. Poruchy duševní a poruchy chování

Dle Národního monitorovacího střediska (NMS) se přibližně 1,6 milionů osob v ČR nachází v riziku vzniku problémů spojených s alkoholem, z toho 900 tisíc ve vysokém riziku. V dospělé populaci je možno odhadnout počet uživatelů konopí ve vysokém riziku vzniku problémů spojených s užíváním na 125 tisíc osob. Hlavní problémovou nelegální drogou v ČR je pervitin, z opioidů se jedná o buprenorfin a heroin, ale i o opioidní analgetika, např. fentanyl či morfin. Běžné je současné užívání více drog. Průměrný věk problémových uživatelů roste, ženy tvoří přibližně 30 %. V ambulantních a lůžkových psychiatrických zařízeních převažují uživatelé alkoholu, ale vysoký je podíl také uživatelů pervitinu, opioidů, polyvalentních uživatelů nebo uživatelů sedativ a hypnotik (drogy-info, 2016).

1.4 Léčba závislosti

V ČR je vytvořený ucelený systém péče pro uživatele NL. Vývoj se odvíjel od akutních potřeb klientů (Těmínová in Kalina, 2008). Systém pro péči uživatelů NL by měl splňovat kvalitativní i kvantitativní kritéria. Kvalitativní kritéria zahrnují komplexnost, provázanost a efektivitu. Do kvantitativních lze řadit rozsah systému péče a dostupnost (Bém in Kalina, 2003). U léčby závislosti se musí počítat s tím, že jde o dlouhodobý proces. Během léčby se klade důraz na multidisciplinární přístup. Na pacienta by se mělo hledět jak po stránce psychické, tak fyzické (Brown et al., 2010).

Moderní terapeutický koncept je definován následujícími charakteristikami:

- Včasný začátek léčby – musíme využít všech dostupných prostředků, jak zachytit závislé co nejdříve po objevení prvních problémů nebo po novém relapsu.
- Individualizovaný přístup – závislí jsou různorodí a jejich problémy nemohou být ošetřeny stejným způsobem. Pro práci s touto klientelou je potřeba mít diagnostické a terapeutické znalosti a dovednosti.
- Podpora motivace – není důležité pouze získání motivace k léčbě, ale i udržování motivace k vytrvání a ke změně životního stylu. Terapeuté musí ovládat počáteční i průběžné intervence, které posilují motivaci jako integrální součást léčby.
- Prevence relapsu – v terapeutickém procesu je nutné se na ni aktivně zaměřit a nepokládat ji za selhání, ale přijímat ji jako výzvu k učení.

- Zúžitkování nedobrovolného léčení – i nedobrovolná léčba může mít smysl, je i na terapeutovi, zdali pomůže klientovi udržet se v léčbě.
- Zhodnocení léčebného kontinua – je dobré využít účinných faktorů kontinua, tj. přípravné poradenství – léčba – následná péče, stejně jako opakovacích nebo navazujících léčeb různého typu. I částečné dosažení cílů může být bráno jako účinné.
- Postupné terapeutické cíle pro redukci rizika – je v rukách především terapeutů, zdali klientům poskytnou dostatečnou péči, která by snížila poškození a iniciovala motivaci závislého (Kalina, 2000).

Léčba by měla být levná a měla by být schopna uspokojit potřeby závislých jedinců. Léčebný přístup by měl být orientovaný na pacienta, tj. s přihlédnutím na pacientovy preference, potřeby a možnosti rozhodovat se o další léčbě. Pokud toto není zahrnuté do léčby, pacient ztrácí motivaci dále pokračovat (Laine, Davidoff, 1996). Během léčby by se měl klást důraz na její intenzitu a obsah. Intenzivní terapeutická práce s klientem vede k řešení psychologických, vztahových a sociálních problémů a k rychlejšímu dosažení léčebných cílů, tj. oblastí důležitých pro změnu životního stylu. V rámci obsahu léčby se jedná o tzv. rozšíření terapeutického pole, kdy ohniskem léčby není pouze závislost na NL a abstinence, ale také jevy, pokládané za nežádoucí komplikace léčby. Mezi jevy řadíme psychosociální nezralost, tj. nesplnění určitých vývojových stadií, nedostatečnou motivaci, vypadnutí z léčby, craving a relaps nebo další psychologické problémy klientů, např. deprese, úzkosti, vztahovačnost, hraniční a jiné poruchy osobnosti apod. I s těmito jevy je důležité pracovat. Dále je důležité využívat léčebného kontinua, které má pro dosažení a udržení výsledku léčby větší význam než délka léčebného programu. Doléčování hraje nepostradatelnou roli pro udržení léčebného efektu. Snižuje riziko relapsu a usnadňuje sociální integraci (Kalina, 2000).

1.5 Prevence relapsu

Překážkou v léčbě závislého mohou být tzv. vysoce rizikové situace, které ohrožují sebekontrolu jedince. Existují tři základní skupiny těchto situací: negativní emoční stavy (vztek, frustrace, úzkost, deprese či nuda), interpersonální konflikty (negativní konfliktní vztahy s přáteli, s členy rodiny či v zaměstnání), sociální tlak (setkání s drogovým známým či přítomnost v prostředí, kde se užívají drogy). Dále sem můžeme řadit např. dlouhodobé bolesti (Marlatt, Donovan, 2005).

U závislých pacientů je často evidována vysoká četnost tzv. vypadnutí z léčby (drop-out), ať už jde o spontánní odchody či o vyloučení pro porušování pravidel. Léčebný program leckdy nemusí být konstruován tak, aby umožnil problematičtějším klientům, aby se do léčby zapojili, vytrvali v ní a obstáli. Terapeuti někdy nemají dostatek dovedností, které jsou potřebné k řešení individuálních problémů, které představují riziko drop-out, jako jsou např.: nedostatečná motivace, psychosociální nezralost, nízká sebedůvěra, silná touha po užití drogy a osobnostní a psychologické komplikace (Kalina, 2000).

Pokud jedinec nevydrží abstinovat a vrátí se k NL, mluvíme o tzv. recidivě či relapsu. Při recidivě dochází k návratu k nemoci, která již byla vyléčena nebo u ní zmizely příznaky (Vokurka, 1995). U vzniku recidivy je jakékoliv užití obnovením onemocnění (Wanigaratne et al., 1990). Porušení abstinence je považováno za selhání a zmaření dosavadního úsilí (Kuda in Kalina, 2008). Relaps je stav, kdy se jedinec navrátí k pití nebo k užívání jiných drog po období abstinence. Bývá doprovázený návratem příznaků závislosti. Za klíčový indikátor posuzování stupně závislosti patří rychlost, se kterou se příznaky závislosti vrátí. Relaps bývá spojený se stavy deprese, pocitů viny či hněvu (Kalina et al., 2001). Je popisován jako nejběžnější výsledek intervencí u závislého chování (Wanigaratne et al., 1990; Kuda in Kalina, 2000).

Prevence relapsu je stěžejní pro udržení pacientů v léčbě. Jde o program pro udržení navozených změn. Jedná se o fázi po ukončení základní léčby. Prevenci relapsu lze ale integrovat již do základní léčby. Program je upraven tak, aby odpovídal celkovému přístupu v daném léčebném programu (Kuda in Kalina, 2008). Intervenční strategie programu prevence relapsu lze rozdělit do následujících kategorií: hodnotící postupy, postupy ke zvýšení uvědomění, nácvik dovedností, kognitivní strategie a intervence k životnímu stylu (Wanigaratne et al., 1990). Bylo identifikováno pět základních oblastí, které by se měly podílet na zdravém životním stylu: povědomí o zdravém stravování, o tělesné zdatnosti, o zvládání stresu, o přizpůsobení se danému prostředí a o sebedůvěře (Bartha, Davis, 1982). V praxi pro klienta prevence relapsu znamená: vybavit dotyčného dovednostmi, vyhnout se rizikovým situacím anebo je zvládnout, pokud by došlo k „uklouznutí“ (lapsu), vybavit osobu dovednostmi a strategiemi, jak se vyhnout tomu, aby se relaps plně nerozvinul a zvýšit klientovi pocit vlastní účinnosti (Wanigaratne, 1990). Cíle globální změny životního stylu mohou být následující: identifikovat v životním stylu zdroje stresu, identifikovat a změnit nezdravé vzorce, objevit pozitivní aktivity a začít se jim věnovat, naučit se efektivněji rozvrhnout čas, dospět k „umírněnému“ životnímu stylu. Je důležité přenést zdravé návyky do procesu doléčování po ukončení léčby prostřednictvím zvyšování klientova sebeuvědomění a výuky kognitivních a behaviorálních dovedností (Kuda in Kalina, 2008).

1.6 Systém péče

Léčba závislosti

Mezi možnosti péče o klienty užívající NL řadíme: terénní programy, nízkoprahová a kontaktní centra, detoxifikační jednotky, substituční léčbu, ambulantní léčbu, denní stacionáře, střednědobou ústavní léčbu, terapeutické komunity, doléčovací programy a ostatní zařízení a služby (Těmínová in Kalina, 2003). Pro účely této práce dále charakterizují střednědobou ústavní léčbu.

Střednědobou ústavní léčbou rozumíme rezidenční léčbu ve zdravotnických zařízeních, tj. v psychiatrických léčebnách či na odděleních pro léčbu závislosti. Léčba trvá 3-6 měsíců. Zařízení využívají řadu prvků z terapeutických komunit, např. režim a pravidla, skupinovou

psychoterapii, komunitní setkání či trénink odpovědnosti. Cílovou populaci tvoří uživatelé NL se syndromem závislosti. Léčba je zpravidla dobrovolná a předchází jí absolvování detoxifikace, ale může se jednat i ochrannou ústavní léčbu. Cílem ústavní léčby je změna životního stylu pacienta, jehož součástí je abstinence od NL. Tým je tvořen lékaři, zdravotními sestrami, klinickými psychology, event. psychoterapeuty, sociálními pracovníky a pracovními terapeuty. Vzhledem k délce a charakteristice programu jsou uváděné následující cíle: stabilizace sekundárních problémů spojených se závislostí, vybudování náhledu, řešení důsledků drogové kariéry, přebudování motivace (z vnější na vnitřní), zvnitřnění abstinencních norem a běžných norem chování, identifikace rizik relapsu a nalezení strategie minimalizace těchto rizik, změna sebepojetí a zlepšení prožívání (Těmínová in Kalina, 2003). Základní model léčby vychází ze Skálova či tzv. Apolinářského modelu (Skála, 1987).

Mezi používané metody v ústavní péči patří strukturovaný program (během týdne se vystřídají všechny části komplexního programu), režim a pravidla (možnost zvnitřnění pravidel, odměn, sankcí), léčebné společenství (bezpečné a podnětné prostředí), komunitní setkání (řešení důležitých problémů léčby), skupinové a individuální psychoterapie, rodinná a partnerská terapie a poradenství (úprava vztahů a vytvoření podpůrného rodinného prostředí), pracovní terapie (zajištění chodu zařízení), volnočasové aktivity, sport. V ČR existuje 12 zařízení, které poskytují ústavní léčbu. Mezi ně patří také Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. Ústavní léčba je indikovaná tam, kde existují překážky v léčbě ambulantní. Již řadu let jsou ústavní zařízení přetížená a na léčbu se čeká, ačkoliv je prokázáno, že zkrácení indikačního a přijímacího procesu u klientů, kteří se chtějí dobrovolně léčit, zlepšuje počet skutečných nástupů do léčby a působí jako prevence časných odchodů z léčby (Kalina, 2000). Klinika adiktologie vznikla v roce 1948, tehdy ještě v podobě protialkoholního oddělení pod vedením doc. MUDr. Jaroslava Skály, CSc. Ten během svého působení vypracoval komplexní program pro léčbu závislostí. V roce 1951 inicioval založení záchytné stanice, která byla prvním zařízením svého druhu v ČSR. Velkou roli v životě docenta Skály hrál sport. I ve svých léčebných metodách využíval sportu. Klinika adiktologie v dnešní podobě zahrnuje 10 pracovišť, zahrnujících specializované ambulance, centra, poradny a lůžková oddělení (Běláčková in adiktologie, 2012), přičemž se zaměřuje jak na léčbu látkových, tak nelátkových závislostí.

2 Psychiatrická komorbidita u závislých jedinců

Psychiatrickou komorbiditou rozumíme společný výskyt dvou diagnostikovatelných psychických poruch spojených s užíváním drog, tedy výskyt dvou a více symptomů nebo psychických poruch u jednoho jedince. Termín duální diagnóza je užíván k identifikaci užšího vztahu mezi dvěma onemocněními a vyjadřuje určitou etiologickou souvislost daných onemocnění či poruch (Williams, Cohen, 2000). Přidružené psychické poruchy mohou závažným způsobem komplikovat léčbu závislostí a mohou vést ke zvýšené míře pracovní neschopnosti. Standardní terapeutické intervence často na tuto klientelu nemají velký efekt (Benkovič et al., 2012). Při chybném určení etiologie může být celý léčebný plán chybně nastaven a vést k neúspěchu a ztrátě motivace pacienta, případně i k jeho poškození.

Z hlediska etiologie existují dva typy komorbidních uživatelů drog. První typ tvoří psychiatricky nemocní mimo skupinu F.10 až F.19, kteří začnou nekontrolovaně užívat NL v důsledku potíží spojených s primárním onemocněním. S tímto modelem se setkáváme např. u úzkostných a depresivních poruch v kombinaci s alkoholem nebo sedativy. Druhý typ znázorňuje opačnou situaci, kdy masivní užívání NL může vest k organickým poškozením doprovázeným většími či menšími kognitivními deficity (Miovská et al. in Kalina, 2008). V Evropě se odhaduje, že 30-50 % psychiatrických pacientů současně trpí duševním onemocněním a užívá NL, a to zejména alkohol, sedativa a konopné drogy (EMCDDA, 2004). Prostřednictvím sekundární analýzy údajů ÚZIS z celkového počtu 15 118 uživatelů drog hospitalizovaných v psychiatrických lůžkových zařízeních bylo pouze u 6,1 % uživatelů diagnostikováno další duševní onemocnění. Tento nízký podíl může být zapříčiněn malou pozorností k této problematice (Miovská et al., 2006).

Poruchy příjmu potravy (PPP)

Do PPP řadíme především mentální anorexii, mentální bulimii a psychogenní přejídání. Mentální anorexie (anorexia nervosa) se projevuje odmítáním nebo neschopností udržet zdravou, normální váhu. Představa nárůstu váhy nemocné děsí. Dochází k poruše vnímání vlastního těla. Zhruba polovina pacientů kombinuje omezení příjmu potravy s nadměrným, nepřiměřeným cvičením. U anorexie je udávána hmotnost pod 17,5 indexu tělesné hmotnosti (BMI). Druhým typem PPP je mentální bulimie (bulimia nervosa), která se projevuje záchvatovitým přejídáním a následným zvracením, které často bývá spojené s pocitem viny. Jedinci s bulimií mají postavu normální či mají mírnou nadváhu. Výrazná podváha nebo časté zvracení způsobují zdravotní problémy. V kontextu PPP dále rozlišujeme tzv. psychogenní přejídání, které může postupně vést k jiným PPP anebo k obezitě. Takový jedinec se snaží řešit problémy pomocí jídla, které si poté vyčítá. Jsou popsány osobnostní rysy, které zvyšují riziko onemocnění, jako např. potřeba pozornosti a perfekcionismus, potřeba kontroly, nestálost a proměnlivost emocí, puritánství a asketismus, sebetrestající chování, odměna a trest (Papežová, Hanusová, 2012). PPP často mívají pacienti v kombinaci s užíváním NL. Tato komorbidita nezřídka komplikuje diagnostiku, léčbu i výsledky těchto onemocnění (Merlo et al. in Fouladi, 2015). Oba typy onemocnění také prokazují vyšší úmrtnost ve srovnání s obecnou populací a vyšší pravděpodobnost přítomnosti dalších psychických onemocnění (Harris, Barraclough, 1998). PPP a užívání NL také vykazují společné prvky duševních nemocí, jako je impulsivita, problémy se ztrátou kontroly či zvýšené riziko sebedestruktivního chování. Dle studií přibližně 50 % pacientů s PPP jsou závislí na NL ve srovnání s 9 % obecné populace (CASA, 2003). Byla prokázána větší vazba mezi mentální bulimií a závislostí na NL než u mentální anorexie (Calero-Elvira et al., 2009). Nejčastěji užívané látky u pacientů s PPP kromě alkoholu a kouření byly sedativa a marihuana (Fouladi et al., 2015).

3 Motivace

Motivace je definovaná jako proces usměrňování, udržování a energetizace chování nebo jako proces zvýšení či poklesu aktivity jedince. Jedná se o intrapsychický proces, jehož cílem je dosáhnout uspokojení. Motivace má svůj zdroj ve vnitřním a vnějším nastavení jedince.

Vnitřní nastavení vyjadřuje primárně endogenní zdroj motivace. Určité vnější podněty se mohou stát motivujícími, ale jen z podmínky příslušného vnitřního „vyladění“, které je dáno stavem trvalých a aktuálních potřeb člověka (Nakonečný, 1996). Mezi vnitřní motivační činitele patří potřeby, názory, zásady, ideály, postoje, přesvědčení, hodnoty a hodnotová orientace (Smékal, 1989). Za základní zdroje motivace jsou považovány potřeby. Potřeby jsou stavy vyvolané fyziologickým nedostatkem, který má psychologickou odezvu či je vyvolaný prožívaným nedostatkem v lidských vztazích. Potřeby jsou prožívány jako přání, touhy, puzení a vášně. Mají povahu psychických sil směřujících k vnějším cílům (Švancara, 1979). Pokud chceme někoho motivovat, musíme poznat motivy, které se pojí s určitou aktivitou. Motivory jsou subjektivní a mohou se v průběhu času měnit (Sang, 1999). Slovo motiv pochází z lat. *moveo-ere*, které znamená hýbu, *motivus* = hýbající. Jde tedy o pojmenování hnacích sil lidské činnosti, které se nachází v člověku (Smékal, 2002). Motivovat někoho pak znamená podnítit zmíněnou pohnutku (Švancara, 1979).

Příklady dělení motivů:

- Primární a sekundární – mezi primární motivy řadíme instinkty a sklony, které organizují a určují veškeré duševní procesy a chování. Primární motivy jsou nepodmíněné, směřující k přímému uspokojení. Sekundární motivy jsou získané, které se utvářejí v průběhu ontogeneze (Švancara, 1979).
- Nižší a vyšší – hodnocení motivů z hlediska morálního. Motivory směřující k sebepoškozování, proti motivům orientujícím k růstu a rozvíjení osobnosti (Smékal, 1989).

Motivace, jako typ osobnostní dimenze, se vlivem užívání NL zásadně mění poklesem zájmů a ztrátou energie, kterou jedinec potřebuje k růstu. Je jedním ze čtyř faktorů, které rozhodují o úspěšnosti léčby. Mezi další faktory patří: stupeň závislosti, kvalita osobnosti jedince (set) a kvalita jeho okolí včetně sociálního nastavení (setting; Kalina et al., 2001). Tradiční model závislosti popisuje drogové závislého jako motivovaného teprve tehdy, pokud se dotkne svého dna (Kalina, 2003). Relapsům a motivaci pacienta při vstupu do léčby nebyla v tradičním modelu věnovaná velká pozornost. Za popření se považovaly odpor k terapii a špatná spolupráce. V současné době např. popření můžeme považovat za odraz rozdílů mezi terapeutovou a pacientovou definicí problému (Dobiášová et al. in Kalina, 2008). Dosažením motivace dochází k přesunu odpovědnosti za změnu na klienta. Terapeut má za úkol vytvořit takové prostředí, které usnadní vnitřní motivaci ke změně a případně pomůže využít a zvnitřnit motivaci vnější (Miller, Rollnick, 2003). Důležitý je vztah mezi klientem a terapeutem, kdy tzv. terapeutův styl je významný faktor, který se může podílet na tom, jak se klient rozhodne (Rotgers, 1999). Stejně jako klient, tak i terapeut může být motivován napomáhat klientovi uskutečňovat změny nebo je blokovat (Dobiášová, 2001). Posilování motivace lze začlenit do různých forem terapie. Dá se pracovat v malé či velké skupině, při individuální terapii, při rodinné terapii atd. (Nešpor, 2000 a 2003). Práce s motivací může vést klienty s problémy s užíváním drog ke změnám v chování, prožívání a myšlení (Dobiášová et al. in Kalina, 2008), což může mít pozitivní dopad na sebevědomí daného jedince.

Při zkoumání psychiky je dobré soustředit se právě na sebevědomí, které může vést ke změnám v emoční stabilitě a emočního nastavení. Nízké sebevědomí může podnítit vznik psychických onemocnění. Nízká sebeúcta se může projevit i nezdravým životním stylem a zhoršeným sebehodnocením (Fox, 1999). Poruchy psychiky jsou spojené také s myšlenkami na sebevraždu, se sebevražednými pokusy a s dokonanými sebevraždami. Symptomy emočního vypětí, nízké sebeúcty, chybného vnímání sebe sama, chronické úzkosti a stresu často nebývají správně diagnostikovány. Patří však k vysoké poptávce po zdravotní péči a sociálních službách a často souvisí s abúsem NL a s pracovní neschopností. Proto je psychický stav důležitým ukazatelem kvality života (Biddle et al., 2000).

Níže jsou uvedeny biochemické, fyziologické a psychosociální mechanismy, které ovlivňují psychiku:

- a) Biochemické mechanismy – pozitivní účinek endogenních opioidních peptidů v krvi během a po cvičení. Především plazmatické b-endorfiny produkují pocit euforie. Dále norepinefrin snižuje depresivní stavy. Serotonin (5- hydroxytryptamin, 5-HT) má vliv na náladu. Při cvičení dochází ke zvýšení produkce 5-HT v mozku.
- b) Fyziologické mechanismy – změny tělesné konstituce při provádění PA působí na snížení deprese či úzkosti a dochází ke zlepšení nálady a zvýšení sebeúcty. Zvýšená fyzická zdatnost také může hrát významnou roli v motivaci jedince k PA. Termogeneze, tj. zvýšená teplota tělesného jádra, po cvičení způsobuje zvýšení relaxace a zlepšení nálady. Zvýší se průtok krve mozkiem a práce neurotransmiterů.
- c) Psychosociální mechanismy – pravidelná PA může zlepšit vnímání kompetencí jedince a zlepšit sebedůvěru. Obraz těla je spjat se sebeúctou zvláště u ženského pohlaví. Ovlivňuje styl každodenního života, tj. výběr jídla, výběr oblečení, schopnost důvěřovat ostatním lidem a má vliv na náladu. PA umožní zlepšení vnímání sebe sama díky úbytku tukové hmoty a zvýšení svalové hmoty a celkové kondice. Pokud člověk bude začleněn do společenství lidí, zvýší se mu tak i jeho sebeúcta. V důsledku deprese má většinou jedinec sklon ke vzniku sociální izolace. PA může zprostředkovat sociální interakce v podobě účasti na skupinových cvičení, které mohou poskytovat sociální podporu, zvýšit sebeúctu a spokojenost v životě. Je důležité brát ohledy na typ cvičení, tj. na intenzitu, trvání, typologii osobnosti a vnější faktory. Všechny tyto faktory jsou primárně zodpovědné za zlepšení krátkodobé i dlouhodobé duševní pohody (Fox, 1999).

4 Pohybová aktivita

Pohybová aktivita (PA) je definována jako „jakýkoli tělesný pohyb spojený se svalovou kontrakcí, který zvyšuje výdaj energie nad klidovou úroveň“ (MŠMT, 2008). Cvičení je podmnožina pohybové aktivity, která je plánovaná, strukturovaná a opakovaná a má jako konečný nebo přechodný cíl zlepšení nebo udržení fyzické kondice (Corbin, Lindsey, 2005). Doporučení PA závisí na výsledku, kterého chceme intervencí dosáhnout. Klasické doporučení pro zvýšení fyzické kondice je provádět PA 3-4 x týdně, 30-45 minut, na úrovni 60-80 % maximální spotřeby kyslíku (ÚZIS, 2017). Prokazatelný pozitivní vliv PA na tělesné a duševní zdraví má 20 minut denně středně intenzivní PA (Brannon, Feist, 2000).

PA může lidem poskytnout mnohé zdravotní přínosy, jako např.: snížení rizika kardiovaskulárních onemocnění, stabilní úroveň metabolických funkcí a nízkého výskytu diabetu druhého typu, snížení rizika určitých typů rakoviny, udržování motorických funkcí včetně síly a rovnováhy, nižší úroveň stresu, snížení absence v práci, udržování kognitivních funkcí a snížení rizika depresí a demence. Zdravotničtí pracovníci by měli být připraveni poskytovat vhodné poradenství v problematice PA (MŠMT, 2008).

Roslišujeme několik druhů PA:

- Vytrvalostní – cyklické opakování pohybu po dlouhou dobu. Metabolicky se odehrává na střední úrovni, pod anaerobním prahem, tedy za dostatečného množství kyslíku; např. chůze.
- Rychlostní – krátkodobá vysoce intenzivní aktivita. Probíhá v pásmu nad anaerobním prahem, bez přísunu kyslíku; např. běh na 100m.
- Silová – krátkodobá intenzivní aktivita s převažující silovou složkou; např. zvedání činek (ÚZIS, 2017).

4.1 Výhody PA

Mezi výhody řadíme např.: snížení úzkosti, zlepšení nálady, zlepšení sebevědomí, zlepšení spánku, snížení stresu, zlepšení kognitivních funkcí, snížení deprese (Blumenthal et al., 1999). Na léčbu deprese se osvědčilo aerobní a vytrvalostní cvičení. Účinek vzniklý při PA se rovná účinku psychoterapeutických intervencí. PA může také snižovat úzkost při provádění aerobního cvičení, např. při běhu. Pozitivní účinky PA byly zjištěny po zapojení respondentů do několika týdenního cvičebního programu (Fox, 1999).

Snížení deprese prováděním PA byla prokázána na studii, do které bylo zahrnuto 156 respondentů se závažnými depresivními poruchami. Respondenti prováděli PA 3 měsíce, 3x týdně. Na konci výzkumu bylo u respondentů prokázáno snížení deprese, ale i zvýšená sebeúcta a vzrostla jejich životní spokojenost (Blumenthal et al., 1999). Cvičení je způsob nefarmakologického přístupu, který pozitivně ovlivňuje psychický stav jedince. Výhodou cvičení je okamžitý efekt a po cvičení nastává spontánní relaxace. Je prokázáno, že malá společenství lidí vykonávající společnou aktivitu si více porozumí a podpoří se navzájem, naučí se vypořádat se s konflikty, naučí se pracovat s frustrací (Nešpor, 2004). Dle studie Zschuckeho et al. (2011) 75 % pacientů závislých na NL projevilo zájem účastnit se v rámci léčby PA a téměř polovina pacientů uváděla, že cvičilo pravidelně již předtím (chůze, posilování, jízda na kole). Chůze byla nejoblíbenějším typem PA.

Je třeba hledat mechanismus, který je pro člověka považován za příjemný nebo odměňující. Studie, které se zabývaly tímto mechanismem se snažily zaměřit na oblasti mozku, které způsobují potěšení a odměnu, tj. zejména na dráhu mezolimbickou obsahující dopaminergní látku, která se vyskytuje v tegmentální oblasti. Druhý přístup se zaměřoval na vliv PA ve smyslu úpravy nerovnováhy v mozkové neurotransmisí spojené s úzkostí a depresí, kterou dokáží ovlivnit i centrálně působící drogy. Např. moderní antidepressiva (SSRI) pracují především na základě blokování reuptake systému, který shromažďuje serotonin ze

synaptické štěrbiny zpět do uvolňujícího neuronu (Meeusen, De Meirleir, 1995; Meeusen et al., 2001).

Pokud chceme zjistit důvody, proč provádíme PA, existují determinanty aktivního životního stylu. Mezi determinanty lze zařadit faktory osobnostně-demografické, psychologické, sociální a environmentální (Sallis et al., 2000; Trost et al., 2002).

Osobnostně-demografické faktory: existuje pozitivní korelace mezi PA dospělých, pohlavím, vyšší úrovní vzdělání a sociálně-ekonomickým stavem (Trost et al., 2002). Ženy projevují větší zájem o PA než muži (Mutrie et al., 2002). Korelace se neprokázala mezi PA, etnicitou a věkem (Trost et al., 2002).

Psychologické faktory: jedním z motivů může být potěšení. Ti, kteří jsou aktivní, mají tendenci vykazovat vyšší úroveň radosti než ti, kteří se cvičení neúčastní. Potěšení ale může být pochopeno různě. Někteří mohou chápat potěšení ve smyslu vytváření sociálních vazeb během PA, jiní zase vnímají celkovou pohodu. Dle autorů Chatzasarantis et al. (2003) lidé necvičí kvůli tomu, aby se zabavili, nýbrž proto, aby dosáhli uspokojení při dosažení předem daných cílů, tj. např. redukce váhy, zlepšení sociálních vazeb. Lepší náladu měli respondenti během cvičení s mírnou intenzitou. Přínosy cvičení byly vyšší, jestliže se daný jedinec cíleně zaměřil na osobnostní růst. PA přes den může mít pozitivní vliv na kvalitu spánku. Dochází poté k pozdějšímu nástupu REM fáze (Fox, 1999). Teorie testované v oblasti sociální a zdravotní psychologie se zaměřují na: víru a postoje, vnímání kompetencí, vnímání sebekontroly, rozhodovací procesy při provádění PA (Biddle, Nigg, 2000).

1. Teorie zaměřené na víru a postoje testují korelace mezi vírou, postoji, záměry a PA ve smyslu teorie plánovaného chování: postoj k PA tvoří velký význam při rozhodování k aktivitě (Hagger et al., 2002).
2. Teorie založená na vnímání kompetencí a důvěry jako hlavního hnacího mechanismu chování (Bandura 1997; McAuley, Blissmer, 2000): v psychologii se v rámci sledování PA zaměřujeme na tzv. „místo kontroly“ (locus of control; Rotter, 1966).

Dále je známá tzv. teorie sebeurčení, která spočívá v tom, že každý z nás má odlišný názor na cvičení. Někdo je zcela amotivovaný a dále existuje škála regulací chování, které ovlivňují míru motivace (vnější regulace, introjektovaná regulace, identifikovaná regulace a vnitřní (*intrinsic*) regulace. Internalizace je proces, který určuje, jak moc regulace chování vychází z vnitřní podstaty člověka nikoli zvenčí. Určuje tedy stupeň sebeurčení jedince. Relativní autonomní index (RAI) měří míru sebeurčení jedince. Platí, že čím vyšší je RAI, tím větší autonomii a míru sebeurčení jedinec vykazuje (Deci, Ryan, 1985 a 1991).

Tabulka 3: Teorie sebeurčení (Deci et al., 1985 a 1991)					
Typ motivace	Amotivace	Vnější (<i>extrinsic</i>) motivace			Vnitřní (<i>intrinsic</i>) motivace
Typ regulace	Bez regulace	Vnější regulace	Introjektovaná regulace	Identifikovaná regulace	Vnitřní (<i>intrinsic</i>) regulace

3. Teorie rozhodování a tzv. transteoretický model (TTM): model byl vyvinut jako komplexní model chování u odvykání kouření. Zahrnuje kognitivní a behaviorální aspekty jedince. Odráží stupeň a proces změny, týkající se zdraví prospěšného chování. Vymezuje stádia, v jejichž průběhu dochází ke změně chování. Lidé v první fázi, tj. ve fázi prekontemplace, nemají zájem změnit chování, vykazují odpor přiznat si problém. Ve fázi kontemplace si již lidé problém uvědomili, ale vyznačují se ambivalentním postojem ke změně. Třetí fáze, fáze přípravy, znamená rozhodování se o změně. Fáze akce značí přesvědčení o nutnosti změny chování a vykonání změny. Fáze udržení znamená snahu o upevnění dosažené změny a prevenci relapsu. Přechody mezi jednotlivými stádii jsou ovlivňovány nezávislými proměnnými v podobě zjevných a skrytých činností a zkušeností. Pokud se snažíme zjistit, proč někteří jedinci sportují a jiní podlehlí sedavému způsobu života, je nasnadě inspirovat se profesionálními sportovci (Prochaska, DiClemente, 1982). Behaviorální a kognitivní aspekty jedince jsou využívány v průběhu celého cyklu změny díky individuálním preferencím (Marshall, Biddle, 2001).

Sociální a environmentální faktory: sociální vazby bývají propojeny s prováděním PA u mládeže. Sociální podpora od přátel či rodiny, zejména od partnera se zdá být zvláště důležitá. I vliv praktického lékaře hraje roli zejména u dospělých, role učitele či trenéra při skupinovém cvičení (Trost et al., 2002). Dle studie Sallida et al. (1998) bylo nejvíce pozitivní klima při provádění PA, jejímž cílem bylo zvýšit spolupráci a odměňování za srovnatelný výkon. Environmentální faktory byly zjišťovány na 18 studiích, kdy se dospělo k závěru, že lidé kladou důraz na co největší pohodlí při provádění PA: např. chůze byla spojována s několika atributy, které mohly ovlivnit úroveň a postoj k PA: terén stezek, dostupnost destinací. Dle Kahn et al. (2002) mohou faktory konstruovaného prostředí zahrnovat zásahy zaměřené na dopravní infrastrukturu, příměstské prostředí atd.

Přístup k PA by se měl odvíjet od identifikace determinant. Intervence se mohou lišit na několika úrovních, tj. se zaměřením na jednotlivce, skupiny či komunitu (Bull et al., 2004). Individuální intervence typicky zahrnují radu od praktického lékaře nebo poradenství pro změnu chování. Tyto strategie mohou být založené na přístupu TTM, kdy je cílem

přizpůsobit strategii individuální fázi rozhodování. Chování je určováno vícečetnými vlivy včetně individuálních, sociálních a environmentálních faktorů (Sallis et al., 2000).

4.2 Nevýhody PA

PA může mít ale i negativní důsledky. U lidí trpících PPP dochází k rapidnímu úbytku hmotnosti. Dále sportovci jsou závislí na výkonu a kladou důraz i na svůj vzhled a mohou tak být vystaveni vyššímu riziku vzniku PPP (Fox, 1999). 25 % lidí, kteří mají závislost na sportu, mají další závislosti. Přibližně 39-48 % lidí trpících PPP také trpí závislostí na cvičení. Vztah mezi závislostí na cvičení a PPP má význam pro diagnózu a léčbu (Sussman et al., 2011).

5 Motivace osob se závislostí k PA

Tématem motivace závislých k PA se zabývalo několik studií. První studie se zaměřovala na postoje k PA u ambulantních pacientů, kteří měli diagnostikovanou závislost na alkoholu. Celkem 63 % z nich tvořili kuřáci. Všichni absolvovali dotazníkové šetření, zkoumající míru závažnosti závislosti (ADS), a pro určení závislosti na tabáku byl využitý Fagerströmův dotazník. Pro zjištění míry deprese byla využita škála CES-D. Výzkumný soubor tvořilo 105 pacientů ve věku od 18-63 let, z nichž 47 % udávalo, že se pravidelně účastní PA (třikrát týdně a více). V souvislosti s prováděním PA výzkumníci pozorovali, zda se pacienti účastní 20 min 3x týdně PA. Tyto směrnice jsou navrženy ACSM (American College of Sports and Medicine). Výzkumníci hodnotili i výši zájmu a ochoty pacientů k provádění PA. Během léčby pacienti v průměru prováděli PA 2,4 dny v týdnu v době trvání 40-49 min. K účasti ve výzkumu byli motivováni finančním obnosem. V úrovni fyzické zdatnosti nebyly výrazné genderové či věkové rozdíly. Mezi přínosy PA respondenti řadili např.: uvolnění napětí, pozitivnější náhled na situaci a mezi nevýhody řadili např.: únavu ke konci dne či špatnou fyzickou zdatnost. Respondenti také hodnotili výhody a nevýhody PA na pětibodové stupnici Likertovy škály. Celkem 54 % respondentů uvedlo, že by se rádi účastnili programu zaměřeného na PA, dalších 21 % vykazovalo mírný zájem a 24 % respondentů uvedlo, že nemá žádný zájem o takový program. Ohledně typu PA by respondenti nejvíce preferovali chůzi, posilování a cyklistiku. Celkem 51 % respondentů by volilo spíše individuální sporty, druhá polovina spíše sporty kolektivní. Nebyla nalezena souvislost mezi úrovní fyzické zdatnosti a závislosti na alkoholu. Úroveň závislosti na tabáku významně negativně ovlivňovala úroveň fyzické zdatnosti. Závislost na tabáku a rozsah depresivních symptomů významně negativně korelovaly s účinky PA. Respondenti vnímali snížení celkového napětí po PA. Dále popisovali pozitivnější nadhled a zvýšené sebevědomí. Finanční náklady spojené s prováděním PA, nedostatek motivace a časové náklady patřily mezi nejčastěji vnímané překážky při dosahování cílů (Read et al., 2001).

Cílem druhé studie bylo zjistit vztah mezi PA a výsledkem léčby závislostí. Vzorek tvořilo 187 respondentů, kteří podstoupili ambulantní léčbu, která se zaměřovala zejména na prevenci relapsu. Při provádění PA měli respondenti opět možnost získat finanční obnos. Účastníci mohli volit z celkem 36 druhů PA. Bylo zjištěno, že u osob, které se aktivně

účastnili provádění alespoň jedné PA (24 %), bylo prokázáno delší trvání abstinence než u respondentů, kteří nedokončili žádnou PA (76 %). Tato studie naznačuje, že PA může být pro osoby léčící se se závislostmi přínosem (Weinstock et al., 2008).

Další studie se zabývala účinky PA u léčby závislostí. Do studie bylo zahrnuto celkem 19 pacientů v ústavní léčbě se závislostí na NL. Studie se zúčastnili osoby starší 18 let. Po dobu 12 týdnů prováděli aerobní cvičení mírné intenzity a současně si vedli tréninkové deníky. Účastníci dostávali při plnění stanových cvičebních plánů finanční odměnu. Souběžně se účastnili skupinových terapií, zaměřených na kognitivně-behaviorální terapii, ve které se zaměřovali na:

- Výhody cvičení – pozitivní vliv na psychickou i fyzickou stránku, př. zvýšení sebevědomí;
- Výhody cvičení u léčby závislostí – příjemný stav po cvičení bez užití alkoholu, skupinová aktivita poskytující sociální podporu, snížení stresu;
- Stanovení cílů – dodržet dlouhodobé cíle prostřednictvím cílů krátkodobých, tj. dosažitelných, měřitelných a reálných, stanovení konkrétního postupu;
- Výběr vhodných aktivit – využití technik, které budou motivovat k PA – možnost vizualizace úspěchu, vymýšlení odměn za dosažené cíle;
- Prevence relapsu – schopnost identifikace a zvládnutí rizikových situací spojených s užitím NL;
- Zvládnutí negativních psychických stavů – pomocí cvičení se vyhnout depresivním a úzkostným náladám;
- Identifikace a překonávání překážek – při vzniku plánovaných i neplánovaných překážek při provádění PA – umět se s nimi vypořádat a překonat je;
- Rozvržení času – klíčové principy časového rozvržení s důrazem na plánování PA;
- Poskytnutí informací o PA – na co by se např. nemělo při cvičení zapomínat;
- Jak vytrvat ve cvičení – využití technik, které zvyšují pravděpodobnost dlouhodobého provádění PA, např. stanovení nových cílů, nácvik pozitivního myšlení, pozitivní ohodnocení dosavadního cvičení;
- Vytváření plánů – s ohledem na přechod do jiné fáze cyklu změny;
- Sociální podpora – hledání různých druhů sociální podpory od ostatních, např. vzájemná nápomoc, povzbuzování.

Výsledky prokázaly pozitivní přístup k PA s prokázaným zlepšením fyzické zdatnosti a snížením indexu tělesné hmotnosti (BMI). Využitím kognitivně-behaviorální terapie došlo k ovlivnění postoje k provádění PA (Brown et al., 2009).

Další studie se zaměřila na zhodnocení účinků PA u pacientů léčících se se závislostmi v rámci ambulantní péče. Cílem bylo zjistit, zdali PA může pozměnit vzorce chování, díky kterým by došlo ke zvýšení sebevědomí, ke zlepšení sebeobrazu v krátkodobém i dlouhodobém měřítku. Výzkumný soubor tvořilo 38 pacientů starších 18let se závislostí na opiátech, sedativech a na stimulantech. Respondenti byli rozděleni do dvou skupin a každá prováděla odlišnou PA. První skupina prováděla Spinning s cílem zlepšit fyzickou kondici. Druhá skupina prováděla kolektivní sporty, např. volejbal či badminton s cílem zlepšit

sociální vazby. PA probíhala třikrát týdně po dobu 2-6 měsíců. Na začátku a na konci provádění PA pacienti vyplnili dotazník EASI (Evropský index závislosti), kde pacienti udávali informace o užívání NL, o jejich sebeobrazu, sebevědomí a motivaci ke změně chování. Celkem dokončilo výzkum 12 respondentů. Došlo u nich ke zvýšení fyzické zdatnosti, ke zlepšení kvality života, zlepšení sebeobrazu. Efekt byl prokázán i v rámci snížení užívání NL. Účastníci uvedli, že díky zlepšení fyzické zdatnosti u nich došlo k redukci odvykacích symptomů. Někteří kladně hodnotili lepší spánek. Respondenti také mluvili o získaném lepším sebevědomí, protože sport jim poskytl zkušenost s tím, že jsou schopni dělat více než do teď byli zvyklí. Několik respondentů vypovědělo, že u nich došlo prostřednictvím PA k „fyzickému nakopnutí“. Jeden respondent připodobňoval podobné účinky PA k užívání NL. V rámci provádění kolektivních sportů došlo i ke zlepšení sociálních vazeb. Respondenti si vytvořili přátele i mimo okruh uživatelů. Výsledky ukazují, že PA může poskytnout důležitou podporu a pomoc při léčbě závislosti. Za hlavní problém účastníci považovali nedostatečnou schopnost udržet si změny návyků dosažených pomocí PA v dlouhodobém měřítku (Roessler, 2010).

V rámci poslední zmíněné studie docházelo k systematickému vyhledávání studií zaměřujících se na roli motivace k PA u léčby závislosti na alkoholu. Bylo vybráno celkem 12 studií. Věk respondentů se ve studiích pohyboval od 20-69 let s větší mírou zastoupení mužů. Výzkumný soubor tvořilo od devíti po 620 respondentů. Mezi typy PA, které se ve studiích objevovaly, patřily zejména aerobní cvičení, např. běh či chůze (Murphy et al., 1986; Palmer et al., 1988; Roessler et al., 2013). Jedna studie zahrnovala zařazení míčových her (Tsuke, Shohoji, 1981). Poslední studie zahrnovala vytvoření individuálního plánu pro každého účastníka využitím MET (Motivační terapie) v kombinaci s působením CM (Řízení mimořádných situací; Roessler et al., 2017). Ve studii Mamena et al. (2011) se nejvíce odrážely motivační aspekty před začátkem a po skončení PA. Tato studie poukázala na to, že volba PA obvykle nebyla přizpůsobena všem účastníkům. Autoři to popsali jako určitý paradox, protože je známo, že dlouhodobá změna návyků bude pravděpodobnější, pokud bude vhodný trénink přizpůsoben každému jedinci. Jako důležitý motivační aspekt bylo vytvoření týmu, ve kterém si byli všichni rovni. Ve studii Murphyho et al. (1986) hrála velký význam sociální podpora od ostatních kolegů v týmu. Brown et al. (2009, 2010, 2014) v několika studiích poukazuje na roli vědomí vlastní účinnosti (*self-efficacy*) jako důležitého výsledku PA. Účastníci se během PA učili kognitivní strategie chování, které jim pomohly začlenit PA do každodenního života. Weinstock et al. (2008) chápali motivaci jako ústřední aspekt adherence k léčbě. MET a CM byly využity ke zvýšení motivace. Účastníci získávali v průběhu PA malý finanční obnos, který mohl přispět k posílení jejich motivace. Vliv motivace se objevil u poloviny studií ve smyslu, že pacienti kladli důraz na dodržování účasti ve výzkumu a prospívala jim sociální integrace. Dosažení motivace bylo potvrzeno ve dvou studiích bez ohledu na zvolení PA. Po provádění PA docházelo ke snížení deprese, úzkosti či cravingu. Při provádění PA bývá role motivace málokdy zohledněna. Vzhledem ke specifické klientele, která může trpět psychosociální zranitelností, by tento vliv mohl hrát důležitou roli. Studie navrhuje dvě implikace: zaprvé je nutné porozumět roli motivace k PA u syndromu závislosti; a zadruhé je důležité, aby se zvýšila adherence k léčbě využitím motivačních aspektů, které by způsobily větší účast na PA (Roessler et al., 2017). K dosažení

přetrvávající změny v životním stylu mohou mít rozhodující funkci motivy k účasti. Síla motivů může předpovídat pravděpodobnost úspěchu, a zvláště potřeba dosažení cíle je velmi důležitá (McClelland, 1985).

Výše uvedené studie obecně poukazují na význam a smysluplnost využití PA v rámci léčby závislostí. Míra motivace k provádění PA je v zahraniční literatuře aktuální téma, jež si zaslouží svoji pozornost i v tuzemských podmínkách. Role motivace pacientů k PA v léčbě závislostí se proto stala klíčovou proměnnou v rámci empirické části této práce.

EMPIRICKÁ ČÁST

V této části se zabývám popisem designu studie a její realizace. V popisu uvádím stanovení výzkumného cíle, výzkumných otázek a hypotéz, použité nástroje, výzkumný soubor, popis sběru dat, etickou klausuli a analýzu výsledků. Výsledky reportuji pomocí grafů, obrázků a tabulek. Součástí je diskuze, limity a závěr.

6 Výzkumný design

Pro účely studie jsem zvolila kvantitativní výzkumný design, který jsem realizovala pomocí jednorázového dotazníkového šetření a pomocí opakovaného měření tělesných parametrů. Administrace dotazníků probíhala formou tužka-papír.

6.1 Výzkumný cíl

Cílem studie bylo zjistit motivaci pacientů k PA během tříměsíční léčby na lůžkovém oddělení pro muže a ženy KAD.

6.2 Výzkumné otázky

Pro ověření cíle byly stanoveny následující výzkumné otázky a hypotézy:

Jaký je vztah mezi druhy motivace a jednotlivými aspekty osobnostních rysů u pacientů KAD?

Jak se změní tělesné složení po 3 měsících provádění PA na KAD?

Jaká je průměrná postava ženy/muže na začátku, uprostřed a na konci léčby na KAD?

6.3 Výzkumné hypotézy

H1: Po třech měsících dodržování denního programu a prováděním PA na KAD u pacientů dojde ke snížení tukové hmoty a zvýšení svalové hmoty.

H2: V průběhu léčby budou pacienti inklinovat k atletické postavě, zatímco pacientky spíše k astenické postavě.

H3 Čím výraznější hloubka osobnostní psychopatologie, tím menší motivace k PA.

7 Realizace studie

Studie probíhala od dubna do září 2018 výhradně v prostorách Kliniky adiktologie.

7.1 Použité nástroje

7.1.1 Osobnostní inventář pro DSM-5 (PID 5)

Jedná se o psychologickou sebesposuzovací škálu, kterou tvoří 220 položek. Obecně bývá využíván u lidí starších 18 let, nicméně podle doporučení DSM-5 ji lze s určitou opatrností

administrovat již od 11 let věku (APA, 2013). Metoda je administrována při úvodním rozhovoru s pacientem. V každé položce je proband žádán o posouzení, do jaké míry ho dané tvrzení obecně charakterizuje. Dotazník hodnotí 25 aspektů a pět oblastí osobnostních rysů. Mezi aspekty osobnostních rysů patří: anhedonie, úzkostnost, vyžadování pozornosti, bezohlednost, prolhanost, depresivita, těkavost pozornosti, výstřednost, emoční labilita, grandiozita, hostilita, impulzivita, vyhýbání se intimitě, nezodpovědnost, manipulativnost, dysregulace myšlení a vnímání, nejistota z odloučení, poddajnost, podezřivost, neobvyklé představy a prožitky, rigidní perfekcionismus, perseverace, omezená afektivita, riskování, sociální stažení. Pro mapování změn v závažnosti osobnostní dysfunkce je doporučováno opakovat administraci dotazníku u daného jedince v pravidelných intervalech, s ohledem na stabilitu symptomů a stav terapie pacienta. Dlouhodobě vysoký skóre aspektu nebo oblasti může vykazovat problematické sféry pacienta, které si mohou vyžádat detajlnější posouzení, terapii a následnou péči (Krueger et al., 2012).

7.1.2 Dotazník BREQ-2

Dotazník BREQ-2 je sebeposuzující inventář, který se zaměřuje na motivaci ke cvičení. Podkladem pro vznik tohoto inventáře je teorie sebeurčení (Deci, Ryan, 1985, 1991), která definuje, do jaké míry je člověk motivován. Obsahuje amotivaci a dále dva typy motivace, pomocí nichž může být lidské chování ovlivněno: vnitřní (*intrinsic*) a vnější (*extrinsic*). Extrinsic motivace se dále dělí na vnější, introjektovanou a identifikovanou regulaci. Dotazník BREQ-2 se skládá celkem z 19 položek. Tyto položky se při hodnocení dělí do subškál, které hodnotí faktory: amotivace, vnější regulace, introjektovaná regulace, identifikovaná regulace a vnitřní regulace (Markland, Tobin, 2004). Amotivace je definovaná tím, že jedinec nevyvíjí žádnou iniciativu ke cvičení. Nevidí v provádění PA nic prospěšného, a proto se jí vůbec neúčastní. Vnější regulace znamená, že ačkoliv jedinec nevidí v PA nic atraktivního, na základě určitých vnějších vlivů (např. doporučení od ostatních) ji absolvuje. Je málo pravděpodobné, že se jedinec bude věnovat PA i po skončení působení vnějších vlivů. Introjektovaná regulace znamená, že jedinec začne provádět PA sám od sebe, aby např. předcházel vzniku některých onemocnění. Provádí PA proto, že má strach či úzkost z něčeho, co by mohlo následovat. U identifikované regulace již jedinec vykazuje vyšší míru sebeurčení a vědomě a cíleně provádí PA, aby např. dosáhl ve svém životě lepších výsledků. Vnitřní regulace vychází plně z nitra jedince, který je svým pozitivním přístupem k PA naprosto přesvědčený. PA dotyčným evokuje např. pocit euforie, prostřednictvím PA může vytvářet sociální vazby, může zdokonalit svou postavu atd.

7.1.3 InBody 230

Jedná se o metodu přímé analýzy segmentové multi-frekvenční bioelektrické impedance. Využívá 2 různých frekvencí (20kHz, a 100kHz) na každém z 5 segmentů – pravá horní končetina, levá horní končetina, trup, pravá dolní končetina, levá dolní končetina. Skládá se ze čtyř polárních elektrod. Přístroj hodnotí složení těla, tj. celkovou vodu, hmotnost, tukovou hmotu, svalovou hmotu, beztukovou hmotu. Vypočítá index tělesné hmotnosti (BMI), procentuální podíl tělesného tuku, poměr pasu k bokům (WHR), svalovou hmotu

v jednotlivých částech těla, oblasti tělesného tuku či určí cílovou váhu (InBody, 2017). V rámci měření byli pacienti předem informováni o kontraindikacích, do kterých se řadí implantovaný kardiostimulátor či těhotenství. Pro přesnější výsledky byli upozorněni na to, aby si před měřením nenatírali končetiny mastmi a vyhnuli se v den měření konzumaci kávy. Respondenti byli vyšetřováni naboso. Měření trvalo cca 30 s.

7.1.4 Antropometrie

Tento způsob měření představuje soubor individuálních rozměrů lidského těla. Předem definované měřené partie těla byly určeny na základě antropometrických šetření reprezentativních údajů pro populační skupiny v Evropě (Ebozp, 2018). V rámci antropometrie byly jednotlivé délky a obvody tělesných partií měřeny pomocí krejčovského metru. Při měření obvodu pasu byli pacienti upozorněni na to, aby nezadržovali dech či nezatahovali břicho.

7.1.5 Tréninkový deník

Poskytuje zaznamenání tréninkových plánů. Může být vytvářen v písemné či elektronické podobě. Deník se vyhodnocuje po ukončení určitého časového intervalu a poté se tvoří plán na nový cyklus. Jedná se o relativně jednoduchou pomůcku pro zaznamenání a vyhodnocování dat z tréninků (Cacek, 2006). V průběhu celé hospitalizace si pacienti vedli tréninkové deníky, do kterých měli za úkol zapisovat každý den druh vykonané PA, dobu trvání, intenzitu, subjektivní pocity, eventuálně další poznámky.

7.2 Výzkumný soubor

Kritéria inkluze

- hospitalizovaní pacienti léčící se aktuálně na Klinice adiktologie VFN, účastníci se základní léčby, tj. obvykle 3 měsíce
- souhlas s dobrovolnou ústavní léčbou
- věk 18–69 let
- fyzický stav: stabilizovaný, fyzické předpoklady pro zapojení do programu
- typ užívané látky: alkohol, drogy, léky, u nealkoholových drog kombinace s alkoholem, patologické hráčství
- psychický stav: diagnóza závislosti na NL, škodlivé užívání NL, jiné poruchy s užíváním NL, motivace ke změně chování, duální diagnózy – PPP, poruchy spánku, afektivní a úzkostné poruchy
- rasová příslušnost/náboženství /politické přesvědčení bez omezení
- bez omezené způsobilosti k právním úkonům
- povinná abstinence

Kritéria exkluze

- přeléčení recidivy, opakovací léčba, stabilizační/zajišťovací léčba
- nesouhlas s dobrovolnou ústavní léčbou
- věk ≤ 17 a ≥ 70 let

- fyzický stav: komplikované poruchy pohybového aparátu, stav vyžadující intenzivní péči (JIP, ARO)
- psychický stav: omezený intelekt a omezené volní schopnosti, které neumožňují zapojení do psychotherapeutického programu, akutní psychotické onemocnění
- omezená způsobilost k právním úkonům
- porušování abstinence

7.3 Sběr dat

Výzkum probíhal ve dvou paralelních měřeních. Jednak se jednalo o psychometrii, které se účastnili všichni respondenti (n=72) a probíhala v prvním týdnu léčby. U pacientů byly na základě sebesouzení měřeny psychologické aspekty a jejich motivace k PA. Za druhé byla již s menší skupinou (n=22) prováděná somatometrie, která probíhala ve třech vlnách. Na základě několika nástrojů jsem hodnotila tělesné složení, rozměry tělesných partií a retrospektivní popis PA pomocí tréninkového deníku.

Dotazníky jsem administrovala všem pacientům skupinově v prvním týdnu základní léčby po dobrovolném souhlasu v přesně stanovený čas, kdy bylo pacienty možné omluvit z programu oddělení, a poté s každým nově příchozím pacientem v rámci stanoveného období sběru dat individuálně po domluvě. Vstupní a výstupní kineziologický rozbor a měření na přístroji InBody bylo uskutečňováno v rámci sportovního odpoledne.

- Na začátku bylo na oddělení u všech pacientů (n=72) provedeno dotazníkové šetření s cílem zjistit:
 - motivaci k PA – BREQ-2
 - rysy osobnosti – PID-5
- Stanoveny 3 skupiny pacientů na LOM/LOŽ dle nástupu do léčby (duben/květen/červen), s každou skupinou jsem provedla 3x měření tělesného složení na přístroji InBody 230 a měření tělesných partií pomocí antropometrie, a to v 1. týdnu léčby, v 6.-7. týdnu léčby a ve 13-14. týdnu léčby
- Během 3 měsíců hospitalizace na KAD pacienti:
 - prováděli PA dle denního programu (LOM/LOŽ se liší -> ženy nemají v programu PA zahrnutou pravidelnou „severskou“ chůzi) a vedli si tréninkový deník
 - jedli stravu dle obvyklého standardu
 - účastnili se skupinové psychotherapie a běžných aktivit oddělení (např.: ergoterapie, pracovní terapie apod.)
 - respektovali režim oddělení
- období sběru dat 4/2018 – 9/2018

8 Etická klausule

Provádění dotazníkového šetření bylo schváleno etickou komisí VFN dne 3.4.2018 pod č.j.131/18 S-IV.

V rámci zapojení pacientů Kliniky adiktologie do výzkumu byla zachována jejich anonymita a pacienti byli obeznámeni s cílem studie. Byla zajištěna ochrana osobních údajů, aby

pacienti nemohli být identifikováni. Personálu byly uváděny pravdivé informace o účelu studie. Informace o pacientech sloužily pouze ke studijním účelům. Účast ve studii byla dobrovolná. Výsledky studie byly prezentovány na konferenci Tělovýchovného lékařství v 11/2018 a dále mohou být využity pro odborné publikace.

9 Procedura a statistické analýzy

Psychometrie

- Hromadný sběr dotazníků formou tužka-papír ve třech vlnách
- Stanovení reliability: koeficient vnitřní konzistence Cronbachova alfa
- Stanovení validity: kanonická korelační analýza a regresní analýza PID-5 a BREQ-2 pomocí PLS (Partial Least Squares; QCExpert/ DARWin ver. 3.3)

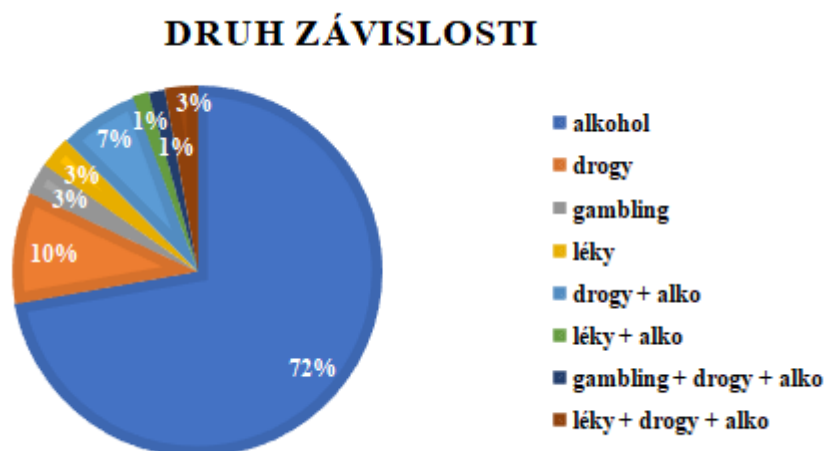
Somatometrie

- Stanoveny tři skupiny pacientů na LOM/LOŽ dle nástupu do léčby – duben, květen, červen
- S každou skupinou provedeno třikrát měření (v prvním týdnu, v šestém až sedmém týdnu, ve 13. až 14. týdnu léčby)
- Měření tělesného složení na přístroji InBody 230, měření tělesných partií pomocí antropometrie
- Souběžně si pacienti vedli individuálně tréninkový deník v období 4/2018 – 9/2018

10 Výsledky

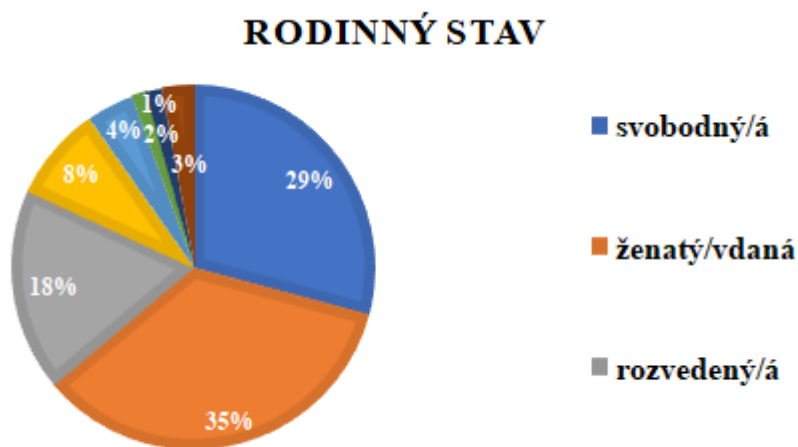
10.1 Demografické statistiky

Psychometrie se zúčastnilo celkem 72 osob (n=72), převažovali muži (n=54), ve věku 20-69 let. Somatometrie se účastnilo pouze 28 respondentů (n=28), z nichž všechna tři měření podstoupilo 22 respondentů (n=22), muži (n=11), ženy (n=11) ve věku od 24-58 let. Graf č.1 znázorňuje druh závislosti. V téměř ¾ případů (72 %) dominuje závislost na alkoholu, dále závislost na drogách (10 %) a kombinace alkoholu a drog (7 %).



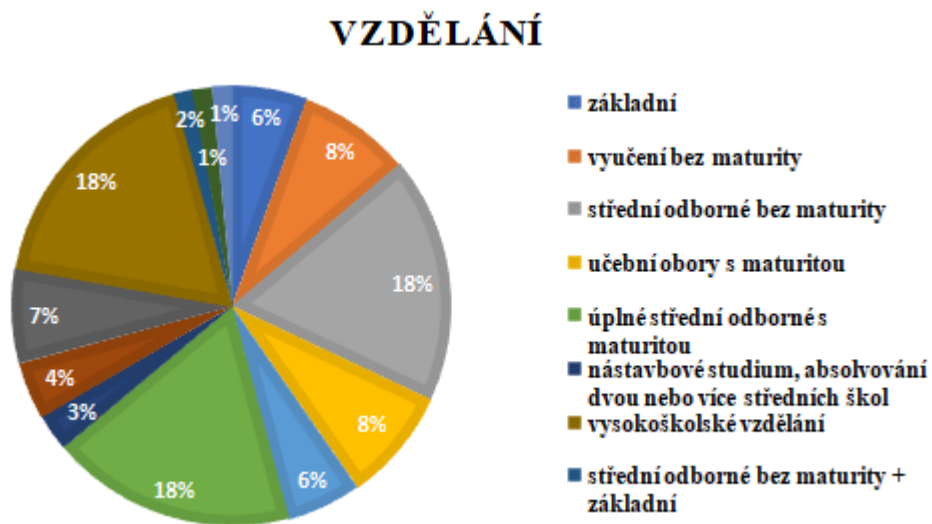
Graf 1: Druh závislosti

Graf č.2 zobrazuje rodinný stav respondentů. Převažoval status ženatý/vdaná (35 %), dále svobodný/á (29 %) a rozvedený/rozvedená (18 %).



Graf 2: Rodinný stav

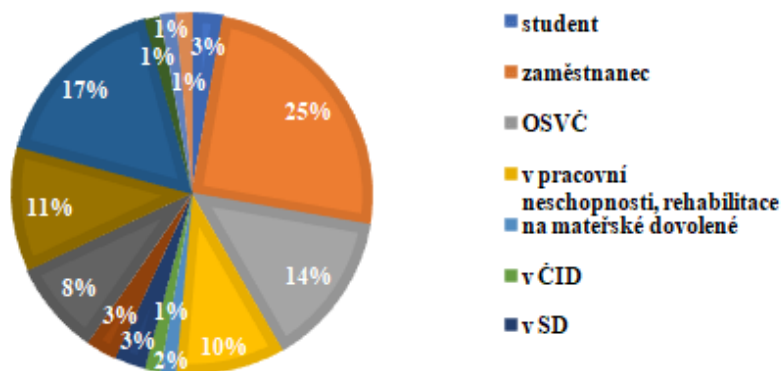
Stejně procento respondentů (18 %) vykazovalo tři nejčastější typy vzdělání, tj. střední odborné vzdělání bez maturity, úplné střední odborné s maturitou a vysokoškolské vzdělání. Mezi další uváděné vzdělání patřilo např. vyučení bez maturity (8 %) či základní vzdělání (6 %), jak je zřejmé z grafu č.3.



Graf 3: Vzdělání

Z grafu č.4 je patrné, že co se týče zaměstnání, nejvíce respondentů uvádělo, že jsou zaměstnanci (25 %), dále zaměstnanci v pracovní neschopnosti (17 %) a osoby samostatně výdělečně činné (14 %). Mezi další často uváděná zaměstnání patřilo např.: jiná zaměstnání, než která byla nabízena (11 %) či pobírání sociální podpory (8 %).

ZAMĚSTNÁNÍ



Graf 4: Zaměstnání

10.2 Somatometrie

10.2.1 InBody

V rámci měření na přístroji InBody 230 byly zjištěny individuální rozdíly tělesného složení během léčby mezi respondenty. Tyto hodnoty byly následně zprůměrovány u žen a mužů. Tabulka č. 4 uvádí průměrné hodnoty tělesného složení žen při prvním, druhém a třetím měření. Je viditelné že celková hmotnost během druhého měření vzrostla a na konci léčby se opět snížila. V průměru tedy ženy během léčby zhubly o 1,1kg. Dále byl viditelný přírůstek svalové tkáně uprostřed léčby o 0,6kg, přičemž tato hodnota se již do konce léčby nezměnila. Množství tukové tkáně se během léčby kontinuálně snížilo, a to celkem o 2,2kg.

Tabulka 4: Průměrné tělesné složení žen během léčby

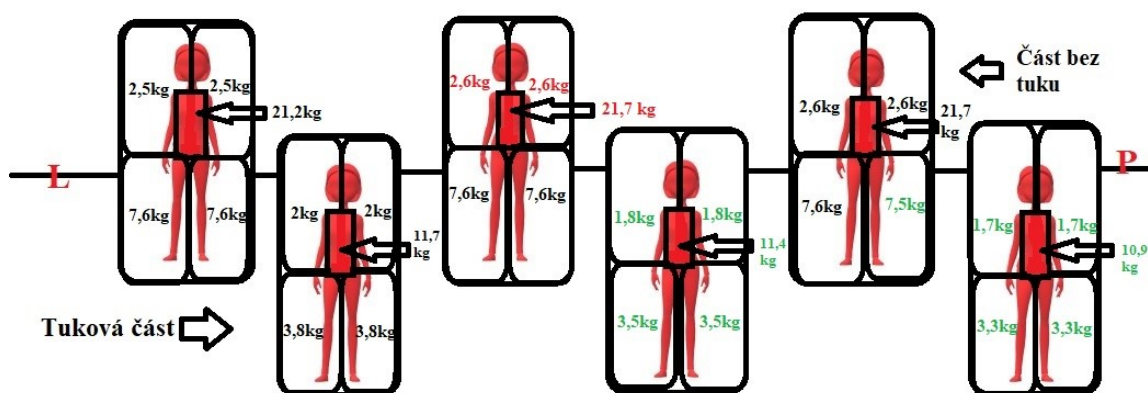
Složení	1. měření	2. měření	3. měření	Rozdíl
Hmotnost [kg]	72,60	72,70	71,50	1,10
Svalová tkáň [kg]	26,70	27,30	27,30	0,60
Tuková tkáň [kg]	24,20	23,30	22,00	2,20
TBW [kg]	35,50	36,20	36,30	0,80
FFM [kg]	48,40	49,40	49,50	1,10
BMI [kg/m ²]	26,60	26,60	26,20	0,40
PBF [%]	0,31	0,30	0,29	0,02
WHR	0,88	0,88	0,88	0,00
BMR [kcal]	1415,30	1436,80	1439,30	24,00
Sval. kontrola [kg]	1,10	0,60	0,80	0,30
Tuk. kontrola [kg]	10,10	9,20	8,00	2,10

U mužů došlo v průměru ke zvýšení celkové hmotnosti o 1,6kg. Přírůstek svalové tkáně byl markantnější než u žen, došlo k přírůstku o 1,6kg. Množství tukové tkáně stejně jako u žen se během léčby kontinuálně snižovalo, a to o 0,8kg, jak je zřejmé z tabulky č. 5.

Tabulka 5: Průměrné tělesné složení mužů během léčby				
Složení	1 měření	2. měření	3. měření	Rozdíl
Hmotnost [kg]	80,60	81,80	82,20	1,60
Svalová tkáň [kg]	36,40	37,40	38,00	1,60
Tuková tkáň [kg]	16,10	15,90	15,30	0,80
TBW [kg]	47,40	48,40	49,20	1,80
FFM [kg]	64,50	66,00	67,00	2,50
BMI [kg/m ²]	25,00	25,30	25,50	0,50
PBF [%]	0,19	0,19	0,18	0,01
WHR	0,88	0,87	0,86	0,02
BMR [kcal]	1762,60	1794,30	1815,60	53,00
Sval. kontrola [kg]	1,60	1,20	1,10	0,50
Tuk. kontrola [kg]	5,40	4,90	4,70	0,70

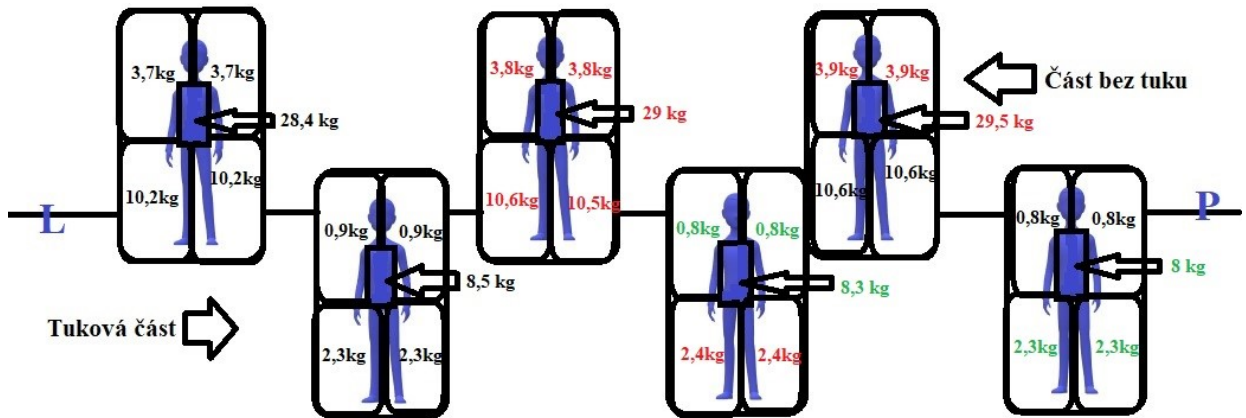
V rámci měření tělesného složení pomocí bioimpedance bylo jednotlivě vypočítané i rozložení tukové a beztukové hmoty v pěti segmentech těla, tj. pravé horní končetině, levé horní končetině, pravé dolní končetině, levé dolní končetině a v trupu.

Obrázek č. 1 ukazuje, že množství beztukové hmoty se u žen zvýšilo uprostřed léčby zejména na horních končetinách a na trupu, zatímco množství tukové hmoty se v průběhu léčby v průměru snížilo ve všech partiích těla.



Obrázek 1: Rozložení tukové a beztukové hmoty u žen v průběhu léčby

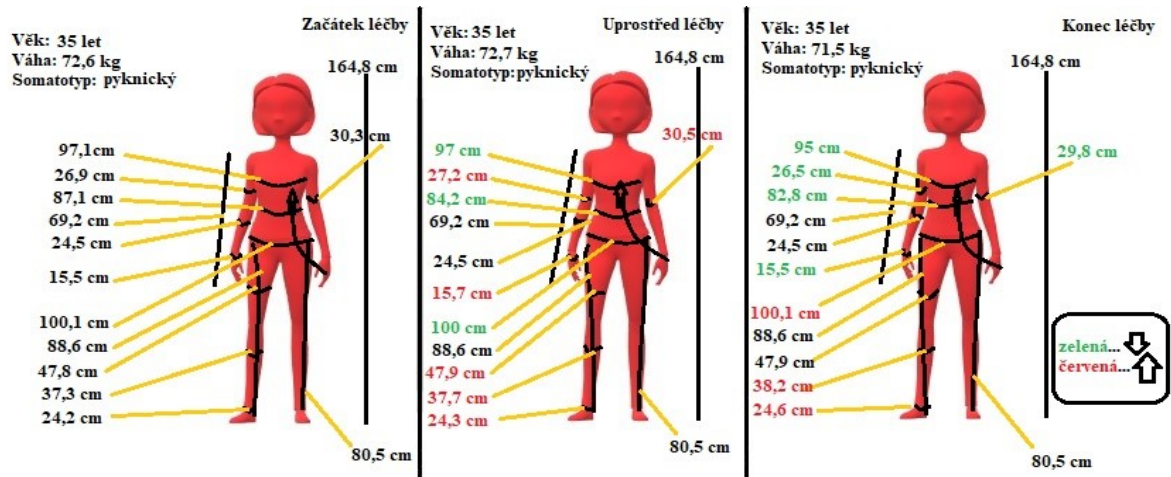
Množství beztukové hmoty se v průběhu léčby u mužů kontinuálně zvyšovalo v horní části těla a v oblasti trupu. Množství tukové hmoty se snížilo uprostřed léčby zejména v oblasti horních končetin a trupu a na konci léčby v oblasti dolních končetin a trupu, jak ukazuje obrázek č. 2.



Obrázek 2: Rozložení tukové a beztukové hmoty u mužů v průběhu léčby

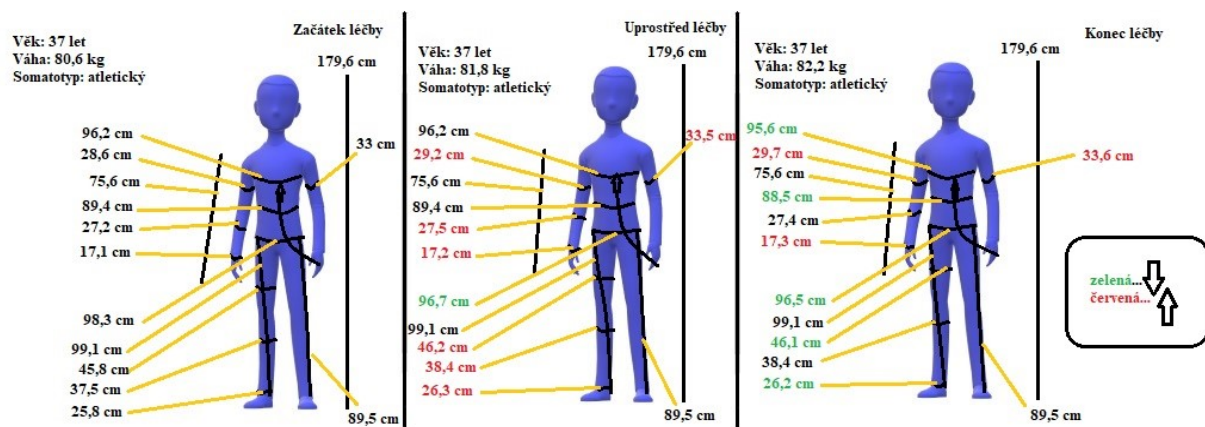
10.2.2 Antropometrie

Obrázky č. 3 a 4 ukazují průměrnou postavu muže a ženy léčící se na KAD na začátku, uprostřed a na konci léčby. Průměrná výška ženy dosahovala 164,8cm. Somatotyp byl určen jako pyknický. U žen došlo nejvýrazněji ke snížení obvodu hrudníku o 2,1cm a obvodu pasu o 4,3cm.



Obrázek 3: Průměrná postava ženy v průběhu léčby

Průměrná výška mužů dosahovala 179,6cm. Somatotyp byl určen jako atletický. U mužů došlo nejvýrazněji ke snížení obvodu pasu o 0,9cm a obvodu boků o 1,8cm. Došlo ke zvýšení obvodu paže při kontrakci o 0,6cm. U mužů se většina parametrů uprostřed léčby zvýšila, naopak na konci docházelo opět k úbytku.



Obrázek 4: Průměrná postava muže v průběhu léčby

10.2.3 Tréninkový deník

Tréninkový deník si respondenti psali po celou dobu hospitalizace, tj. v období od dubna do září 2018, v závislosti na termínu přijetí do léčby. Respondenti měli za úkol zapisovat si každý den vykonaný druh PA, dobu trvání, intenzitu a pocity, které měli při provádění PA a dále byl v deníku prostor na poznámky. Tabulky č. 6 a 7 reportují nejčastěji uváděné informace v tréninkových denících u obou souborů.

Ženy uváděly mnoho druhů PA, mezi nejčastější patřily např. rozcvička, test zdatnosti či běh. PA nikdy netrvala déle než 75 minut. Intenzitu uváděly lehkou či střední. Málo žen udávalo vysokou intenzitu. Mnoho respondentek hodnotilo PA jako „super“. V poznámkách se objevovaly spíše pozitivní reakce na PA.

Tabulka 6: Nejčastěji uváděné informace v tréninkových denících u žen

Druh PA	rozcvička, test zdatnosti, běh, úklid, posilovna, práce na zahradě, procházka, jóga, ping-pong, tenis
Doba trvání	15-75 min
Intenzita	lehká / střední
Pocity	„super“
Poznámky	„Měla jsem dobrý pocit.“/ „Příště zmírním.“

Mezi PA, kterou uváděli muži, patřila oproti ženám např.: nordic-walking či nohejbal. Někteří respondenti uváděli dobu trvání PA až tři hodiny denně. Intenzitu uváděli jako lehkou či naopak jako vysokou. Pocity byly různorodé. Někdo se těšil z PA, jiný zase udával, že je mu to jedno. V poznámkách jeden respondent uvedl, že díky provádění PA po dvou měsících přestal kouřit.

Tabulka 7: Nejčastěji uváděné informace v tréninkových denících u mužů

Druh PA	rozcvička, běh, posilovna, jóga, nordic-walking, nohejbal
Doba trvání	15-180 min
Intenzita	lehká / vysoká
Pocity	„super“ / „je mi to jedno“
Poznámky	„Po dvou měsících jsem přestal kouřit.“ / „Dělám, že mě to baví.“

10.3 Psychometrie

10.3.1 Koeficient reliability alfa emočních aspektů PID-5

V tabulce č. 8 jsou znázorněny koeficienty reliability Cronbachova alfa u jednotlivých emočních aspektů dotazníku PID-5. Koeficient může nabývat hodnot od -1 do 1. Pro běžně používané nástroje v oblasti psychologie a příbuzných oborů by koeficient měl dosahovat hodnot $>0,8$. V případě mého výzkumného souboru jsem pro PID-5 dosáhla celkové hodnoty $\alpha=0,91$, což vypovídá o výborné vnitřní konzistenci nástroje.

Tabulka 8: Analýza reliability PID-5

Proměnné	Průměr	Standardní odchylka	Totální průměr	Tot. standardní odchylka	Cronbachovo alfa	Koeficient vícenásobné tot. korelace
UZK	12,20833	6,02562	212,26389	78,88537	0,90824	0,80317
ELA	9,23611	5,02807	215,23611	79,95941	0,91005	0,77287
NOD	8,52778	4,34749	215,94444	81,6985	0,91467	0,46112
ANH	7,83333	4,80317	216,63889	80,23755	0,91061	0,774
VYH	3,0	2,82344	221,47222	82,77493	0,91633	0,36431
SST	9,81944	6,0452	214,65278	80,00672	0,91204	0,64284
PRL	8,88889	5,99661	215,58333	79,33398	0,90971	0,83282
GRA	4,13889	3,35381	220,33333	81,38	0,91245	0,70169
MAN	4,5	3,33568	219,97222	81,4383	0,91262	0,7759
TEK	10,38889	5,90668	214,08333	79,17564	0,90899	0,78707
IMP	7,61111	3,72111	216,86111	80,74674	0,91081	0,73428
NEZ	7,52778	4,68432	216,94444	79,54251	0,90809	0,81508
VYS	14,125	10,47726	210,34722	74,6651	0,90627	0,79598
DMV	8,73611	7,50022	215,73611	77,67012	0,90742	0,80024
NPP	4,88889	4,51774	219,58333	80,51048	0,91108	0,77609
VPO	8,375	6,06174	216,09722	80,11333	0,91242	0,81362
LHO	8,20833	6,83598	216,26389	79,01364	0,91042	0,71777
DEP	10,16667	7,59911	214,30556	77,47415	0,90699	0,82794
HOS	12,05556	6,21422	212,41667	78,77026	0,90823	0,77322
PER	11,36111	4,70632	213,11111	80,05131	0,90984	0,78154
OAF	8,80556	4,05469	215,66667	81,88381	0,91487	0,69384

RIG	12,625	6,45993	211,84722	81,80063	0,91855	0,66034
RIS	18,97222	9,99573	205,5	77,86011	0,9156	0,74735
PDD	4,41667	2,80718	220,05556	82,28889	0,91481	0,62464
PDZ	8,05556	3,36883	216,41667	81,82268	0,91388	0,47524
Cronbach's alpha	0,91474	Std. Cronbach's alpha	0,91742			

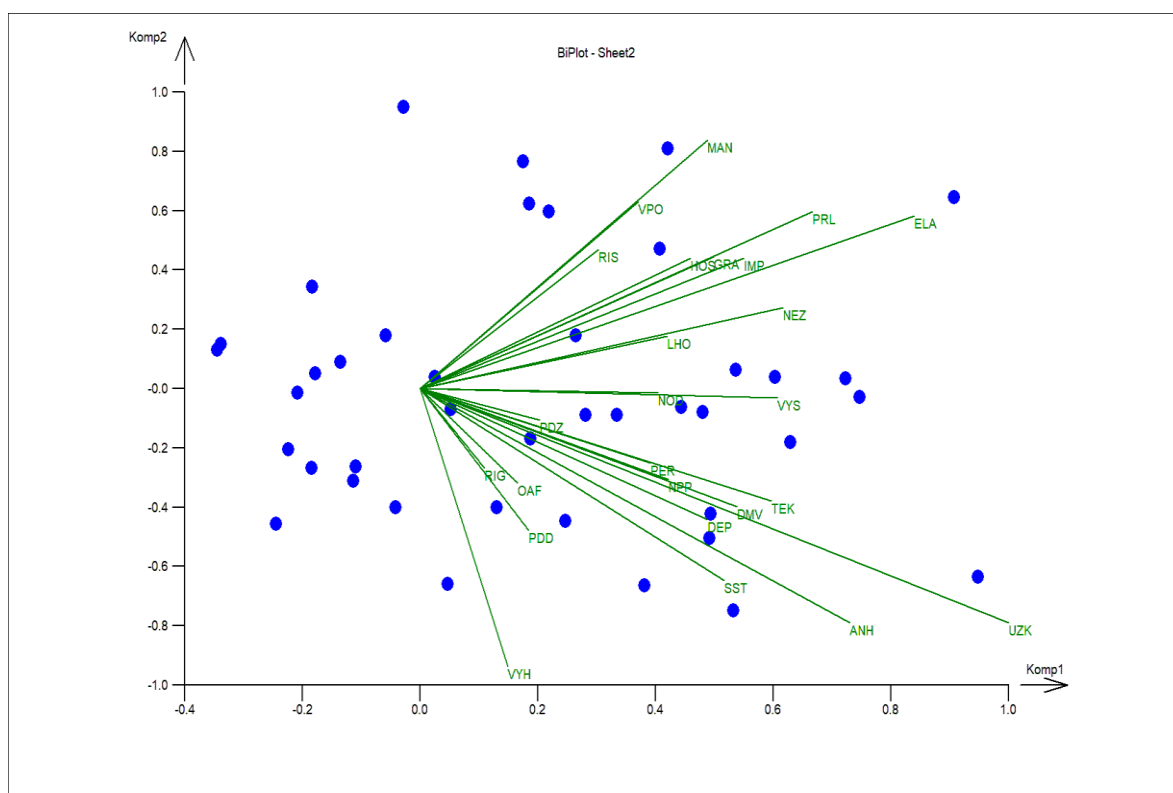
10.3.2 Koeficient reliability alfa jednotlivých položek BREQ-2

V tabulce č. 9 jsou znázorněny koeficient reliability alfa u jednotlivých otázek dotazníku BREQ-2. Cronbachova alfa v případě mého výzkumného souboru dosáhla celkové hodnoty $\alpha=0,73$, což svědčí pro uspokojivou vnitřní konzistenci nástroje.

Proměnné	Průměr	Standardní odchylka	Tot.průměr	Tot. standardní odchylka.	Cronbachovo alfa	Koeficient vícenásobné tot. korelace
BREQ_1	0,97183	1,15847	30,19718	9,35738	0,73522	0,52444
BREQ_2	1,90141	1,40565	29,26761	8,45485	0,67183	0,70169
BREQ_3	3,07042	1,33442	28,09859	8,75076	0,69486	0,76787
BREQ_4	2,49296	1,30792	28,67606	8,88783	0,70506	0,67546
BREQ_5	0,56338	1,15551	30,60563	9,65176	0,75458	0,60863
BREQ_6	0,84507	1,21476	30,32394	9,31937	0,7342	0,54344
BREQ_7	1,6338	1,32276	29,53521	8,65668	0,68647	0,72232
BREQ_8	2,23944	1,45862	28,92958	8,68056	0,69382	0,61987
BREQ_9	0,77465	1,24438	30,39437	10,03776	0,77977	0,685
BREQ_10	2,69014	1,20228	28,47887	8,87832	0,70074	0,81888
BREQ_11	0,59155	0,85486	30,57746	9,37117	0,7288	0,67574
BREQ_12	0,60563	1,10167	30,56338	9,82378	0,76381	0,66898
BREQ_13	1,08451	1,18015	30,08451	8,80543	0,69407	0,6711
BREQ_14	3,05634	1,28605	28,11268	8,79537	0,69681	0,48257
BREQ_15	2,90141	1,09746	28,26761	9,01104	0,70807	0,75099
BREQ_16	0,70423	1,04737	30,46479	9,38666	0,73429	0,50843
BREQ_17	1,78873	1,48243	29,38028	8,53123	0,68195	0,63207
BREQ_18	2,90141	1,22071	28,26761	8,81226	0,69596	0,81402
BREQ_19	0,35211	0,7946	30,8169	9,77359	0,75432	0,69882
Cronbach's alpha	0,73039	Std. Cronbach's alpha	0,68854			

10.3.3 Projekce hlavních komponent – PID-5

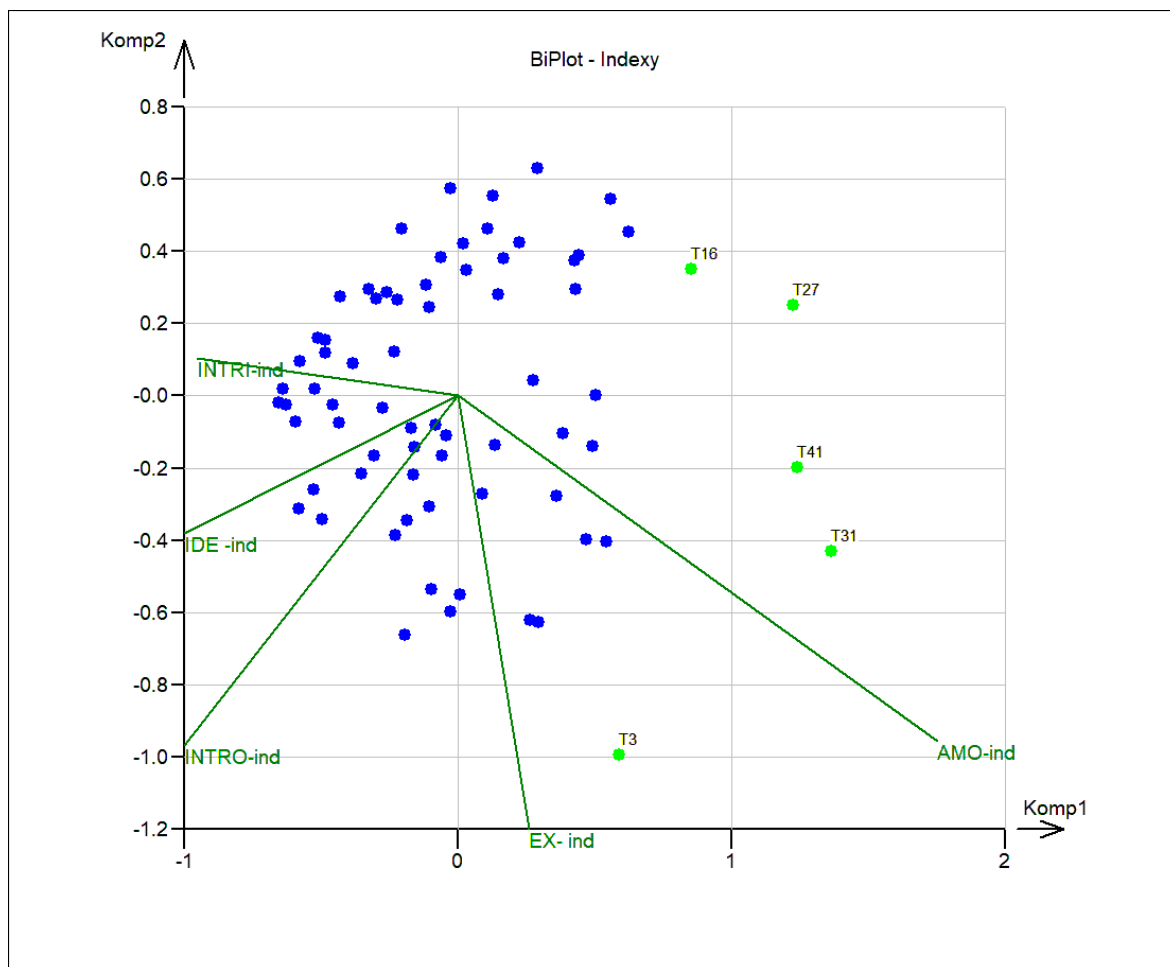
Na obrázku č. 5 je zobrazen graf pomocí BiPlot schématu. Jedná se o průmět vysokorozměrného prostoru do roviny. Body znázorňují průměty pacientů. Na zelených úsečkách jsou znázorněné jejich emoční aspekty. Úsečky, které se nachází blízko sebe, mají podobnou vypovídací schopnost. Podle umístění bodů se dá usuzovat na převládající zastoupení emočních aspektů u pacientů. Velikost emočního aspektu je dán kolmým průmětem bodu od úsečky. Skupina zelených bodů v horní části grafu je charakterizována spíše extrovertními vlastnostmi (vyžadování pozornosti, manipulativnost, impulzivita, riskování atd.), zatímco skupina zelených bodů v dolní části grafu zastává spíše introvertní vlastnosti (sociální stažení, poddajnost, depresivita, vyhýbání se intimitě atd.).



Obrázek 5: Vícerozměrná projekce emočních atributů PID-5

10.3.4 Projekce hlavních komponent – BREQ-2

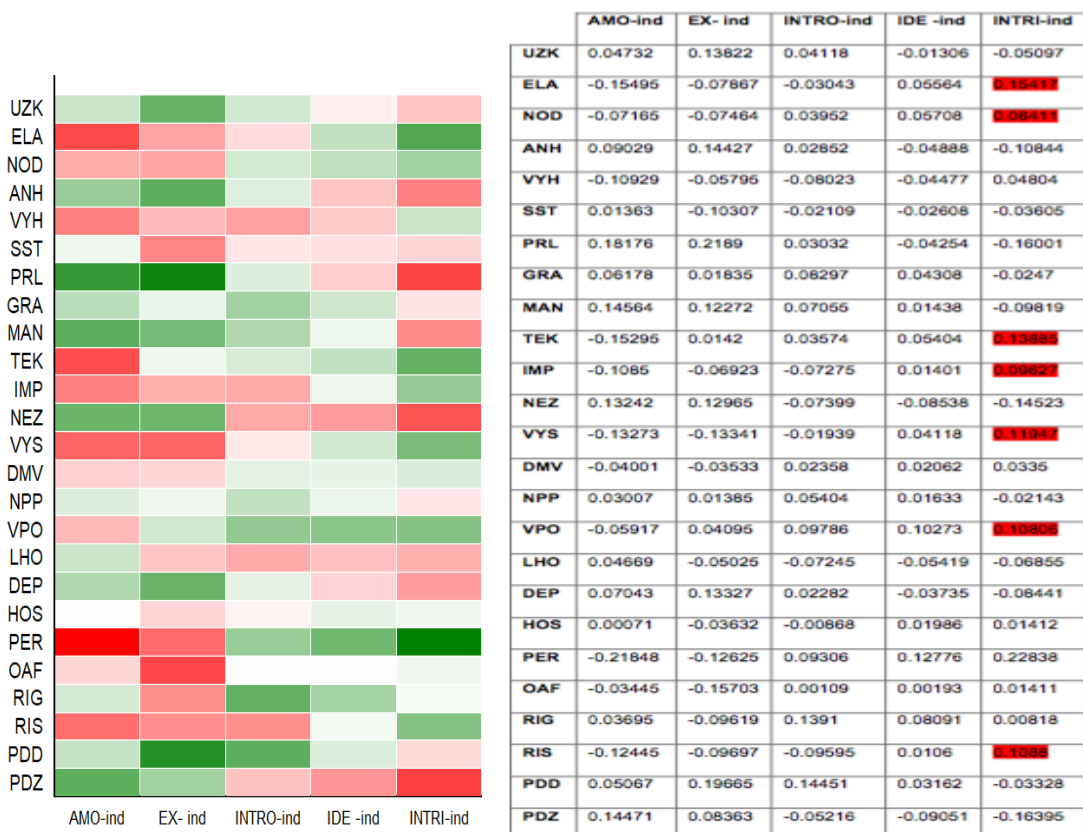
V obrázku č. 6 jsou na úsečkách znázorněné jednotlivé regulace chování vztažené k motivaci či amotivaci. Jednotlivé body představují respondenty. Podle umístění bodů se dá usuzovat na jejich převládající vlastnosti. V pravé polovině grafu jsou zastoupeni pacienti, u nichž převládá amotivace ke cvičení. U n=13 pacientů je dominantní amotivace. U n=20 pacientů převažuje „intrinsic“ regulace čili je u nich vysoká míra vnitřní motivace. U n=8 pacientů závisí „intrinsic“ regulace na identifikované regulaci. U n=8 pacientů je viditelný vztah mezi identifikovaným typem regulace na introjektované regulaci. U n=10 pacientů je vztah mezi introjektovaným typem regulace s externí regulací. U n=7 pacientů je externí typ regulace spojován s mírou amotivace.



Obrázek 6: Vícerozměrná projekce relativních autonomních indexů BREQ-2

10.3.5 PLS regrese PID-5 a BREQ-2

Obrázek č. 7 vypovídá o regresních koeficientech dotazníků BREQ-2 a PID-5. Na ose svislé jsou znázorněny emoční aspekty z dotazníku PID-5 a na vodorovné ose jsou indexy motivace z dotazníku BREQ-2. Intenzita barvy odpovídá absolutní velikosti koeficientu. Z tabulky vyplývá, že druh motivace signifikantně variuje v závislosti na druhu a míře osobnostních rysů, tj. míra amotivace/vnitřní motivace nutně neodpovídá hloubce osobnostní patologie. Absolutní velikost koeficientů se liší podle druhu motivace i míry zastoupení osobnostních rysů. Pro příklad je možné uvést vztah mezi emoční labilitou a motivací, kdy z obrázku vyplývá, že čím větší emoční labilitu pacient má, tím vyšší má vnitřní motivaci ke cvičení. V pravém obrázku jsou pro přehled uvedené numerické hodnoty koeficientů.



Obrázek 7: Regresní koeficienty PLS regrese BREQ-2 a PID-5

10.3.6 Hodnoty regresních koeficientů PID-5

Tabulka č. 10 udává hodnoty regresních koeficientů významných prediktorů ovlivňujících PID-5. Ilustruje vztahy mezi anamnestickými údaji a emočními aspekty. Test významnosti byl proveden na hladině významnosti $p=0,05$. Statisticky nevýznamné hodnoty nejsou uvedeny. Z výsledků je patrný např.: vztah mezi věkem a úzkostností, emoční labilitou, impulzivitou, nezodpovědností, lhostejností, hostilitou či podezíravostí. Nadměrné užívání léků ovlivňujících náladu a výkonnost u pacientů bylo spojováno s určitou mírou úzkostnosti, emoční lability, anhedonie, prolhanosti, lhostejnosti atd.

	věk	pohlaví	nežádoucí událost	materiální situace	cítí se	anam_1	anam_2	anam_3	anam_4	anam_5	anam_6	anam_7	anam_8	anam_9
UZK	-0,2032	-	3,4977	-	-	-	3,8388	-	-	-	-3,5979	3,7262	2,8568	-
ELA	-0,1422	-	-	-	1,4428	-	3,4532	-	-	-	-	3,2547	-	3,1836
NOD	-	-	-	-	-	-	-	-	-2,982	-	-3,2541	-	-	-
ANH	-	-	3,9111	-	2,3018	-	-	-	-	-	-4,0143	5,3019	-	-
VYH	-	-	1,9975	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PRL	-	-	-	-	2,3762	-	-	-	-	-	-	4,1784	-	-
GRA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-2,2148	-
MAN	-	-	-1,6503	-0,8816	1,0786	-	-	-	-	-	-	2,1269	-	2,2784
TEK	-	-	-	-	2,5655	-3,1873	3,1252	-	-	-	-4,5854	7,6298	-	3,4304
IMP	-0,0991	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

NEZ	-0,1135	-2,4598	-	-	1,6509	-	-	-	-	-	-	2,9229	-	-
VYS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-6,6904	-	-	-
DMV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5,4148
NPP	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VPO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-4,1173	-	-	-	4,743
LHO	-0,2053	-	-	-	2,0098	-	-	-	-	-	-5,5909	4,3835	-	-
DEP	-	-	5,209	-	-	-	-	-	-	-	-6,3231	6,8327	-	4,4438
HOS	-0,1869	-	-	-	1,8962	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PER	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-4,0225	-	-	4,2611
OAF	-	-2,6103	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RIG	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RIS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PDD	-	-	1,4964	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,8185	-
PDZ	-0,1057	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Pozn.: *anam_1 = v minulosti proběhla psychiatrická léčba, anam_2 = někdo z příbuzných se psychiatricky léčil, anam_3 = problémy s nadměrným užíváním nebo závislostí na alkoholu, anam_4 = problémy s nadměrným užíváním nebo závislostí na drogách, anam_5 = nadužívání léků, anam_6 = přítomnost tělesné choroby, anam_7 = v současnosti užívání léků ovlivňujících náladu, anam_8 = v minulosti epileptický záchvat, anam_9 = více než 5 minut v bezvědomí*

10.3.7 Hodnoty regresních koeficientů BREQ-2

Tabulka č. 11 udává hodnoty regresních koeficientů významných prediktorů ovlivňujících BREQ-2. Ilustruje vztahy mezi anamnestickými údaji a indexy motivace/amotivace. Test významnosti byl proveden na hladině významnosti $p=0,05$. Statisticky významné hodnoty nejsou uvedeny. Amotivace byla u pacientů ovlivněná psychiatrickou léčbou v minulosti, přítomností tělesné choroby, současným užíváním léků ovlivňujících náladu, přítomností epileptického záchvatu v minulosti. Vnitřní motivace byla ovlivněná pohlavím, psychiatrickou léčbou někoho z příbuzných a přítomností tělesné choroby.

	věk	pohlaví	nežádoucí událost	materiální situace	cítí se	anam_1	anam_2	anam_3	anam_4	anam_5	anam_6	anam_7	anam_8	anam_9
AMO-ind	-	-	-	-	-	0,7165	-	-	-	-	0,6798	-0,7486	0,5101	-
EX-ind	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
INTRO-ind	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IDE-ind	-	0,8398	-	-	-	-0,7034	0,8128	-	-	-	-	0,8436	-	-
INTRI-ind	-	0,5924	-	-	-	-	0,7697	-	-	-	-0,7974	-	-	-

11 Diskuze

Na základě cíle studie, tj. posouzení míry motivace pacientů k PA během tříměsíční léčby na lůžkovém oddělení pro muže a ženy KAD, jsem si stanovila příslušné výzkumné hypotézy. V této části se zabývám úvahami nad jejich potvrzením či vyvrácením. V rámci uváh vycházím z výsledků, kdy dominantní část probandů tvořili jedinci se závislostí na alkoholu.

H1: Po 3 měsících dodržování denního programu a prováděním PA na KAD u pacientů dojde ke snížení tukové hmoty a ke zvýšení svalové hmoty.

V rámci této hypotézy je důležité si uvědomit, jakým způsobem jedinec může nevhodně nakládat se svým zdravím, pokud dlouhodobě užívá alkohol, jako tomu bylo v případě většiny mých respondentů před začátkem léčby. Dle studie Sutera (2005) u jedinců užívajících množství alkoholu vyšší než 30g/den, dochází ke zvýšení chuti k jídlu. S tím je spojené zvyšování energetického příjmu. Pokud u daného jedince navíc převládá požívání velkého množství tučného jídla, dochází tak k ukládání tukové hmoty a k vyššímu riziku rozvoje obezity. Snížení příjmu alkoholu proto může hrát důležitou roli při redukci tukové hmoty. Pro správný chod metabolických dějů v těle, např. spalování tuků či nábor svalové hmoty, je potřeba dostatečné množství vody v těle. Dle Maughana (2014) má užívání alkoholu diuretické účinky, které u jedince mohou vést ke vzniku dehydratace a tento neblahý efekt může omezit schopnosti jedince. V mé studii byl u pacientů v průběhu léčby viditelný nárůst celkové vody v těle, což mohlo mít pozitivní vliv na přírůstek svalové hmoty a úbytek tukové hmoty. Tělesné složení se u pacientů měnilo v závislosti na stadiu léčby. Změny tělesného složení nebyly u obou pohlaví v průběhu léčby tolik markantní. Na druhou stranu ale i ve studii Browna et al. (2009) byly po 3 měsících provádění PA u respondentů prokázány tělesné změny. Nárůst svalové hmoty u žen si v mém výzkumu v průběhu prvního měsíce léčby vysvětluji tím, že pacientky se v této fázi sžívaly s novým prostředím, mohly provádět větší množství PA, než na které byly doposud zvyklé a změny v tělesném složení byly o to viditelnější. Docházelo současně ke dvěma pozitivním zjištěním, kdy u pacientek v průměru docházelo zároveň k navýšení svalové hmoty a poklesu tukové hmoty. Po prvním měsíci léčby již měly „zaběhnutý“ program a docházelo u nich k poklesu tukové hmoty, který mohl být spojen i se změněnými dietními návyky. U mužů byl v průběhu léčby výraznější nárůst svalové hmoty, který mohl být spojen jednak s pravidelnou PA, a také s pravidelnou stravou. Po prvním měsíci léčby byl viditelný nárůst svalové hmoty ve všech partiích těla. Postupem času docházelo ke zvýšení svalové hmoty zejména v oblastech horních končetin a trupu. Dle mého názoru mohl tento výsledek souviset s tím, že se muži po dobu léčby zaměřovali na fyzicky náročnější práce než ženy. Dále z jejich tréninkových deníků bylo patrné, že trávili PA denně více času.

První hypotéza byla potvrzena.

H2: V průběhu léčby budou pacienti inklinovat k atletické postavě, zatímco pacientky k astenické postavě.

Již v době kamenné byl ideál muže silný a schopný lovec. V období středověku zastávali muži roli statečných a urostlých rytířů. Další období ovlivnila podoba typického dnešního muže, ale v mnoha případech se ideál krásy muže příliš nezměnil. Na ženy byly v historii kladeny vyšší nároky. Nezapomeňme např. na Marilyn Monroe se svými ženskými křivkami, posléze Twiggy se svou útlou postavou. V 90. letech začaly dominovat modelky tzv. „heroinového stylu“, jejichž nadvláda pokračuje dodnes (Krch, Švédová, 2013). V rámci těchto zjištění by se dle mého názoru mohli případně orientovat i pacienti, kteří se v průběhu léčby snaží o celkovou změnu svého já. V rámci užívání alkoholu dochází ke změnám postavy. BMI patří mezi jeden z ukazatelů těchto parametrů. V mé studii se u žen hodnota BMI pohybovala okolo 27 kg/m², což odpovídá nadváze, z čehož lze usuzovat, že u žen převládá pyknický typ postavy. V průběhu léčby u nich nejvíce docházelo k redukci obvodu pasu a dalších partií. Ženy se tedy snažily o zhubnutí. I Markland a Ingledew (2007) ve své studii potvrzují, že si pacientky při provádění PA kladly za cíl snížit celkovou hmotnost těla. Tento jev může mít také souvislost s přítomností PPP, kdy je vyžadováno markantní snížení váhy za krátké časové období. Dle Krcha (1999) v rámci pojetí anorexie bývá ideál krásy spojován se sociálním tlakem. Ve štíhlosti je cesta ke kráse a tím pádem k úspěchu. Sebekontrolu jedinci spojují s kontrolou tělesné hmotnosti. V posledních letech sdělovací prostředky propagují, že štíhlost patří mezi hlavní aspekty fyzické přitažlivosti. V našem společenském klimatu je přerušování diety a mírná odchylka od stanoveného ideálu krásy, tedy nadváha vnímána jako selhání. Myslím si, že PA je do určité míry zdravá u pacientek s PPP, ale je třeba dostatečné monitorace, aby nedocházelo k riziku zneužívání PA pro účely redukce váhy. Dle Schrödera et al. (2007) zvýšená konzumace alkoholu vede u mužů ke vzniku abdominální obezity. V mé studii se BMI během léčby pohybovalo okolo 25 kg/m², z čehož lze usuzovat, že převládá spíše atletický typ postavy. Bobak et al. (2003) ve své studii řešil neblahé vedlejší účinky alkoholu spojené se zvýšením obvodu pasu a boků u mužů. V mé studii došlo k pozitivnímu zjištění, že v rámci léčby byla u mužů viditelná redukce obvodu pasu a boků. Navíc bylo prokázáno zvýšení obvodu paže při kontrakci.

Druhá hypotéza byla do určité míry potvrzena, jelikož somatotyp mužů byl atletický po celou dobu léčby. Navíc k tomu přispěl fakt, že u nich ještě došlo k posílení horní části těla. U žen byl sice somatotyp v průměru sice pyknický, ale ženám se podařilo během celé léčby snížit svou celkovou tělesnou hmotnost. Navíc se mezi ženami objevovaly pacientky s PPP, u kterých převládala astenická postava.

H3: Čím výraznější hloubka osobnostní psychopatologie, tím menší motivace k PA.

U dotazníku PID-5 byla prokázána výborná hodnota vnitřní konzistence, u dotazníku BREQ-2 byla tato hodnota na spodní hranici spolehlivosti. Je proto diskutabilní, zdali jsou závěry stran míry motivace a hloubky patologie osobnosti v této studii platné. Mezi důvody, které by mohly stát za nedostatečnou spolehlivostí dotazníku dle mého názoru patří: nedostatečná velikost vzorku či případně nedostatečný překlad anglické verze do české podoby, ve které

tento dotazník nebyl doposud využit. Podobné výsledky reliability byly prokázány i v jiných studiích. Dle Wilsona et al. (2002) výsledky potvrdily reliabilitu i validitu BREQ-2. Byly potvrzeny uspokojivé hodnoty faktoru CFA (Confirmation factor analysis) a SEM (Structural equation modeling). Hodnoty Cronbachova koeficientu alfa byly přijatelné u všech subškál a byl vysloven závěr, že případným odstraněním některých položek z dotazníku by nedošlo ke zvýšení reliability. Ve studii Marklanda a Tobina (2004) byla pomocí CFA prokázána dostatečná validita BREQ-2 a reliabilita byla taktéž přijatelná. Hodnoty Cronbachova koeficientu alfa byly přijatelné u všech položek.

V mé studii u pacientů převládaly různé míry zastoupení osobnostních rysů, které mohly vypovídat o hloubce poruchy osobnosti. V jedné skupině převládaly spíše rysy vykazující extrovertní typ chování, které mohly napovídat např. hraniční či narcistické poruše osobnosti. Ve druhé skupině u jedinců dominovalo spíše introvertní chování, které mohlo napovídat např. neurotické poruše či jiné psychopatologii. Ačkoli lze předpokládat určité typy poruch osobnosti, dle Riegela et al. (2016) by se na základě pouhého popisu rysů osobnosti nemělo uchýlovat ke stanovení konkrétní diagnózy, ale můžeme jedince popsat v pojmech patologických osobnostních rysů, které mohou a nemusí vést ke konkrétním typům poruch osobnosti. Já se dále odkazuji na rysy dvou výše zmíněných skupin.

Typologie rysů měla vliv na míru motivace k PA. U jedinců převládaly různé kombinace regulací chování, které předpovídaly nižší či vyšší míru sebeurčení a s tím spojené motivace/amotivace. Zhruba polovinu všech probandů tvořili ryze motivovaní či amotivovaní jedinci, zbylá procenta tvořili jedinci, u kterých se mísily různé regulace chování a jedinci tak disponovali vyšší či nižší mírou motivace/amotivace. Dle Ingledewa et al. (2009) bylo prokázáno, že motivy k účasti na cvičení závisely na predispozicích jedince, což bylo evidentní i v mé studii. Pozitivní postoj ke cvičení vykazovali pacienti, u kterých převažovala intrinsic či identifikovaná regulace chování, zatímco sníženou chuť ke cvičení projevovali pacienti s externí či introjektovanou regulací. Jednotlivé regulace chování závisely na motivech účasti k PA: intrinsic regulace byla řízená vnitřní motivací, identifikovaná regulace závisela na celkovém zdravotním stavu jedince, introjektovaná regulace závisela na celkovém vzhledu/tělesné hmotnosti, vnější regulace závisela na sociálně-kulturních ideálech krásy.

V rámci mé studie bylo klíčové překvapivé zjištění, že u jedinců vykazujících klinicky významné hodnoty emoční nestability nebo narcistických rysů byla zjištěna motivace k PA. Tyto výsledky mohou být spojeny s tím, že emoční prožívání těchto jedinců bývá povrchnější a vysoce proměnlivé. Dále tomu také nasvědčoval fakt, že se pacienti v době administrace dotazníků vyskytovali ve fázi abstinence. Měli striktně stanovený denní program, který jim vytvářel určitý řád, který u jedinců užívajících NL potažmo jedinců s osobnostní psychopatologií často chybí. Dle Faldyna (2005) mezi osobnostní rysy, které mohou napovídat hloubce poruchy osobnosti, patří např. impulzivita, agresivita, neschopnost navázat nebo udržet vztah, nesamostatnost, závislost na okolí, neschopnost autentického projevu apod. Navíc bylo mou studií prokázáno, že nižší věk souvisel s vyšší emoční labilitou či impulzivitou. Tento jev si vysvětluji tím, že v mé studii se vyskytovala většina jedinců v mladších středních letech. Motivace jedince záležela na mnoha faktorech. Dle Kaliny et al. (2001) se motivace vlivem užívání zásadně mění poklesem zájmů a ztrátou energie, kterou jedinec potřebuje k růstu. Dle Nakonečného (1996) určité vnější podněty se

mohou stát motivujícími jen za předpokladu příslušného vnitřního vyladění, které je dáno stavem trvalých a aktuálních potřeb člověka. Motivace k PA se lišila v závislosti na pohlaví, dále souvisela s přítomností tělesné choroby, kterou mohli případně jedinci vykonáváním PA redukovat. V neposlední řadě hrála roli psychiatrická léčba někoho z příbuzných, která mohla jedince ovlivnit natolik, že toužil po tom sám sebe změnit.

Na druhou stranu jedinci, u kterých převládaly spíše neurotické rysy, jako např. anhedonie, depresivita či úzkosnost vykazovali vyšší míru amotivace k PA. To si vysvětlují tím, že dlouhodobě negativně naladěni jedinci nemají ani přes změnu prostředí chuť učit se novým věcem. Dle Kulískové (2001) jsou neurotické rysy charakterizované např. úzkostí, která může přecházet v paniku vyvolanou dobře známými situacemi. Dále se objevují sociální fobie, akutní reakce na stres, poruchy přizpůsobení či disociační poruchy. Ve studii byl zaznamenán jev, že nižší věk poukazyval na vyšší míru úzkostnosti. Jako v prvním případě bych příčinu tohoto zjištění přisuzovala spíše většímu zastoupení jedinců v mladších středních letech ve výzkumném souboru. Míra amotivace byla ovlivněná tím, že již v minulosti respondenti podstoupili psychiatrickou léčbu, která pro ně nemusela být účinná. Dále se u nich vyskytovala tělesná choroba, která je mohla eventuálně limitovat v provádění PA.

Třetí hypotéza byla na základě mých výsledků vyvrácena.

Cílem studie bylo zjistit míru motivace pacientů k PA během tříměsíční léčby na lůžkovém oddělení pro muže a ženy KAD. Na základě této pilotní studie bylo zjištěno, že míra motivace stoupá s vyšší mírou osobnostní psychopatologie.

Příště bych pro dosažení reprezentativnosti zvolila větší výzkumný soubor, a také bych využila kontrolní skupinu jedinců, kteří netrpí závislostí na NL. Na základě toho by mohlo dojít k uspokojivějším hodnotám vnitřní konzistence BREQ-2.

Výsledky mé pilotní studie by mohly být inspirující pro další studie zaměřené na tuto problematiku, na kterou dle mého názoru v ČR není brán doposud významný zřetel. Doporučila bych využít dotazník BREQ-2 i v dalších studiích, aby docházelo ke komplexnějšímu přístupu k pacientovi.

12 Limity

Jelikož se jednalo o pilotní studii, výzkum byl zkoumán na malém vzorku respondentů. Tudíž obdržené výsledky nelze považovat za reprezentativní, zejména po stránce somatometrie. Z celkového počtu 72 respondentů se dobrovolně účastnilo této fáze výzkumu pouze 28 jedinců, z nichž 6 osob nedokončilo všechna měření, tudíž nakonec nebyli zahrnutí do závěrečného hodnocení. Během hospitalizace byl sledován relativně vysoký drop-out. Důvodem, proč se ostatní pacienti nechtěli zapojit do somatometrie byla např. lenost, nedostatek motivace k vyplňování tréninkového deníku atd. Na malém vzorku respondentů, kteří se účastnili somatometrie (n=22) nemohla být provedena spolehlivá statistická analýza.

Do výzkumu bylo zahrnuto malé procento žen v porovnání s muži v poměru 3:1. Důvodem mohlo být nevhodně zvolené období pro sběr dat, jelikož na LOŽ v té době přijímali málo pacientek do základní léčby. Převažovaly pacientky hospitalizované s přeléčením recidivy.

Při vybírání tréninkových deníků na konci léčby docházelo opakovaně ke zjištění, že daný/á respondent/ka deník během léčby ztratili či ho nedostatečně vyplnil, což mohlo způsobit zkreslení získaných údajů.

13 Závěr

Cílem teoretické části bylo vysvětlit základní pojmy spojené se závislostmi, rozlišení látkové a nelátkové závislosti, dále zhodnotit výhody a nevýhody PA, které mohou být součástí léčby závislostí, uvést několik relevantních empirických studií, na kterých byla zmíněna motivace k PA u závislých jedinců, nakonec popsat teorii sebeurčení, která je klíčová pro hodnocení dotazníku BREQ-2. V empirické části byly popsány psychometrické a somatometrické změny pacientů léčících se na KAD.

Prostřednictvím výzkumu došlo k nahlédnutí do denního programu hospitalizovaných pacientů léčících se na KAD s ohniskem na přístup k PA. Na základě výsledků byl vysloven závěr, že provádění PA po dobu třech měsíců na KAD má pozitivní účinky jednak na změny tělesného složení a na tělesné parametry pacientů. Dále bylo zjištěno, že druh motivace signifikantně variuje v závislosti na druhu a míře zastoupení osobnostních rysů. Byly prokázány výborné hodnoty vnitřní konzistence aspektů PID-5 a uspokojivé až dobré hodnoty vnitřní konzistence BREQ-2 na úrovni položek.

Jelikož se pracovalo s malým vzorkem respondentů, závěry empirické části jsou spíše informativní. Pro srovnání výsledků nebyla využita kontrolní skupina. Jednalo se o pilotní studii, kdy byli pacienti v průběhu hospitalizace na KAD podrobeni spektru vyšetřovacích metod ke zjištění motivace k PA, osobnostních rysů a změn tělesných proporcí. V této oblasti je prostor pro rozsáhlejší výzkum, kdy by bylo vhodné pracovat s větším souborem s cílem dosáhnout reprezentativních výsledků.

Touto prací bych chtěla podpořit využití dotazníku BREQ-2 pro zjišťování motivace k PA. Výsledky z tohoto dotazníku by mohly zefektivnit individuální přístup ke klientovi a lépe zjišťovat jeho potřeby, na jejichž základě by mohlo případně dojít k určení nejvhodnější PA. Vhodně zvolená PA by mohla pacientovi posloužit ke zlepšení jeho emočního prožívání i sebepercepce a eventuálně nahradit závislost na NL zdravější činnostmi.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

NL = návykové látky
PA = pohybová aktivita
KAD = Klinika adiktologie
CNS = centrální nervová soustava
MKN-10 = Mezinárodní klasifikace nemocí
ČR = Česká republika
LSD = diethylamid kyseliny lysergové
PPP = poruchy příjmu potravy
NMS = Národní monitorovací středisko
BMI = body mass index (index tělesné hmotnosti)
HT = hydroxytryptamin
SSRI = selektivní inhibitor zpětného vychytávání serotoninu
REM = rapid eye movement
RAI = relativní autonomní index
TTM = transteoretický model
ADS = The Alcohol Dependence Scale
CES-D = The Center for Epidemiological Studies of Depression Scale
ACSM = American College of Sport and Medicine
EASI = Evropský index závislosti
MET = Motivational Enhancement Therapy
CM = contingency management
WHR = poměr pasu k bokům
1.LF UK = 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy
VFN = Všeobecná fakultní nemocnice
JIP = Jednotka intenzivní péče
ARO = Anesteziologicko-resuscitační oddělení
LOM = Lůžkové oddělení muži
LOŽ = Lůžkové oddělení ženy
PLS = Partial Least Squares
OSVČ = osoba samostatně výdělečně činná
ČID = částečný invalidní důchod
SD = starobní důchod
TBW = celková voda v těle
FFM = čistá hmotnost
PBF = procento tuku v těle
BMR = minimální kalorická potřeba
UZK = úzkostnost
ELA = emoční labilita
NOD = nejistota z odloučení
ANH = anhedonie
VYH = vyhýbání se intimitě
SST = sociální stažení

PRL = prolhanost
GRA = grandiozita
MAN = manipulativnost
TEK = těkavost pozornosti
IMP = impulzivita
NEZ = nezodpovědnost
VYS = výstřednost
DMV = dysregulace myšlení a vnímání
NPP = neobvyklé představy a prožitky
VPO = vyžadování pozornosti
LHO = lhostejnost, bezohlednost
DEP = depresivita
HOS = hostilita
PER = perseverace
OAF = omezená afektivita
RIG = rigidní perfekcionismus
RIS = riskování
PDD = poddajnost
PDZ = podezíravost
INTRI-ind = index intrinsic regulace
IDE-ind = index identifikované regulace
INTRO-ind = index introjektované regulace
EX-ind = index externí regulace
AMO-ind = index amotivace

SEZNAM TABULEK, OBRÁZKŮ A GRAFŮ

Tabulka 1: Absolutní počet hospitalizovaných v kateg. V. dle MKN-10 (ÚZIS, 2017).....	6
Tabulka 2: Počet hospitalizovaných dle typu dg v r 2017 (ÚZIS, 2017).....	7
Tabulka 3: Teorie sebeurčení (Deci et al., 1985 a 1991).....	16
Tabulka 4: Průměrné tělesné složení žen během léčby.....	27
Tabulka 5: Průměrné tělesné složení mužů během léčby.....	28
Tabulka 6: Nejčastěji uváděné informace v tréninkových denících u žen.....	30
Tabulka 7: Nejčastěji uváděné informace v tréninkových denících u mužů.....	31
Tabulka 8: Tabulka p-hodnot regresních koeficientů PID-5.....	31-32
Tabulka 9: Tabulka p-hodnot regresních koeficientů BREQ-2.....	32
Tabulka 10: Analýza reliability PID-5.....	35-36
Tabulka 11: Analýza reliability BREQ-2.....	36
Obrázek 1: Rozložení tukové a beztukové hmoty u žen v průběhu léčby.....	28
Obrázek 2: Rozložení tukové a beztukové hmoty u mužů v průběhu léčby.....	29
Obrázek 3: Průměrná postava ženy v průběhu léčby.....	29
Obrázek 4: Průměrná postava muže v průběhu léčby.....	30
Obrázek 5: Vícerozměrná projekce emočních atributů PID-5.....	33
Obrázek 6: Vícerozměrná projekce relativních autonomních indexů BREQ-2.....	34
Obrázek 7: Regresní koeficienty PLS regrese BREQ-2 a PID-5.....	35
Graf 1: Druh závislosti.....	25
Graf 2: Rodinný stav.....	26
Graf 3: Vzdělání.....	26
Graf 4: Zaměstnání.....	27

SEZNAM LITERATURY

Články a studie:

1. Bamber, D.J., Cockerill, I.M., Rodgers, S., & Carroll, D. (2003). Diagnostic criteria for exercise dependence in women. *Br J Sports Med*, 37(5), 393-400. Staženo z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14514528/>
2. Bartha, R., & Davis, T. (1982). Holism and highlevel wellness. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 28, 28-31. Staženo z <http://psycnet.apa.org/record/1983-31048-001/>
3. Benkovič, J., Mišurdová, J., & Grossmann, J. (2012). Niektoré typy závislostí a ich najčastejšie psychické komorbidní poruchy. *Psychiatria pre prax*, 13(1), 21-24. Staženo z <http://www.solen.sk/pdf/bc7e4d0cf4e9124cf420f1d7ccb71e59.pdf>
4. Biddle, S.J.H., & Nigg, C.R. (2000). Theories of exercise behavior. *Int. J. Sport*, 31, 290-304. Staženo z <https://www.researchgate.net/publication/232534883>
5. Blumenthal, J.A., Babyak, M.A., Moore, K.A., Craighead, W.E., Herman, S., Khatri, P., Waugh, R., Napolitano, M.A., Forman, L.M., Appelbaum, M., Doraiswamy, P.M., & Krishnan, K.R. (1999). Effects of exercise training on older patients with major depression. *Arch. Intern. Med.*, 159, 2349-56. Staženo z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10547175>
6. Bobak, M., Skodova, Z., & Marmot M. (2003) Beer and obesity: s cross-sectional study. *European Journal of Clinical Nutrition*. 57(10), 1250-1253. Staženo z <https://www.nature.com/articles/1601678>
7. Brown, R.A., Abrantes, A.M., Read, J.P., Marcus, B.H., Jakicic, J., Strong, D.R., Oakley, J.R., Ramsey, S.E., Kahler, C.W., Stuart, G., Dubreuil, M.E., & Gordon, A.A. (2009). Aerobic exercise for alcohol recovery: rationale, program, description, and preliminary findings. *Behav Modif.*, 33 (2), 220-49. Staženo z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Aerobic+exercise+for+alcohol+recovery%3A+rationale%2C+program+description%2C+and+preliminary+findings>
8. Brown, R.A., Abrantes, A.M., Reas, J.P., Marcus, B.H., Jasicic, J., Strong, D.R., Oakley, J.R., Ramsey, S.E., Kahler, Ch.W., Stuart, G.G., Dubreuil, M.E., & Gordon, A.A. (2010). A pilot study of aerobic exercise as an adjunctive treatment for drug dependence. *Mental Health and Physical Activity*, 3, 27-34. Staženo z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2889694/>
9. Brown, R.A., Abrantes, A.M., Minami, H., Read, J.P., Marcus, B.H., Jakicic, J.M., Strong, D.R., Dubreuil, M.E., Gordon, A.A., Ramsey, S.E., Kahler, C.W., & Stuart, G.L. (2014). A preliminary randomizes trial of aerobic exercise for alcohol dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47, 1-9. Staženo z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24666811>
10. Bull, F.C., Bellow, B., Schoppe, S., & Bauman, A.E. (2004). Developments in national physical acitivity policy: an international review and recommendation towards better practice. *J. Sci. Med. Sport*, 7, 93-104. Staženo z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15214607>

11. Calero-Elvira, A., Krug, I., Davis, K., & Treasure, J. (2009). Meta-analysis on drugs in people with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 17, 243-259. Staženo z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19475697>
12. Deci, E.L., & Ryan, R.M. (1985). Intrinsic motivation and self-determination in Human Behavior. *Plenum Press*. Staženo z https://www.researchgate.net/publication/233896840_Intrinsic_Motivation_and_Self-Determination_in_Human_Behavior
13. Deci, E.L., & Ryan, R.M. (1991). A motivational approach to self: Integration in personality. In R. Dienstbier *Nebraska symposium on Motivation*, 38, 237-288. Staženo z https://www.researchgate.net/publication/21026291_A_Motivational_Approach_to_Self_Integration_in_Personality
14. Faldyna, Z. (2005). Specifické poruchy osobnosti část II. Diferenciální diagnostika a terapie. *Psychiatria pre prax*. Staženo z <http://www.solen.sk/pdf/c67e75808e10d0e002f2d54cf8fed57e.pdf>
15. Fouladi, F., Mitchell, J.E., Crosby, R.D., Engel, S.G., Crow, S., Hill, L., Grange, D., Powers, P., & Steffen, K.J. (2015). Prevalence of Alcohol and Other Substance Use in Patients with Eating Disorders. *Eur Eat Disord Rev.*, 23(6), 531-6. Staženo z <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/erv.2410>
16. Fox, K.R. (1999). The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutrition*. 2, 411-418. Staženo z <https://www.cambridge.org/core/journals/public-health-nutrition/article/influence-of-physical-activity-on-mental-wellbeing/3C363AECE5C8CAC490A585BA29E6BF8>
17. Freimuth, M., Moniz, S., & Kim, S.R. (2011). Clarifying Exercise Addiction: Differential Diagnosis, Cooccurring Disorders, and Phases of Addiction. *Int J Environ Res Public Health*, 8(10), 4069-4081. Staženo z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3210598/>
18. Grant, J.E., Potenza, M.N., Weinstein, A., & Gorelick, D.A. (2010). Introduction to Behavioral Addictions. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 36(5), 233-241. Staženo z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3164585/>
19. Griffiths, M. (1997). Exercise addiction: a case study. *Addict*, 5, 161-168. Staženo z https://www.researchgate.net/publication/232050272_Exercise_Addiction_A_Case_Study
20. Hagger, M.S., Chatzisarantis, N.L.D., & Biddle, S.J.H. (2002). A meta-analytic review of the theories of reasoned action planned behaviour in physical activity: predictive validity and the contribution of additional variables. *J.Spor. Exerc. Psychol.*, 24, 3-32. Staženo z https://www.researchgate.net/publication/279904835_A_Meta-Analytic_Review_of_the_Theories_of_Reasoned_Action_and_Planned_Behavior_in_Physical_Activity_Predictive_Validity_and_the_Contribution_of_Additional_Variables
21. Harris, E.C., & Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 173, 11-53. Staženo z

<https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/excess-mortality-of-mental-disorder/45A4F4869523062F276342D48914BB53>

22. Chatzisarantis, N.I.D., Hagger, M.S., Biddle, S.J.H., Smith, B., & Wang, C.K.J. (2003). A meta-analysis of perceived locus of causality in exercise, sport, and physical education context. *J.Sport. Exerc. Psychol.*, 25, 284-306. Staženo z https://www.researchgate.net/publication/43501328_A_Meta-Analysis_of_Perceived_Locus_of_Causality_in_Exercise_Sport_and_Physical_Education_Contexts
23. Ingledew, D.K., Markland, D., & Ferguson, E. (2009). Three levels of exercise motivation. *Applied Psychology: Health and Wellbeing*, 1, 336-355. Staženo z http://pages.bangor.ac.uk/~pes004/exercise_motivation/downloads/ingledew%20markland%20ferguson%20three%20levels%202009.pdf
24. Kahn, E.B., Ramsey, L.T., Brownson, R.C., Heath, G.W., Howye, E.H., Powell, K.E., Stone, E.J., Rajab, M.W., & Corso, P. (2002). The effectiveness of interventions to increase physical activity: a systematic review. *Am. J. Prev. Med.*, 22, 73-107. Staženo z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11985936>
25. Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K.E., Watson, D., & Skodol, A.E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42, 1879-1890. Staženo z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22153017>
26. Kulísková, O. (2001). Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatomorfni poruchy – etiologie, diagnostika a terapie. *Neurologie pro praxi*. Staženo z <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2001/03/07.pdf>
27. Laine, C., & Davidoff, F. (1996). Patient-centered medicine. A professional evolution. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 275, 152-156. Staženo z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8531314>
28. Mamen, A., Pallesen, S., & Martinsen, E.W. (2011). Changes in mental distress following individualized physical training in patients suffering from chemical dependence. *European Journal of Sport Science*, 11, 269-276. Staženo z <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17461391.2010.509889>
29. Markland, D., & Ingledew, D.K. (2007). The relationship between body mass and body image and relative autonomy for exercise among adolescent males and females. *Psychology of Sport and Exercise*, 8, 836-853. Staženo z http://pages.bangor.ac.uk/~pes004/exercise_motivation/downloads/markland&ingle dew%202007%20pse%20body%20image.pdf
30. Markland, D., & Tobin, V. (2004). A modification of the Behavioral Regulation in Exercise Questionnaire to include an assessment of amotivation. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 26, 191-196. Staženo z: https://www.researchgate.net/publication/235913863_A_Modification_to_the_Behavioural_Regulation_in_Exercise_Questionnaire_to_Include_an_Assessment_of_A_motivation

31. Marshal, S.J., & Biddle, S.J.H. (2001). The transtheoretical model of behavior change: meta-analysis of applications to physical activity and exercise. *Ann. Behav. Med.*, 23, 229-46. Staženo z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11761340>
32. McAuley, E., & Blissmer, B. (2000). Self-efficacy determinants and consequences of physical activity. *Exerc. Sport. Sci. Rev.*, 28, 85-8. Staženo z https://www.researchgate.net/publication/12417418_Self-Efficacy_Determinants_and_Consequences_of_Physical_Activity
33. McClelland, D.C. (1985). Motives, skills, and values determine what people do. *American Psychologist*, 40, 812-825. Staženo z https://www.researchgate.net/publication/232603814_How_Motives_Skills_and_Values_Determine_What_People_Do
34. Meeusen, R., & De Meirleir, K. (1995). Exercise and brain neurotransmission. *Sports. Med.*, 20, 160-88. Staženo z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8571000>
35. Meeusen, R., Piacentini, M.F., & De Meirleir, K. (2001). Brain microdialysis in exercise research. *Sports Med.*, 31, 965-83. Staženo z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11735681>
36. Miovska, L., Miovsky, M., & Mravcik, V. (2006). Psychiatrická komorbidita pacientů léčených v souvislosti s užíváním drog. *Psychiatrie*, 3(10), 150-156. Staženo z <https://www.medvik.cz/bmc/link.do?id=bmc07009008>
37. Murphy, T.J., Pagano, R.R., & Marlatt, G.A. (1986). Lifestyle modification with heavy alcohol drinkers: Effects of aerobic exercise and meditation. *Addictive Behaviors*, 11, 175-186. Staženo z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3526824>
38. Mutrie, N., Carney, C., Blamey, A., Crawford, F., Aitchison, T., & Whitelaw, A. (2002). „Walk in to work out“: a randomised controlled trial of self help intervention to promote active commuting. *J. Epidemiol. Community Health*, 56, 407-12. Staženo z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12011193>
39. Nešpor, K. (2004). Pohybová cvičení a jóga v prevenci a léčbě závislostí. *CSPsychiatr*, Staženo z http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2005_5_268_270.pdf
40. Palmer, J., Vacc, N., & Epstein, J. (1988). Adult inpatient alcoholics: Physical exercise as a treatment intervention. *Journal of Studies on Alcohol*, 49(5), 418-421. Staženo z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3216644>
41. Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychother. Theory Res. Pract.*, 19, 276-88. Staženo z https://www.researchgate.net/publication/232461028_Trans-Theoretical_Therapy_-_Toward_A_More_Integrative_Model_of_Change
42. Read, J.P., Brown, R.A., Marcus, B.H., Kahler, Ch.W., Ramsey, S.E., Dubreuil, R.N., Jakicic, J.M., & Francione, C.F. (2001). Exercise attitudes and behaviors among persons in treatment for alcohol use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 21(4), 199-206. Staženo z <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0740547201002033>
43. Riegel, K.D., Preiss, M., & Harsa, P. (2016). Užitečnost Alternativního modelu DSM-5 pro poruchy osobnosti v klinické praxi. *Psychiatrie*, 20(3), 139-146. Staženo z <https://www.medvik.cz/bmc/view.do?gid=1172474>

44. Roessler, K.K. (2010). Exercise treatment for drug abuse – a Danish pilot study. *Scand J Public Health*, 38(6), 664-9. Staženo z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20529968>
45. Roessler, K.K., Bilberg, R.M., Jensen, K., Kjargaard, A.S., Dervisevic, A., & Nielsen, B. (2013). Exercise as treatment for alcohol dependence: A pilot study. *Sports Science Review*, 12, 205-216. Staženo z https://www.researchgate.net/profile/Kirsten_Roessler/publication/273247693_Exercise_as_Treatment_for_Alcohol_Dependence/links/5501707f0cf2d60c0e5ed64f/Exercise-as-Treatment-for-Alcohol-Dependence.pdf
46. Roessler, K.K., Bramsen, R.H., Dervisevic, A., & Bilberg, R. (2017). Exercise based interventions for alcohol use disorder: A comment on motivational aspects of participation. *Scand J Psychol.*, 58(1), 23-28. Staženo z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.is.cuni.cz/pubmed/27727463>
47. Sallis, J.F., Bauman, A., & Pratt, M. (1998). Environmental and policy interventions to promote physical activity. *Am. J. Prev. Med.*, 15, 379-97. Staženo z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9838979>
48. Sallis, J.F., Prochaska, J., & Taylor, W. (2000). A reiview of correlates of physical activity of children and adolescent. *Med. Sci. Sports. Exerc.*, 32 (5), 963-75. Staženo z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10795788>
49. Schröder, H., Morales-Molina J.A., & Bermejo, S. (2007). Relationship of abdominal obesity with alcohol consumption at population scale. *European Journal od Nutrition*. 46(7), 369-376. Staženo z https://www.researchgate.net/publication/5957019_Relationship_of_abdominal_obesity_with_alcohol_consumption_at_population_scale
50. Sinyor, D., Brown, T., Rostant, L., & Seraganian, P. (1982). The role of a physical fitness program in the treatment of alcoholism. *J Stud Alcohol*, 43, 380-386. Staženo z https://www.researchgate.net/publication/232494467_The_role_of_physical_exercise_in_alcoholism_treatment_and_recovery
51. Sussman, S., Lisha, N., & Griffiths, M. (2011). Prevalence of the Addictions: A Problem of the Majority or the Minority? *Eval Health Prof.*, 34, 3-56. Staženo z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3134413/>
52. Suter, P.M. (2005). Is Alcohol Consumption a Risk Factor for Weight Gain and Obesity? *Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences*. 42(3), 197-227. Staženo z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16047538>
53. Taylor, C.B., Sallis, J.F., & Needle, R. (1985). The Relation of Physical Activity and Exercise to Mental Health. *Public Health Reports*, 100 (2), 195-202. Staženo z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424736/>
54. Trost, S.G., Owen, N., Bauman, A.E., Sallis, J.F., & Brown, W. (2002). Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. *Med. Sci. Sports. Exerc.*, 34, 1996-2001. Staženo z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12471307>
55. Tsukue, I., & Shohoji, T. (1981). Movement therapy for alcoholic patients. *Journal of Studies on Alcohol*, 42, 144-149. Staženo z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7230812>

56. Weinstock, J., Barry, D., & Petry, N.M. (2008). Exercise-related activities are associated with positive outcome in contingency management treatment for substance use disorders. *Addict Behav.*, 33(8), 1072-5. Staženo z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Exercise-related+activities+are+associated+with+positive+outcome+in+contingency+management+treatment+for+substance+use+disorders>
57. Williams, R., & Cohen, J. (2000). Substance use and misuse in psychiatric wards. *Psychiatric Bulletin. Isr Med Assoc J*, 24, 43-46. Staženo z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19009943>
58. Wilson, P.M., Rodgers, W.M., & Fraser, S.N. (2002). Examining the Psychometric Properties of the Behavioral Regulation in Exercise Questionnaire. *Measurement in physical education and exercise science*, 6 (1), 1-21. Staženo z http://pages.bangor.ac.uk/~pes004/exercise_motivation/downloads/Wilson%20et%20al%202006%20breq%20integration.pdf
59. Zschucke, E., Heinz, A., & Ströhle, A. (2011). Exercise and Physical Activity in the Therapy of Substance Use Disorders. *The Scientific World Journal*. Staženo z https://www.email.cz/download/k/iQZt-pHrs5bpSXfK8A3PHYRvazivTfJZK210OglXvefTERVQ1TdqlRsunXCnOil8Aka1iI4/ADI_Charite%CC%81%20Berlin.pdf

Webové stránky:

1. Adiktologie. (2012). Co jsme. Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze. *Klinika adiktologie*. Staženo z <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/34/3903/Klinika-adiktologie-1-LF-UK-v-Praze-a-VFN-v-Praze>
2. Center on Addiction and Substance Abuse. (2003). Food for thoughts: Substance abuse and eating disorders. *National Center on Addiction and Substance Abuse (CASA) at Columbia University*. Staženo z <https://www.centeronaddiction.org/addiction-research/reports/food-thought-substance-abuse-and-eating-disorders>
3. Drogy-info. (2016). Souhrn Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v ČR v r.2016. Staženo z <https://www.drogy-info.cz/drogoval-situace-2016/32594-souhrn-2016/>
4. EBOZP. (2018). Antropometrické údaje. Staženo z http://ebozp.vubp.cz/wiki/index.php/Antropometrick%C3%A9_%C3%BAduje
5. EMCDDA. (2004). Komorbidita: užívání drog a dušení poruchy. *Drugs in Focus*, 14. Lisabon: EMCDDA. Staženo z <https://www.drogy-info.cz/nms/vyzkum-nms/psychiatricka-komorbidita-pacientu-lecenyh-v-souvislosti-s-uzivanim-navykovych-latek/>
6. InBody. (2017). InBody 230 for Convenient Use. Staženo z http://www.inbody.cz/produkty/230/230_catalog_eng_i_140917.pdf
7. MŠMT. (2008). Pokyny EU pro pohybovou aktivitu. Staženo z www.msmt.cz/file/20028/download
8. ÚZIS. (2018). Aktuální verze MKN-10 v ČR. Staženo z <https://www.uzis.cz/zpravy/aktualni-verze-mkn-10-cr>

9. ÚZIS. (2017). Psychiatrická péče 2017. Staženo z <https://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2017>

Monografie:

1. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). DSM-5. Arlington, V.A.: American Psychiatric Association.
2. Bandura, A. (1997). Self-efficacy: the exercise of control. W.F. Freeman.
3. Biddle, S.J.H., Fox, K.R., & Boutcher, H. (2000) Physical Activity and Psychological Well-Being. Psychology Press.
4. Brannon, L., & Feist, J. (2000). Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health. Wadsworth. S.
5. Cacek (2006). Tréninkový deník sportovce. Nakladatelství Munipress.
6. Corbin, CH., B., & Lindsey, R. (2005). Fitness for Life. Human Kinetics.
7. Dobiášová, D. (2001). Motivační aliance při léčbě závislostí. Konfrontace.
8. Formánek, J. (2014). Úsměvy smutných mužů. Gekko.
9. Freimuth, M. (2008). Addicted? Recognizing Destructive Behavior before It's too Late. Rowman & Littlefield Publishers, Inc; Lanham, MD, USA.
10. Göhlert, Ch., & Kühn, F. (2011). Od návyku k závislosti. 1.vyd. Praha: Ikar.
11. Kalina, K. (2000). Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí. Praha: Inverze/Sananim.
12. Kalina et al. (2001). Mezioborový glosář pojmů. Praha: Filia Nova.
13. Kalina et al. (2003). Drogy a drogové závislosti. Úřad vlády ČR.
14. Kalina, et al. (2003). Standardy odborné způsobilosti pro zařazení a programy poskytující služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách, Praha: RVKPP/Úřad vlády ČR.
15. Kalina et al. (2008). Základy klinické adiktologie. Praha: Grada.
16. Kalina et al. (2015). Klinická adiktologie. Praha: Grada.
17. Krch, F.D. (1999). Poruchy příjmu potravy. Praha: Grada Publishing, spol.s.r.o.
18. Krch, D., & Švédová, J. (2013) Příručka pro zdravotníky aneb Různé tváře poruch příjmu potravy. Občanské sdružení Anabell.
19. Marlatt, G. A., & Donovan, D. M., (2005). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors (2nd ed.). New York: GuildfordPress.
20. Maughan, R.J. (2006). Výživa ve sportu: příručka pro sportovní medicínu. 1.čes.vyd. Praha: Galén.
21. Miller, W.E., Rollnick, S., (2003). Motivační rozhovory. Příprava lidí ke změně závislého chování. Tišnov: Sdružení SCAN.
22. Nakonečný, M. (1996). Motivace lidského chování. 1.vyd. Praha: Academia.
23. Nešpor, K. (1999). Jak překonat problém s hazardní hrou. Praha: Sportpropag.
24. Nešpor, K. (2000). Návykové chování a závislost. Praha: Portál.

25. Nešpor, K. (2003). Diagnostický rozhovor a posilování motivace. In: Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup. Kapitola 4/8. Praha: NMS – Úřad vlády ČR.
26. Nešpor, K. (2010). Syndromy závislosti. In Raboch, A. a spol. Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče III. Česká psychiatrická společnost v nakladatelství Tribun EU, Brno, 54-103. Těž dostupné na www.drnespor.eu
27. Otto, J. (1908). Ottův slovník naučný: Ilustrovaná encyklopedie obecných znalostí. 27. sv. Praha.
28. Papežová, H., & Hanusová, J. (2012). Poruchy příjmu potravy. Příručka pro pomáhající profese. Klinika adiktologie.
29. Rotgers, F. (1999). Behaviorální teorie léčby drogové závislosti: Věda ve službách praxe. In: Rotgers, F. a kol.: Léčba drogových závislostí. Kapitola 7. Praha: Grada Publishing.
30. Rotter, J.B. (1966). Generalised expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psycho*.
31. Sang, H.K. (1999). Tisíc a jeden způsob jak motivovat sebe i druhé. 1.vyd. Praha: Management Press.
32. Skála a kol. (1987). Závislost na alkoholu a jiných látkách. Praha: Avicenum.
33. Smékal, V. (1989). Psychologie osobnosti. 1.vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
34. Smékal, V. (2002). Pozvání do psychologie osobnosti: Člověk v zrcadle vědomí a jednání. 1. vyd. Brno: Barrister & Principal.
35. Švancara, J. (1979). Emoce, city a motivace. 3.dopl. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
36. Vokurka, M. (1995). Praktický slovník medicíny. Praha: Maxford.
37. Wanigaratne, S. et al. (1990). Relaps prevention – Manual for Therapists. London: Blackwell Science.

PŘÍLOHY

Příloha č.1: BREQ-2

Příloha č.2: Protokol o úplnosti náležitostí magisterské práce

Příloha č. 1.

Dotazník o motivaci ke cvičení (BREQ-2)

Vážený/á paciente/pacientko,

jsem studentkou 2.ročníku magisterského studia adiktologie a v rámci mé diplomové práce se zaměřuji na roli pohybové aktivity v motivaci k léčbě závislosti.

Věk: _____ let

Pohlaví: muž žena (prosím zakroužkujte)

Pomocí škály níže, prosím, vyznačte míru každé z následujících položek podle toho, jak je pro Vás pravdivá. V dotazníku neexistují žádné správné ani špatné odpovědi, a také žádné chytky. Cílem je pouze zjistit Vaše pocity ohledně cvičení. Bude zachována anonymita dotazníků a účast při vyplňování dotazníku je dobrovolná. Výsledky studie mohou být využity pro odborné publikace.

		To není pravda	Někdy je to pravda	To je pravda		
1	Cvičím, protože mi lidé říkají, že bych měl/a	0	1	2	3	4
2	Cítím se provinile, když necvičím	0	1	2	3	4
3	Cením si přínosů cvičení	0	1	2	3	4
4	Cvičím, protože je to zábava	0	1	2	3	4
5	Nechápu, proč bych měl/a cvičit	0	1	2	3	4
6	Účastním se cvičení, protože mi přátelé/rodina/partner řekli, že bych měl/a	0	1	2	3	4
7	Cítím se zahanbeně, když zmeškám cvičení	0	1	2	3	4
8	Je pro mne důležité cvičit pravidelně	0	1	2	3	4
9	Nevím, proč bych se měl/a trápit cvičením	0	1	2	3	4
10	Užívám si cvičení	0	1	2	3	4
11	Cvičím, protože to chtějí ostatní	0	1	2	3	4
12	Nevidím důvod, proč bych měl/a cvičit	0	1	2	3	4
13	Cítím se jako ten, kdo selhal/a, když chvíli necvičím	0	1	2	3	4

14	Myslím si, že je důležité vynaložit úsilí k tomu, abych cvičil/a pravidelně	0	1	2	3	4
15	Cítím, že je pro mne cvičení příjemné	0	1	2	3	4
16	Cítím se pod tlakem ze strany mých přátel/ rodiny, které chtějí, abych cvičil	0	1	2	3	4
17	Jsem nespokojený/á, když necvičím pravidelně	0	1	2	3	4
18	Mám radost a uspokojení, když cvičím	0	1	2	3	4
19	Myslím si, že cvičení je ztráta času	0	1	2	3	4

Děkuji, že jste se zúčastnil/a výzkumu

Příloha č. 2.(8b)

Protokol o úplnosti náležitostí magisterské práce

Titul, jméno, příjmení: Bc. Anna Prunerová

Název práce: Role motivace k pohybové aktivitě v léčbě závislostí

Typ práce: diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr., Bc. Karel D. Riegel, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem odevzdal (a) vysokoškolskou kvalifikační práci v souladu s:
Opatřením rektora č. 6/2010 (dostupné z <http://www.cuni.cz/UK-3470.html>)
Opatřením rektora č. 8/2011 (dostupné z <http://www.cuni.cz/UK-3735.html>)
Opatřením děkana č. 10/2010 (dostupné z http://www.lf1.cuni.cz/file/21321/opad10_10.pdf)

Zároveň prohlašuji, že jsem do Studijního informačního systému vložil (a) plný text vysokoškolské kvalifikační práce včetně všech povinných souborů podle typu práce:

- abstrakt ČJ
- abstrakt AJ

Při vkládání textu práce a všech souborů jsem postupoval (a) podle návodu dostupného z http://www.lf1.cuni.cz/file/25838/navod_vkladani_prace.pdf. Nahrané soubory jsem následně zkontroloval (a).

Odpovídám za správnost a úplnost elektronické verze práce a všech dalších vložených elektronických souborů.

1 exemplář práce svázaný v pevné plátěné vazbě obsahuje všechny povinné náležitosti:

Příloha č. 1 – Titulní strana, Prohlášení diplomanta, Identifikační záznam, abstrakt v ČJ a AJ - http://www.lf1.cuni.cz/file/21323/opad10_10_pril1.pdf

Příloha č. 6 – Prohlášení zájemce o nahlédnutí - http://www.lf1.cuni.cz/file/21329/opad10_10_pril6.pdf

Datum:

Podpis studenta

Kontrolu úplnosti náležitostí provedla osoba pověřená garantem: