

Univerzita Pardubice

Fakulta filozofická

Fyzická námaha jako součást rehabilitačního a resocializačního procesu při
léčbě závislosti

Diplomová práce

2024

Bc. Karolína Zdychová

Univerzita Pardubice
Fakulta filozofická
Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Karolína Zdychová**
Osobní číslo: **H22257**
Studijní program: **N0111P190001 Resocializační pedagogika**
Téma práce: **Fyzická námaha jako součást rehabilitačního a resocializačního procesu při léčbě závislostí**
Zadávací katedra: **Katedra věd o výchově**

Zásady pro vypracování

Práce se zaměřuje na roli fyzické námahy (práce, sportu) v problematice rehabilitace a resocializace osob, které se potýkají se závislostmi. V teoretické části se věnuje vysvětlení základní terminologie, druhům závislostí a možnostech jejich řešení, organizacím, které pracují s osobami závislými a přínosu fyzické aktivity pro jedince. Jsou zde zmíněny také projekty, které souvisí se zmiňovanou problematikou. Cílem praktické části je prostřednictvím kvantitativního šetření zjistit, s jakými závislostmi se lidé nejvíce potýkají a jaké aktivity jim pomáhají v boji se svým neduhem.

Rozsah pracovní zprávy:
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

DREHER, Jan. *Psychofarmakoterapie: stručně, jasně, přehledně*. Přeložil Leoš LANDA. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0133-7.
NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 5., rozšířené vydání. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1357-4.
NEŠPOR, K. (2005). *Pohybová cvičení a jóga v prevenci a léčbě závislosti*. Česká a slovenská psychiatrie 2005; 101(5): 268-270.
ŠKOVIERA, Albín. *Resocializační pedagogika – kontexty a trendy*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2018. ISBN 978-80-7560-139-1.
Panagiotounis, F., Hassandra, M., Theodorakis, Y. (2022). RECOMMENDATIONS FOR PRACTICAL IMPLEMENTATION The Role of Sport in Substance Use Disorders Recovery. 10.13140/RG.2.2.25162.24004.

Vedoucí diplomové práce: **doc. PhDr. Albín Škoviera, Ph.D.**
Katedra věd o výchově

Datum zadání diplomové práce: **31. března 2023**
Termín odevzdání diplomové práce: **31. března 2024**

doc. Mgr. Jiří Kubeš, Ph.D.
děkan

Ing. Jaroslav Myslivec, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 30. listopadu 2023

Prohlašuji:

Práci s názvem Fyzická námaha jako součást rehabilitačního a resocializačního procesu při léčbě závislostí jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 29.03.2024

Bc. Karolína Zdychová v.r.

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych ráda poděkovala vedoucímu mé diplomové práce doc. PhDr. Albinu Škovierovi, Ph.D. za vstřícný přístup, ochotu a cenné rady, které mi během zpracování práce poskytl. Zároveň bych chtěla poděkovat všem respondentům za součinnost s vyplňováním dotazníků. Děkuji také Ing. Jaroslavu Myslivci, Ph.D. za konzultaci v rámci praktické části.

ANOTACE

Práce se zaměřuje na roli fyzické námahy (práce, sportu) v problematice rehabilitace a resocializace osob, které se potýkají se závislostmi. V teoretické části se věnuje vysvětlení základní terminologie, druhům závislostí a možnostech jejich řešení, organizacím, které pracují s osobami závislými a přínosu fyzické aktivity pro jedince. Jsou zde zmíněny také projekty, které souvisí se zmiňovanou problematikou.

Cílem praktické části je prostřednictvím kvantitativního šetření zjistit, s jakými závislostmi se lidé nejvíce potýkají a jaké aktivity jim pomáhají v boji se svým neduhem.

KLÍČOVÁ SLOVA

závislost, droga, rehabilitace, resocializace, prevence, fyzická námaha

TITLE

Physical Exercise as Part of the Rehabilitation and Resocialization Process in Addiction Treatment

ANNOTATION

The thesis focuses on the role of physical exertion (work, sport) in the rehabilitation and resocialization of people struggling with addictions. The theoretical part of the paper explains the basic terminology, types of addictions and their possible solutions, organizations that work with addicts and the benefits of physical activity for individuals. Projects related to the issue are also mentioned.

The aim of the practical part is to find out, through a quantitative survey, which addictions people are most affected by and what activities help them to fight their disease.

KEYWORDS

addiction, drug, rehabilitation, resocialization, prevention, physical exertion

Obsah

SEZNAM TABULEK.....	8
SEZNAM GRAFŮ	9
ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1. ZÁVISLOSTI A JEJICH LÉČBA	11
1.1 Vymezení závislostí a dělení závislostí.....	11
1.2 Formy léčby závislosti	14
1.3 Vybrané modely léčby závislosti	20
2. MÍSTO SPORTU A FYZICKÉ NÁMAHY V LÉČBĚ ZÁVISLOSTÍ	26
2.1 Fyziologické dopady.....	26
2.2 Kolektivní sporty a práce jako prostředek (re)socializace.....	27
2.3 Psychologické aspekty	28
2.4 Restrukturalizace hodnot	29
PRAKTICKÁ ČÁST	31
3. METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	31
3.1 Charakteristika respondentů	31
3.2 Výzkumný cíl a výzkumný problém.....	32
3.3 Přehled výzkumných otázek	32
3.4 Přehled hypotéz.....	32
3.5 Předvýzkum	33
3.6 Vyhodnocení a prezentace dat.....	34
3.6. Verifikace hypotéz	52
3.7. Interpretace dat	58
ZÁVĚR	60
POUŽITÁ LITERATURA.....	62
PŘÍLOHY	68

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Číselné kódování MKN-11 a)	12
Tabulka 2: Číselné kódování KMN-11 b)	13
Tabulka 3: Výskyt rizikových forem závislostního chování v populaci ČR starší 15 let	13
Tabulka 4: Oblasti působení AT	17

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Pohlaví	35
Graf č. 2: Věk.....	35
Graf č. 3: Vzdělání.....	36
Graf č. 4: Současný stav	36
Graf č. 5: Rodinné zázemí v dětství.....	37
Graf č. 6: Termíny vystihující dětství	37
Graf č. 7: Partnerský vztah	38
Graf č. 8: Délka trvání vztahu.....	38
Graf č. 9: Funkčnost vztahu.....	39
Graf č. 10: Potomci.....	39
Graf č. 11: Vztah s potomky	40
Graf č. 12: Užívané látky	40
Graf č. 13: Doba užívání látek.....	41
Graf č. 14: Nelátkové závislosti.....	42
Graf č. 15: Doba nelátkové závislosti	42
Graf č. 16: Vliv závislosti na život	43
Graf č. 17: Oblasti dopadů závislosti.....	43
Graf č. 18: Žebříček hodnot.....	44
Graf č. 19: Pravidelný sport.....	45
Graf č. 20: Rekreační sport.....	45
Graf č. 21: Očekávání od zařazení aktivity do programu	46
Graf č. 22: Pohybové aktivity v rámci léčebného/doléčovacího programu.....	47
Graf č. 23: Frekvence účasti na aktivitách.....	48
Graf č. 24: Pozitivní přístup k aktivitě.....	48
Graf č. 25: Dopad aktivity	49
Graf č. 26: Zlepšení fyzického stavu	49
Graf č. 27: Zlepšení psychického stavu	50
Graf č. 28: Vliv aktivity na odreagování	50
Graf č. 29: Současný stav	51

ÚVOD

Užívání omamných a psychotropních látek není záležitostí výhradně současné doby. Člověka odjakživa lákalo, aby si svou existenci a každodenní život ulehčil a „zkrásnil“. To vedlo již v dřívějších dobách k užívání různých látek navozující opojné stavy. Vyjma této skutečnosti, veškeré omamné látky také našly své využití v léčitelství. Některé z nich se používaly během náboženských obřadů (např. konopí nebo víno) anebo se konzumovaly jako pochutiny. Návykové látky byly již v minulosti konzumovány za účelem „překonání obtížných životních situací“ (zejm. alkohol – vojáci). V tomto případě můžeme spatřovat podobnost se současnou dobou, kdy není výjimkou, že lidé prostřednictvím alkoholu řeší svou nepříznivou životní situaci. (Göhlert, 2001)

I přes společenskou toleranci některých látek – hovoříme o nich jako o „*drogách společensky tolerovaných*“ (např. alkohol, nikotin), musíme mít stále na paměti jejich škodlivé účinky na lidský organismus. I přes tuto skutečnost spotřeba návykových látek a jedinců na nich závislých stále roste. Důvodem je zejména snadná dostupnost těchto látek a shon současné společnosti, ze kterého se lidé tímto způsobem snaží uniknout.

V této práci věnujeme pozornost druhům závislostí, možnostem léčbě závislostí, subjektům, které pracují s cílovou klientelou, resocializaci závislých osob a přínosu fyzické aktivity pro jedince.

TEORETICKÁ ČÁST

1. ZÁVISLOSTI A JEJICH LÉČBA

1.1 Vymezení závislostí a dělení závislostí

Závislost má mnoho podob – může vzniknout na čemkoli. V užším kontextu se závislostí rozumí dlouhodobý, trvalý vztah k určité látce nebo činnosti, se kterým se pojí silná touha uspokojit aktuální potřebu.

Termín závislost definuje např. Křížová (2021, s. 15): *„Závislost je soubor příznaků, kdy látka nebo činnost, na které se člověku vytvořila závislost, má pro něj mnohem větší hodnotu než činnosti a hodnoty, které pro dotyčného byly důležité před vznikem závislosti. Jeho fyzické i psychické fungování je zcela závislé na pravidelném přísunu psychoaktivní látky nebo dané činnosti. Dochází zde k různé podobě a stupni fyzického poškození organismu, k poruchám chování, vnímání a myšlení a také k narušení osobnosti.“*

V současnosti existují dva klasifikační systémy, podle kterých můžeme tyto jednotlivé nemoci diagnostikovat a léčit. Jedná se o klasifikační systémy DSM-5 a MKN-11. Prvním systémem je Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, který vytvořila Americká psychiatrická asociace. DSM-5 rozděluje návykové nemoci do dvou skupin – poruchy užívání látek a poruchy vyvolané užíváním látek. (DSM-5, 2015) Druhý systém, Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, definuje poruchy způsobené užíváním návykových látek nebo návykovým chováním. Jedná se o duševní poruchy a poruchy chování, které vznikají následkem užíváním převážně psychoaktivních látek, včetně léků, nebo charakteristického opětovného odměňujícího a posilujícího chování.

MKN-11 obsahuje celkem 28 oddílů, přičemž naší řešené problematiky se týká oblast *06-Duševní, behaviorální nebo neurovývojové poruchy*, do které spadají poruchy způsobené užíváním návykových látek a poruchy způsobené návykovým chováním.

Poruchy způsobené užíváním návykových látek

Počáteční užití návykových látek vyvolává atraktivní psychoaktivní účinky, které se při opakovaném užívání posilují. Díky těmto stavům má řada látek během pokračujícího užívání schopnost podnítit vznik závislosti nebo potenciál přivodit četné formy poškození fyzického či duševního zdraví.

V následující tabulce jsou uvedeny jednotlivé poruchy způsobené užíváním návykových látek s přiřazenými kódy dle MKN-11:

Tabulka 1: Číselné kódování MKN-11 a)

Kód	Porucha
6C40	Poruchy způsobené užíváním alkoholu
6C41	Poruchy způsobené užíváním konopí
6C42	Poruchy způsobené užíváním syntetických kanabinoidů
6C43	Poruchy způsobené užíváním opioidů
6C44	Poruchy způsobené užíváním sedativ, hypnotik nebo anxiolytik
6C45	Poruchy způsobené užíváním kokainu
6C46	Poruchy způsobené užíváním stimulantů včetně amfetaminů, metamfetaminu nebo metkatinonu
6C47	Poruchy způsobené užitím syntetických katinonů
6C48	Poruchy způsobené užíváním kofeinu
6C49	Poruchy způsobené užíváním halucinogenů
6C4A	Poruchy způsobené užíváním nikotinu
6C4B	Poruchy způsobené užíváním těkavých látek
6C4C	Poruchy způsobené užíváním MDMA nebo podobných látek vč. MDA
6C4D	Poruchy způsobené užíváním disociačních drog včetně ketaminu a fencyklidinu
6C4E	Poruchy způsobené užíváním jiných specifikovaných psychoaktivních látek včetně léků
6C4F	Poruchy vyvolané kombinací určených psychoaktivních látek včetně léků
6C4G	Poruchy způsobené užíváním neznámých nebo neurčených psychoaktivních látek
6A4H	Poruchy způsobené užíváním nepsychoaktivních látek
6C4I	<i>Kategorie vyvolaná látkami nebo léky</i>
6C4Y	<i>Jiné určené poruchy způsobené užíváním návykových látek</i>
6C4Z	<i>Poruchy způsobené užíváním návykových látek, neurčené</i>

Zdroj: ÚZIS, 2019

Organismus jedince se při dlouhodobějším užívání látky na její dávku nejenže adaptuje, ale látka se stane součástí organismu a tělo ji potřebuje ke své existenci. Důkazem je situace, kdy se abstinující jedinec vrátí k užívání dané látky. U takového jedince dochází k mnohem rychlejšímu znovuoobnovení rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u kterých závislost není přítomna.

Poruchy způsobené návykovým chováním

„Poruchy způsobené návykovým chováním zahrnují hráčskou poruchu a patologické hraní hazardních her, které se může vykytovat v online i offline podobě.“ (ÚZIS, 2019)

Následující tabulka uvádí jednotlivé poruchy způsobené návykovým chováním s přiřazenými kódy dle MKN-11:

Tabulka 2: Číselné kódování KMN-11 b)

Kód	Porucha
6C50	Patologické hráčství
6C51	Patologické hraní digitálních her
6C5Y	Jiné určené poruchy způsobené návykovým chováním
6C5ZP	Poruchy způsobené návykovým chováním, neurčené

Zdroj: ÚZIS, 2019

Můžeme konstatovat, že obecný vzorec hráčského či herního chování vede ke značnému stresu, významnému zhoršení v oblasti osobních, rodinných a sociálních vztahů, ve vzdělávání, v zaměstnání atd. Obě tyto formy poruch mají stejnou charakteristiku – projevují se zhoršenou kontrolou nad hraním hazardních her (frekvence, intenzita); rostoucí prioritou, která je hraní hazardních her přikládána (upořádání ostatních životních zájmů a každodenních činností); pokračování či stupňování hráčství/hraní navzdory přítomnosti nežádoucím dopadům.

Aby mohla být diagnóza stanovena, měly by být hráčské/herní chování a další příznaky obvykle patrné po dobu nejméně 12 měsíců, ovšem tato doba může být zkrácena, pokud jsou splněny všechny diagnostické požadavky a příznaky jsou vážné.

V následující tabulce jsou shrnuty údaje o rizikových formách závislostního chování u osob starších 15 let žijících v ČR za rok 2022.

Tabulka 3: Výskyt rizikových forem závislostního chování v populaci ČR starší 15 let

Rizikové formy závislostního chování mezi dospělými	Počet osob
Denní kuřáci	1,5-2,1 mil.
Denní konzumenti alkoholu	800-980 tis.
Rizikové pití alkoholu	1,5-1,7 mil.
→ V tom ve vysokém riziku (tzv. škodlivé pití)	800-980 tis.
Problematické užívání psychoaktivních léků	1,3-1,5 mil.
Intenzivní uživatelé konopných látek	350-465 tis.
→ V tom ve vysokém riziku	160-250 tis.
Lidé užívající drogy (pervitin a opioidy) rizikově	44-46 tis.
→ Uživatelé pervitinu	34-35 tis.

→ Uživatelé opioidů	10-11 tis.
→ Lidé užívající drogy injekčně	40-41 tis.
Osoby v riziku problémového hraní	170-220 tis.
→ V tom ve vysokém riziku	91-120 tis.
Osoby v riziku digitální závislosti	375-510 tis.
→ V tom ve vysokém riziku	90-160 tis.

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a alkohol, 2023

1.2 Formy léčby závislosti

1.2.1 Terénní služby

1.2.1.1. Terénní programy

Terénní práce neboli streetwork je metoda sociální práce, která vychází z kontaktování cílové skupiny přímo na ulici – v přirozeném prostředí lidí, na místech a časech, kde se nejvíce vyskytují. Bednářová (2003, s. 169) uvádí: „*Jedná se o specifickou vyhledávací, mobilní terénní práci, která zahrnuje aktuální nízkoprahovou nabídku sociální pomoci uživatelům drog a osobám, zpravidla mladšího věku, žijícím rizikovým způsobem života, u nichž je předpoklad, že sociální pomoc potřebují a dosud nebyli v kontaktu s příslušnou institucí.*“

Úkolem streetworkera je nabízet cílové skupině alternativní způsoby trávení volného času a přispět k modifikaci vzorců jejich chování. Nutno zmínit, že pracovník pracuje s problémy dané cílové skupiny, nikoli s problémy, které její členové působí okolí.

Základním principem u streetworku je nízkoprahový přístup, tzn., že se snaží o co největší dostupnost poskytovaných služeb. Pro účelnost práce sociální pracovník sleduje zájmy a potřeby konkrétní cílové skupiny a vyhýbá se direktivním a autoritativním metodám.

Terénní práce se skládá ze tří jednotlivých forem. První z nich je přímá práce, která zahrnuje veškerou činnost vykonávanou v interakci s klienty/cílovými skupinami. Konkrétně se jedná např. o sociální intervenci, krizovou intervenci, harm reduction (snižování zdravotních a sociálních rizik) nebo speciální sociální poradenství. Druhým typem je nepřímá práce, pod kterou spadá administrativa, tvorba koncepcí a projektů, jednání s institucemi, prezentace práce na veřejnosti atd. Poslední forma streetworku je práce přesahující a spadá pod ni profesní vzdělávání, supervize, intervize nebo metodické vedení. (Bednářová, 2000)

Terénní práce má také čtyři jednotlivé typy činnosti: (Bednářová in Matoušek, 2013, s. 194-196)

- Monitoring neboli také mapování terénu
- Vyhledávání (zaměřuje se na nápadné skupiny osob, které mají sklony k protispolečenskému chování)
- Navazování prvního kontaktu (nejvíce riziková fáze)
- Vlastní práce se skupinou

Terénní programy se zaměřují např. na výměnu injekčních stříkaček u drogově závislých. Tato služba jednak působí jako prostředek ke snižování zdravotních rizik spojených s nitrožilní aplikací látky a také jako nástroj k navázání kontaktu. (Kalina, 2003)

1.2.1.2 Nízkoprahová zařízení – K centra

Kontaktní centra spadají společně se streetworkem pod kontaktní práce. Jedná se o nízkoprahová zařízení, která poskytují terénní, případně ambulantní služby pro osoby ohrožené závislostí na návykových látkách. Cílem kontaktních center je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených s užíváním návykových látek. Jejich služba je bezúplatná a poskytuje základní 3 typy činností, těmi jsou: sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a při obstarávání osobních záležitostí, poskytnutí podmínek pro osobní hygienu. (Zákon č. 108/2006 Sb.)

V rámci poskytování informací o rizicích spojených se škodlivým způsobem života je poskytována služba harm reduction, která usiluje o minimalizaci tělesných komplikací. Mezi postupy používané v harm reduction patří např. výměna použitého injekčního náčiní za sterilní; poradenství, jak drogu bezpečně aplikovat, jak používat a dezinfikovat náčiní; poradenství a edukace o rizicích; poskytování informací o možnostech léčby či jiné odborné pomoci; distribuce kondomů.

Za účelem ještě většího zpřístupnění potřebného náčiní jsou v ČR od roku 2008 instalovány výměnné automaty na harm reduction materiál. Automaty se nachází v Praze, Plzni, Kolíně a Strakonících. Tato služba je již zpoplatněna. (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2018)

1.2.2 Ambulantní léčba

Křížová (2021) přehledně rozděluje ambulantní programy, v rámci kterých je zprostředkována léčba závislostí, konkrétně se jedná o tyto zařízení: adiktologická

ambulance, psychologická ordinace, psychiatrická ordinace, AT ambulance a denní stacionáře.

1) Adiktologická ordinace

Adiktologická ambulance poskytuje screening a včasnou diagnostiku, psychiatrické vyšetření, poradenství, krátkodobou terapii a podává medikace. Umožňuje konzultace s rodinnými příslušníky nebo pomáhá při komunikaci s jinými zdravotnickými zařízeními, s úřady, soudy, policií atd. Pod adiktologickou ambulancí může spadat například motivační skupina, psychoterapeutická skupina, podpůrná skupina, skupina pro pacienty v substituční léčbě nebo skupina pro rodinné příslušníky a pro osoby blízké. (VFN v Praze, 2023)

2) Psychologická ordinace

„Psychoterapie je interdisciplinární a transdisciplinární obor vycházející z psychologie a pomáhající člověku prostřednictvím psychologických prostředků v dosahování normality.“ (Vymětal, 2003, s. 17) Jedná se o jeden z nejdůležitějších a neúčinnějších nástrojů, kterými lze pomáhat osobám se závislostí na návykových látkách či procesech.

3) Psychiatrická ordinace

Psychiatrická ambulance obecně poskytuje diagnostiku a léčbu zaměřenou na biologickou, psychologickou a sociální stránku pacientova zdraví a nemoci. Komplexní péče je zajišťována psychiatrem ve spolupráci s dalšími odborníky a službami (klinická psychologie, centra duševního zdraví, sociální služby apod.).

Existují specializované psychiatrické ambulance pro specifické skupiny nemocných. Konkrétně se jedná o specializované ordinace pro prevenci a léčbu závislosti nebo substituční centra. V ordinacích pro prevenci a léčbu závislosti se odborníci zaměřují na včasné podchycení, diagnostiku, léčbu, rehabilitaci, resocializaci a prevenci osob se závislostí na návykových látkách. Substituční centra poskytují ambulantní udržovací substituční léčbu pacientům závislým na opioidních látkách. Dle potřeby poskytují metodické vedení při provádění substituční léčby ostatními poskytovateli. (Psychoportal, 2020)

4) AT ambulance

Ordinace AT (alkohol/toxikománie) je zaměřena na léčbu klientů se závislostí včetně duálních diagnóz. Zařízení má řídit kvalifikovaný lékař s praxí v oboru a dle možností i s atestací z oboru AT. Optimální terapeutický tým se skládá z vedoucího lékaře,

sekundárního lékaře, klinického psychologa, minimálně dvou zdravotních sester a jednoho sociálního pracovníka.

Oblast působení AT podrobně znázorňuje následující tabulka. (Hampl in Kalina, 2003, s. 177)

Tabulka 4: Oblasti působení AT

PREVENCE	<ul style="list-style-type: none"> • Primární – na požádání • Sekundární – prevence vzniku závislosti • Terciální – prevence relapsu, recidivy
DIAGNOSTIKA	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnéza subjektivní, objektivní • Klinické vyšetření, laboratorní, doplňkové (sono, EKG, RTG, EEG)
TERAPIE	<ul style="list-style-type: none"> • Psychoterapie – individuální, rodinná, partnerská, skupinová • Farmakoterapie – vlastní závislosti, syndromu z odnětí, detoxifikace, substituční léčba • Hospitalizace na speciálních lůžkách (PL, TK) • Zapojení do socioterapeutických klubů a samosprávných organizací AA (AT)
REHABILITACE	<ul style="list-style-type: none"> • Návrat psychických a somatických schopností pacienta, zlepšování kondice
RESOCIALIZACE	<ul style="list-style-type: none"> • Zařazení do společnosti, školy, práce, rodiny, podnikání • Zprostředkování pobytu v terapeutických komunitách
SPOLUPRÁCE KONZILIÁRNÍ	<ul style="list-style-type: none"> • Lůžková zařízení – ARO, JIP, interna, chirurgie, neurologie • Ambulantní zařízení – obvodní lékaři, privátní psychiatři • Ostatní zdravotnická zařízení – lékárny, laboratoře, komplement
SPOLUPRÁCE KONZULTATIVNÍ	<ul style="list-style-type: none"> • Nezdravotnická zařízení sociálního charakteru, instituce: kurátoři, azylové domy, zaměstnavatelé, úřady práce • Soudy – probační a mediační služba: ochranné a alternativní léčby
POSUDKOVÁ ČINNOST	<ul style="list-style-type: none"> • Posuzování schopností z hlediska AT k výběru zaměstnání dorostu, k určité práci – dospělí, k řízení motorových vozidel, k držení střelné zbraně
ZNALECKÁ ČINNOST	<ul style="list-style-type: none"> • Soudní znalci v oboru AT
PUBLIKAČNÍ ČINNOST	<ul style="list-style-type: none"> • Odborné časopisy, tisk, rozhlas, televize
ADMINISTRATIVA	<ul style="list-style-type: none"> • Běžná pro dané zařízení • Podklady pro statistiku ÚZIS • Podklady pro drogovou epidemiologii

Zdroj: Hampl in Kalina, 2003, s. 17

5) Denní stacionář

Denní stacionáře se řídí strukturovaným programem, jež je definován jako léčebný (příp. léčebně-výchovný či léčebně-resocializační). Jeho hlavními charakteristikami jsou: přesný časový rozvrh; soubor pravidel, která definují žádoucí i nežádoucí chování; sankce za případné porušení pravidel a vyvážená skladba programu (komunitní setkání, skupinové terapeutické aktivity, pracovní aktivity, sportovní aktivity, kulturní aktivity apod.).

Strukturovaný program v denní péči o osoby závislé by měl podle mezinárodních kritérií pokrývat minimálně 4–5 hodin denně po 5 dní v týdnu. V České republice se má klient denního stacionáře účastnit strukturovaného programu v rozsahu minimálně 25 hodin týdně. Standardní délka docházení je 10–14 týdnů s možností prodloužení.

Docházení do denního stacionáře má význam v případě, kdy člověk s různými potřebami má sice kde bydlet, ale nemůže/neměl by být sám doma nebo je pro něj nedostatečná běžná ambulantní péče a současně nepotřebuje pobyt v nemocnici nebo jiné lůžkové instituci. (Kalina, 2003)

1.2.3 Ústavní léčba

Při ústavní (pobytové) léčbě pobývá osoba v chráněných prostorách ústavního zařízení. Pobytová léčba je určena lidem, kteří nejsou schopni abstinovat v jejich přirozeném prostředí. Kromě samozřejmé absence návykových látek během pobytu je zde také důležitý denní režim a dodržování stanovených pravidel, jejichž případné porušení je trestáno. Významným prvkem ústavní léčby je psychoterapie, pracovní terapie a různé zájmové aktivity. Ústavní léčba může být buď krátkodobá (do 2 měsíců), střednědobá (2–6 měsíců) nebo dlouhodobá (6 měsíců až 1 rok). Krátkodobá a střednědobá léčba probíhá nejčastěji v lékařských zařízeních, dlouhodobá pak v terapeutických komunitách. (Substituční léčba, 2023)

Detoxifikační jednotky

Detoxifikační jednotky jsou určeny ke zvládnutí odvykacích stavů a intoxikací návykovou látkou, jež nevyžadují intenzivní péči nebo anesteziologicko-resuscitační oddělení. Nejčastěji jsou začleněny jako součást zařízení ke střednědobé a dlouhodobé léčbě závislostí. Detoxifikace je možná i v domácím prostředí, ale nebývá moc účelná, neboť v nepobytovém zařízení dochází často k recidivě. Detoxifikace není u většiny pacientů postačující intervencí. Nejčastěji se jedná o počáteční fázi léčby, která má pacienta připravit na další léčbu.

Samotný pojem detoxifikace označuje léčbu odvykacího stavu a může probíhat buď s použitím psychofarmak nebo bez nich. Cílem detoxifikace je zbavit organismus návykové látky, pomoci pacientovi překonat možné odvykací příznaky, posoudit stav a navrhnout další léčbu. Dalším důvodem pro detoxifikaci je nebezpečnost pacienta sobě nebo svému okolí, brzký nástup do VTOS, po těžkém úrazu za účelem pobytu v nemocničním prostředí aj. Detoxifikační jednotky poskytují komplexní péči, do které patří: farmakoterapie, psychoterapie a sociální práce. (Nešpor, 1996)

Následná péče

Služby následné péče jsou službou sociální prevence. Jedná se o ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly (nebo aktuálně absolvují) ambulantní nebo ústavní léčbu ve zdravotnickém zařízení nebo osobám, které abstinují. Služba následné péče se poskytuje bez úhrady a zahrnuje sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím nebo pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. (MPSV, 2020)

Délka programu následné péče je individuální, určuje se na základě klientovy zakázky a doporučení terapeuta. V praxi se většinou doporučuje minimální délka trvání 6 měsíců. Mnoho klientů si tuto dobu prodlužuje až na 12 měsíců. Celý program bývá rozdělen do několika fází (zpravidla do tří), které se od sebe liší intenzitou docházením do programu. Tato skutečnost umožňuje individuální přístup ke klientům a podporuje jejich postupné přebírání odpovědnosti za svůj život.

Doléčovací programy pro osoby po léčbě závislostí na návykových látkách

Doléčovací programy jsou součástí následné péče, které prostřednictvím ambulantního doléčování nebo pobytové služby chráněné bydlení poskytují komplexní služby a aktivity (psychoterapeutické programy, individuální, skupinové, nebo pracovní a sociální poradenství), které pomáhají snižovat riziko relapsu a podpořit udržení a další rozvíjení pozitivních změn. Pomáhají řešit různé psychické problémy, obtíže ve vztazích a další problémy, které zůstaly po dobu léčby skryty. (Substituční léčba, 2023) Příklady doléčovacích center: SANANIM, LOTOS, P-CENTRUM.

Kalina (2015, s. 473-475) uvádí následující složky doléčovacího programu:

- Psychoterapie
- Prevence relapsu
- Sociální práce
- Práce, chráněná pracovní místa a rekvalifikace
- Lékařská péče
- Práce s rodinnými příslušníky
- Nabídka volnočasových aktivit

Chráněné bydlení

„Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.“ (MPSV, 2020)

Chráněné bydlení má podobu skupinového, příp. individuálního bydlení a zajišťuje (pomoc při) poskytnutí stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. Dále zprostředkovává kontakt se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti nebo pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Tato služba je poskytována za úhradu. (MPSV, 2020)

Chráněná dílna

Chráněná dílna (neboli sheltered workshop, dále jen ChD) je sociální službou, která je složkou souboru sociálních a zdravotních služeb. Poskytování práce v ChD je vázáno na kontakt s pracovištěm, které poskytuje léčebné, doléčovací a resocializační služby. Smyslem ChD je znovuzavedení pracovních návyků, dosažení pracovních dovedností a finanční příjem. Práce v ChD koresponduje s dobou terapeutického programu (obvykle 4 – 12 měsíců). ChD musí respektovat požadavky na následnou zaměstnatelnost a situaci na trhu práce. (ÚV ČR, 2001)

1.3 Vybrané modely léčby závislosti

1.3.1 Farmakoterapeutická léčba závislosti

Farmakoterapeutická léčba není vždy nutná, ovšem v některých případech je nezbytná, např. při léčbě akutní intoxikace, odvykacích stavů, psychotických stavů a tělesných komplikacích. Medikamenty lze využít také v rámci podpůrné léčby. Rozhodnutí o druhu a dávce léku závisí vždy na lékaři.

Při využívání farmakoterapeutické léčby je třeba zohledňovat skutečnost, že značná část psychofarmak jsou zároveň návykovými látkami. Při jejich dlouhodobějším užívání hrozí u lidí závislých na návykových látkách vznik kombinovaných závislostí (např. při užívání hypnotik nebo analgetik).

Dřívější hojně využívanou metodou byla tzv. averzní terapie. Spočívala v podávání látky vyvolávající vomitus ihned po tom, co pacient požil alkohol. Snahou bylo vytvořit reflexivní reakci, při které by pacient začal zvracet ihned po požití alkoholu i bez podání látky. Kvůli nežádoucím účinkům se od této léčby upustilo. (Rotgers, 1999)

Dnes nejčastěji využívanými látkami při farmakoterapii jsou Antabus, naltrexon a methadon. Antabus (disulfiram) se využívá při léčbě závislosti na alkoholu. Do praxe byl uveden roku 1948 a původně byl využíván u nemotivovaných pacientů s nedobrovolnou léčbou. Dnes již víme, že vhodným pacientem k disulfiramové léčbě je pacient, který o abstinenci naopak usiluje. Podávání Antabusu je metodou senzitivace. Jde o požívání látek, které v kombinaci s alkoholem vyvolávají nepříjemné reakce a fungují jako psychologická bariéra. Cílem této léčby je zhoršení snášenlivosti alkoholické látky, vytváření zdravějších vzorců chování a osvojení lepších způsobů zvládnání různých situací. Léčbu je třeba kombinovat s psychoterapií a dalšími postupy.

Naltrexon se podává u osob závislých na alkoholu nebo opioidech. Při léčbě závislosti na alkoholu působí naltrexon ke snižování touhy po alkoholu. Pokud dojde k porušení abstinence, je pro pacienta snazší recidivu zastavit. V případě, že si pacient během léčby závislosti na opioidech opioid¹ aplikuje, nebude mít na něj tato skutečnost žádný subjektivní efekt. K zahájení léčby dochází po detoxifikaci (zhruba 5 dní po poslední dávce krátkodobě působících opioidů, jako je heroin, nebo 7-10 dní po posledním podání methadonu). Léčba se zahajuje naloxonovým testem – důvodem je skutečnost, že u pacienta fyzicky závislého na opioidech by aplikace naltrexonu mohla vést k obtížně léčitelnému odvykacímu syndromu a následnému předávkování. (Láznička in Praktické lékárenství, 2011)

Methadon se podává jako „bezpečnější a náhradní“ droga pacientům závislých na opiátech, kteří nejsou schopni nebo ochotni podstoupit léčbu orientovanou k abstinenci. Kombinace methadonu s jinými návykovými látkami, včetně alkoholu, zvyšuje riziko smrtelné intoxikace. Z tohoto důvodu zařízení, které poskytuje methadonovou léčbu, musí být schopno zajistit odběry moči a toxikologická vyšetření. (Nešpor & Csémy, 1996)

S touto problematikou také souvisí pojem delirium - nespecifická patologická reakce mozku, při které dochází ke ztrátě vědomí. Jedná se o náhlou změnu spojenou s dezorientací, rozrušením a halucinacemi. Delirium může vyvolat zejména závislost na alkoholu nebo na jiné látce, akutní intoxikace, farmakologická léčba nebo jeho vznik může souviset s odvykacím procesem. (Dreher, 2017)

1.3.2 Terapeutická komunita

Pojem terapeutická komunita můžeme vnímat dvěma způsoby. Kratochvíl (2005) rozlišuje terapeutickou komunitu (TK) v širším a užším slova smyslu. V širším pojetí se

¹ V medicíně jsou opioidy užívány k tlumení bolesti.

jedná o *system organizace léčebného oddělení*. V tomto přístupu je podporována všestranně otevřená komunikace a rozhodování všech členů týmu (i pacientů). V užším pojetí lze chápat TK jako *psychoterapeutickou metodu*, při níž jsou využívány modelové situace k projekci a korekci maladaptivních stereotypů prožívání a chování. Terapeutický rys skupiny se zakládá na faktu, že umožňuje dosažení náhledu na vlastní problémy, na subjektivní podíl na jejich vytváření a především napomáhá k nácvik vhodnějších, adaptivnějších způsobů chování. Kratochvíl (2017, s. 263) uvádí: „*Terapeutická komunita (léčebné společenství) je způsob organizace léčebné instituce nebo oddělení, kdy se cíleně podporuje spoluúčast pacientů na řízení, na plánovaných společných aktivitách a na léčbě.*“

Základy modelu terapeutických komunit vznikaly ve Velké Británii v době II. světové války jako reakce na skutečnost, že armádní psychiatrické služby byly v této době přehlceny vojáky s psychickými traumaty a současně čelily požadavku uzdravit co největší počet pacientů, aby byli schopni vrátit se zpět na frontu. Prvními místy byla léčebná zařízení pro psychicky narušené vojáky v Northfield Hospital v Birminghamu a v nemocnici Mill Hill v Londýně. Ústřední osobností v Mill Hill byl Maxwell Jones, který formuloval pět principů TK, a to: oboustranná komunikace na všech úrovních; proces rozhodování na všech úrovních; společné vedení; konsenzus v přijímání rozhodnutí a sociální učení v interakci tady a teď. Jones se svým týmem zavedl důležité prvky programu, které se využívají dodnes, jedná se např. o různé formy skupinové práce, psychodramatický nácvik sociálních dovedností a také o rozsáhlé spektrum rolí ve správu klientů. (Kalina, 2008)

Kalina (2008) popisuje jednotlivé fáze léčby v terapeutické komunitě následovně: Samotné léčbě předchází *období před nástupem do TK*. Tento vstupní program obvykle představuje rozhovory, ale může mít také podobu strukturovaného plánu v délce několika měsíců. Nutná je osobní žádost klienta o přijetí do TK, následuje diagnostický filtr (zhodnocení klienta podle osobní, zdravotnické, psychiatrické či soudní dokumentace, laboratorní testy), předléčebné poradenství (motivační rozhovory) a detoxifikace (negativní test na přítomnost drog v moči).

Nástupní proces probíhá různými způsoby dle lokálních předpisů a zvyků dané TK. Běžnými součástmi této fáze je např. vstupní rozhovor; ověřování dokladů, sociální a právní situace; toxikologická a dechová zkouška na látky nepřipustné v komunitě. Velmi často bývá také součástí obřadný přijímací rituál do komunity.

Třetí v pořadí je tzv. „*nultá*“ fáze, během níž dochází k základní stabilizaci klienta, formulaci individuálních terapeutických plánů, upevňování motivace klienta k setrvání v léčbě atd. Na počátku pobytu klienta doprovází jiný klient/garant, po jehož boku se tento klient seznamuje s chodem zařízení a ostatními účastníky komunity. Ve střednědobé ústavní léčbě založené na principech TK trvá tato fáze cca 1-3 týdny.

Úlohou *první fáze* je asimilace přichozícího člena v komunitě. V závěru této fáze by se mělo dosáhnout toho, že klient komunitu přijímá jak ve smyslu pravidel, programu a cílů, tak ve smyslu vztahů a naopak skupina přijímá jeho.

Vrcholnou fází léčby v TK je *fáze druhá*, protože během ní dochází k vlastní změně klienta, která se projevuje ve zlepšování chování, zvyšování úrovně náhledu, vzestupu postavení v komunitě, psychologickém růstu nebo ve vzrůstající osobní autonomii. V této fázi přibývá kontaktů s vnějším světem – rodinou (uskutečňuje se také rodinná terapie/poradenství). Trvání této fáze představuje zhruba polovinu celého pobytu v TK.

Celý proces léčby se pozvolna uzavírá ve *třetí fázi*, jejímž cílem je zdravá separace od komunity a příprava na život mimo ni. Konkrétně zahrnuje: postupné přecházení do života mimo TK (částečné pobývání mimo TK – nástup do práce, využívání TK jako nočního stacionáře); ověřování osobní a sociální zralosti (důraz je kladen na rozhodování); vytváření individuální sítě pozitivní sociální a psychologické podpory (přibývá vztahů mimo TK); zhodnocení pokroku a emoční rozloučení s komunitou. Závěrem této fáze je výstupní rituál a nástup do programu následné péče.

Nejdůležitější charakteristickým rysem TK je její režim, který určuje všem zainteresovaným, co, kdy a za jakých okolností mají dělat. „*Jedná se o časovou strukturu dne a týdne, povinnosti klienta a požadavky na jeho chování v programu, způsoby hodnocení požadovaného chování a sankce za režimové přestupky a výhody za dodržování režimu.*“ (Adameček in Kalina, 2003, s. 203-204)

*Apolinář*² je znám jako první specializované lůžkové oddělení pro léčbu (a studium) alkoholismu. Apolinářský model zdůrazňuje individuální i kolektivní odpovědnost pacientů, klade důraz na pravidelná shromáždění komunity, skupinovou terapii, práci s rodinou, ale také na posilování fyzické zdatnosti pacienta. Tento model léčby závislých na alkoholu přejala řada psychiatrických léčeben. Jeho nedostatek tkvěl v tom, že nebyl příliš efektivní pro mladé lidi s nevyzrálou osobností a závislostí na nelegálních drogách. Z tohoto důvodu byla v roce 1991 otevřena v Němčicích u Volyně první terapeutická

² Založen roku 1948 doc. MUDr. Jaroslavem Skálou v bývalém klášteře při gotickém kostele sv. Apolináře na okraji Nového Města

komunita pro drogově závislé *SANANIM*. Zakladatelkou byla PhDr. Martina Těmínová (a její spolupracovníci, všichni speciální pedagogové). Komunita byla vytvořena na nezdavotnické půdě s charakterem sociálně rehabilitačním a výchovným s psychoterapeutickou složkou. (Kalina, 2008)

1.3.3. Cenacolo (sestra Elvíra)

Komunita Cenacolo je křesťanské sdružení (nikoli léčebna), které bylo založeno roku 1983 řádovou sestrou Elvírou Petrozzi. Sestra Elvíra chtěla zasvětit svůj život Bohu prostřednictvím služby narkomanům a mladým lidem, kteří chtějí znovuobjevit sama sebe.

Ústředí komunity se nachází v Itálii ve městě Saluzzo, dohromady má komunita po celém světě přes 70 domů³ (kromě některých států Evropy také např. v Mexiku, USA, Peru, Brazílii, na Filipínách nebo v Paraguai). Současně komunita Cenacolo pomáhá přes 1 200 chlapcům a dívkám.

Komunita kromě lásky a dodržování režimu staví na třech pilířích – modlitba, práce, přátelství. Síla překonat závislost má dle přesvědčení komunity vycházet z víry a křesťanské lásky. Zvyšovat motivaci u mladých lidí pomáhá skutečnost, že pomocníky v komunitě jsou lidé, kteří si již prošli částí této cesty a tudíž vědí, jak se mladý člověk v takové situaci cítí. (Komunitní dům Cenacolo, 2023)

Sanace je poskytována pobytovou formou s důrazem na dodržování denního režimu. Den v komunitě Cenacolo začíná v 6:00 budíčkem, následuje stlaní postelí a osobní hygiena. Poté přichází na řadu společná modlitba v kapli, snídaně a práce. Práce jsou různorodé a po určitém období si je účastníci komunity střídají. Po společném obědě spolu účastníci tráví čas a odpočívají a poté pokračují v práci, kde se opět modlí (cílem je naučit se modlit i při práci). Po práci, v 18:00, probíhá další modlitba a určitý typ komunitního sezení. Poté následuje večeře, společně strávený čas všech účastníků a ve 22:00 všichni uléhají ke spánku.

Jednou za dva týdny se koná „Životní reflexe“ – „*konfrontace v malých skupinkách, v níž každý v pravdě sdílí svou vlastní zkušenost složenou ze světla a stínů a dostává od bratří a sester nezbytnou pomoc, aby čelil těžkostem a rostl ve víře a lásce*“. (Comunità cenacolo)

³ V ČR se nevyskytuje žádný dům komunity Cenacolo, nejbližší dům se nachází na Slovensku. To ale neznamená, že v naší republice komunita není aktivní. Její setkání (setkání rodičů a přátel komunity) se uskutečňují např. v Praze (fara u sv. Vojtěcha ve Vojtěšské ulici nebo ve Zlíně v Centru pro rodinu).

1.3.4 Monar

Monar je polská nevládní organizace zajišťující od roku 1978 systém léčby drogových závislostí a prevenci sociálního vyloučení v Polsku. Monar je založen na důstojnosti, toleranci a respektu k lidským právům a na lásce. Základním mottem je, že *„nikdo není ztracen a každý má šanci na nové místo v životě i ve společnosti.“*

Úkolem asociace je pečovat o lidi, které se ocitli v obtížné životní situaci. Konkrétně nabízí odbornou pomoc těmto cílovým skupinám:

- Drogově závislým (jejich rodinám a příbuzným);
- Bezdomovcům, matkám s dětmi (ubytovny, chráněná bydlení, reintegrační služby, sociální a psychologické poradenství);
- Dětem a mládeži – programy prevence, podpora zdravého životního stylu;
- Dětem z ohrožených skupin, politickým uprchlíkům;
- Osamělým a nemocným lidem, lidem žijícím s HIV/AIDS.

Monar poskytuje prevenci a terapii v rámci ambulantní péče, anebo léčbu v rámci rezidenčních terapeutických rehabilitačních center. Našeho tématu se týkají zejména rehabilitační centra, která zahrnují 30 středisek pro léčbu, terapii a rehabilitaci závislostí, 2 střediska určená pro krátkodobou léčbu závislosti na alkoholu a 2 detoxikační oddělení, tuto službu využije cca 7 tisíc klientů ročně.

Další službou spojenou s naším tématem je např. post-rehabilitace (následná péče), prophylaxe (prevence drogové závislosti a afektivního chování, podpora zdravého životního stylu) nebo snižování újmy (např. rezidenční střediska pro intoxikované, streetwork atd.).

Základní metody a pravidla všech komunit jsou víceméně stejná. Pro jistotu je ale zmíníme i v této podkapitole. Stěžejními pracovními metodami v Monaru je pravidelné setkávání účastníků; účast ve skupinách pro psychologickou a výchovnou práci; individuální terapie (vč. individuálních terapeutických plánů); terapeutické tábory různého zaměření (horolezecké, vodácké atd.) a konstruktivní výchova ve volném čase (kulturní a umělecké aktivity). Samozřejmostí je také práce s rodinou.

Hlavními pravidly komunity Monar jsou samospráva (aktivní účast na formování politiky zařízení); odpovědnost za svůj léčebný proces a za chod centra; vzájemná pomoc, zpětná vazba, podpora a respekt ke všem členům; aktivní práce; drogová, alkoholová a sexuální abstinence; neakceptování agresivního chování. (Stowarzyszenie Monar, 2021)

2. MÍSTO SPORTU A FYZICKÉ NÁMAHY V LÉČBĚ ZÁVISLOSTÍ

2.1 Fyziologické dopady

Fyzickou aktivitu můžeme vymezit jako soubor chování zahrnující fyzický pohyb produkovaný svalovým výkonem, jež vyžaduje výdej energie. Ze sociologického hlediska rozlišujeme tři kategorie intenzity fyzické aktivity: naprostá absence fyzické aktivity, pravidelná fyzická aktivita a pravidelná dynamická fyzická aktivita. (Fakulta sportovních studií Masarykovy univerzity, 2019)

Pohybová aktivita podporuje dobrou fyzickou a duševní kondici, současně je jedním z nejvýznamnějších činitelů v oblasti prevence chronických onemocnění. Pohybová aktivita s sebou přináší zdravotní benefity, které rozdělujeme do tří skupin – zdravotní benefity se silnou průkazností, zdravotní benefity se středním stupněm průkaznosti a zdravotní benefity s nízkým stupněm průkaznosti.

Mezi zdravotní benefity se silnou průkazností patří posílení svalové zdatnosti, zlepšení kardiovaskulárního a metabolického zdraví, zvýšení odolnosti kostní tkáně, snížení rizika cévní a mozkové příhody, snížení rizika hypertenze nebo diabetu, snížení rizika rakoviny tlustého střeva a prsu atd. Přispívá také k redukci tělesné hmotnosti a k prevenci nadváhy. Zdravotní benefity se střední průkazností zahrnují např. snížení depresivity, snížení rizika rakoviny plic nebo zlomeniny krčku stehenní kosti, zlepšení kvality spánku apod. (Stackeová, 2010)

Fyzická aktivita se spojí s fyzickou zdatností. Fyzická zdatnost je prvek, díky kterému jedinec pokryje nároky na potřeby organismu a řadu důležitých situací. Jedinec má posilovat svou fyzickou zdatnost, aby se mohl: vyrovnat se situacemi neobvyklého nebo neočekávaného tělesného zatížení; vyrovnat se s požadavky zaměstnání; absolvovat běžné denní tělesné aktivity; příjemně prožít volný čas s využitím pohybových aktivit; utvářet si zdravý životní styl; naplnil společenskou potřebu spojenou s možností začlenit se do různých kolektivů. (Fakulta sportovních studií Masarykovy univerzity, 2019)

V rámci výběru pohybové aktivity a jejího následného zařazení do léčebného (nebo preventivního) programu se často vychází ze zkušenosti jedince – jaké aktivity dělal v minulosti a které mu přinášely radost. Může se jednat např. o aerobní sporty, silový trénink, chůzi, outdoorové sportovní aktivity aj. (Recommendations for Practical Implementation, 2022)

2.2 Kolektivní sporty a práce jako prostředek (re)socializace

Socializace je komplexní proces, v jehož průběhu si člověk prostřednictvím sociální interakce osvojuje hodnoty, normy a způsoby jednání, které jsou platné v dané kultuře. Proces socializace má rozhodující význam pro formování osobnosti, ale také pro reprodukci sociálních vztahů. (Sociologická encyklopedie, 2018)

Jandourek shledává socializaci jako „*pojmem ze sociálních věd, označující osvojování si norem, idejí, zvyků, hodnot, tradic, jazyka, symbolů a sociálních rolí v dané společnosti. Během tohoto procesu jedinec získává dovednosti, které bude potřebovat pro společný život s dalšími lidmi.*“ (Jandourek, 2012, s. 208)

„*Resocializace je snaha znovu zapojit do života jedince, který už kdysi socializačním procesem prošel a z nějakého důvodu byl z daného společenství vyřazen.*“ Typickým příkladem je vstup do nové životní fáze (např. důchod), nové zaměstnání, emigrace, propuštění z VTOS atd. (Jandourek, 2012) Jedinec při tomto procesu opouští původní vzorce chování a přijímá vzorce nové. (Sociologická encyklopedie, 2017) Součástí resocializace jsou tři procesy, a to readaptace, reintegrace a repersonalizace.

„*Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.*“ (Zákon č. 108/2006 Sb.)

Pohybové aktivity mohou být součástí komplexního léčebného nebo preventivního programu. O komplexnosti hovoříme, protože zatím neexistuje žádný program, který by byl postaven čistě na pohybových aktivitách. Je nezbytné diferencovat rehabilitační cvičení, sport rekreační a sport vrcholový. Sport rekreační je spjatý spíše s pozitivními efekty, zatímco u vrcholového sportu převažují rizikové faktory. (Nešpor, 2005)

Dle studií zkoumajících vliv sportu na socializaci je socializační efekt různý a nemusí být vždy nutně pozitivní. Přesto však sportovní činnost do socializačního procesu patří. Dle J. Coakleyho (2001, s. 92-93) mají sportovní aktivity přínos především v těchto oblastech:

- prověřování a rozvíjení vlastní identity a schopností (i mimo rámec sportu);
- formování nových vztahů;
- aplikace sportovních zkušeností do jiných sfér života atd.

Kolektivní sporty mají pro socializační proces jedince nesporné výhody – řídí se pravidly, prostřednictvím kterých se člověk učí řádu a respektování norem i v běžném životě, učí člověka samostatnosti a snaze o něco systematicky usilovat, ale zároveň dává možnost člověku někam patřit, učit se kolektivnímu smýšlení, rozšiřovat řetězec sociálních kontaktů, upevňovat přátelská pouta atp.

Participace jedince na sportu je důležitá z hlediska procesu sebepoznávání a formování osobnosti, s čímž také souvisí formování (a chápání) rolí v sociálních skupinách. Účast jedince na sportovních aktivitách pomáhá překonávat a řešit stresové situace a je přínosná také v rámci přípravy člověka na střet s možným neúspěchem v osobním či profesním životě. Socializační účinek sportu není vždy identický, závisí na mnoha faktorech, zejména na druhu sportu a na stupni a intenzitě jeho realizování. (Sekot, 2008)

Dalším významným resocializačním činitelem je fyzická aktivita v podobě práce. Pracovní aktivita může sloužit k utvoření nebo zachování pracovních návyků. V druhém případě její přínos spočívá v rozvoji osobnostních kvalit. Práce, která je smysluplná a dobře organizovaná, mění vztah jedince k práci celkově (jakožto typicky lidské potřebě) i k práci coby nástroji vedoucímu k uspokojování dalších potřeb a zájmů člověka. (Hála, 2005) Přínosem pracovních aktivit ve srovnání s aktivitami sportovními je skutečnost, že zde jedinci mezi sebou nesoupeří. Sportovní soupeřivost totiž může vést k rivalitě, konfliktům a agresivitě.

2.3 Psychologické aspekty

Fyzická aktivita je nedílnou součástí zdravého osobnostního vývoje a má pozitivní dopad na psychiku člověka v nejrůznějších oblastech. Klíčovým přínosem je zlepšení kognitivních funkcí, mírnění depresí a úzkostí, ventilování emocí, uvolnění napětí, zlepšování sebedůvěry a emočního stavu, posilování vlastní hodnoty atd. Naší práce se týká zejména přínos fyzické aktivity pro jedince se závislostním chováním. Ústředním znakem všech návykových nemocí je bažení (craving), které je spojeno se vznikem stresu. Stres je zároveň faktor, který se podílí na vzniku návykových nemocí. Při fyzické aktivitě dochází k aktivizaci hormonů, které pomáhají stres účinně mírnit. Za pomoci fyzické aktivity, která vede ke zvládnutí stresu, je tedy možno příznivě ovlivňovat bažení po návykových látkách, zlepšovat sebeovládání a současně tak zlepšovat kvalitu života osob závislých. (Cognitive remediation journal, 2017)

K této problematice se bezesporu vztahuje *stav flow*. Jedná se o stav, kdy se jedinec plně soustředí na danou aktivitu, využívá své schopnosti na maximum, je pozornější a aktivnější, nevnímá čas a dokonce ani své fyziologické potřeby. Tento stav je frekventovaným důvodem pro vyhledávání pohybových aktivit u osob léčících se ze závislostí. Prostřednictvím tohoto stavu jedinci dokáží zmírňovat či eliminovat stresory, které mohou vést k recidivě. Získávání výjimečných a dobrodružných empirií naplňuje jedince pocitem štěstí, radosti, fyzického i duševního zdraví etc. (Priest a Gass, 1997)

2.4 Restrukturalizace hodnot

Na pojetí hodnot lze pohlížet mnoha směry. Jejich rozdílné definice a členění bylo v minulých dobách předmětem zájmu především filosofů, dnes se tato problematika čím dál více dostává do oblasti psychologie. Kučerová (1996, s. 65) uvádí: „*Pojem hodnoty, pokud jde o její podstatu, není v dějinách filozofie definován jednoznačně. Mluvíme-li o hodnotách, máme na mysli buď všechno, co přináší uspokojení, co uspokojuje naše potřeby a zájmy, nebo máme na mysli hodnoty v užším slova smyslu, základní kulturní kategorie, které odpovídají našim vyšším tendencím, normám a ideálům, zvláště sociálním, mravním a estetickým.*“

Hodnotami se z pohledu psychologie zabývá např. Kohoutek (2000), který člení hodnoty na „*autotelické*“ (egoistické), „*heterotelické*“ (altruistické) a „*hypertelické*“ (nadosobní).

Pro získání smyslu života je podle Frankla podstatné v životě naplňovat 3 typy hodnot – „*tvůrčí, zážitkové a postojové*“. Skrze tvůrčí hodnoty obohacujeme sebe i svět. Vztahují ke snaze člověka zanechat po sobě nějaký otisk, památku a vychází z teze, že každý svědomitě splněný úkol má svou hodnotu, bez ohledu na jeho kvalitu. Zážitkové hodnoty se formují z pocitů libosti. Může se jednat o chvíle, kdy se obohacujeme zážitky, prožíváme city, vnímáme půvab prostřednictvím přírody a umění. Jedná se o okamžiky, kdy si řekneme: „*pro tyto prožitky stojí za to žít*“. Pokud člověk nemůže tvořit ani prožívat takové zážitky, může najít význam v tom, jak se postaví ke skutečnostem, které nemůže ve svém životě změnit – skrze postojové hodnoty (např. ztráta zdraví, blízkého člověka atp.). (Akropolitán, 2020)

S hodnotami se pojí termín hodnotová orientace, který vyjadřuje vztah jedince k jeho okolnímu světu. Jedná se o významný faktor, který ovlivňuje lidské postoje a jednání. Hodnotovou orientaci má každý jedinec odlišnou, vždy je spojená s jeho konkrétními potřebami. Hloubka orientovanosti na jednotlivé hodnoty určuje hodnotovou

hierarchii vystihující preferenci jednotlivých hodnot. Podstatné je poznání hodnotových vztahů, jelikož samotné poznání hodnot zůstává abstraktní. (Dorotíková, 1998)

Na hodnoty je z psychologického hlediska (na rozdíl od hlediska pedagogického nebo filozofického) pohlíženo jako na dynamický prvek, který se transformuje s nepřetržitým vývojem jedince. Jedinec svůj hodnotový systém restrukturalizuje na základě faktorů, se kterými vstupuje do vzájemného působení. K nejvýznamnějším činitelům přispívajícím k transformaci hodnotového systému patří informovanost, skupinová příslušnost a personální činitelé. Restrukturalizace hodnot může souviset se změnou intenzity a úrovně subjektivní potřeby hodnot u daného jedince (kongruentní změna) nebo se může transformovat v protiklad této hodnoty (nonkongruentní změna). (Cakirpaloglu, 2009)

PRAKTICKÁ ČÁST

3. METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

V rámci úvodu do metodologie je třeba si definovat samotný pojem výzkum. Podle Gavory (2010, s. 13) se jedná o „*systematický způsob řešení problémů, kterým se rozšiřují hranice vědomostí lidstva. Výzkumem se potvrzují či vyvracejí dosavadní poznatky, anebo se získávají nové poznatky.*“

Praktická část této práce je věnována výzkumnému šetření, které probíhalo prostřednictvím kvantitativního výzkumu. Gavora (2010, s. 13) uvádí: „*Kvantitativní výzkum využívá náhodné výběry, experimenty a silně strukturovaný sběr dat pomocí testů, dotazníků nebo pozorování. Konstruované koncepty zjišťujeme pomocí měření, v dalším kroku získaná data analyzujeme statistickými metodami s cílem je explorovat, popisovat, případně ověřovat pravdivost našich představ o vztahu sledovaných proměnných.*“

Jako metoda pro sběr dat byl zvolen dotazník, který umožňuje získat data od rozsáhlého počtu respondentů za relativně krátký časový úsek. Gavora (2010, s. 99) definuje dotazník jako „*způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí. Jedná se o nejfrekventovanější metodu zjišťování údajů. Osoba, která vyplňuje dotazník, se nazývá respondent. Jednotlivé prvky dotazníku se nazývají otázky. Otázka dotazníku se však někdy označuje jako položka. Zadávání dotazníku se nazývá administrace.*“

Dotazník byl vytvořen prostřednictvím online nástroje pro tvorbu dotazníků s názvem Survio. Dotazník tvořilo celkem 29 položek, z nichž bylo 16 uzavřených, 5 polouzavřených, 3 otevřené, 3 škálovací a 2 na seřazení. První 4 položky byly orientovány na faktografické údaje o respondentech, kterými bylo zjišťováno pohlaví, věk, nejvyšší dosažený stupeň vzdělání a současný status respondenta. Poslední otázka byla kontrolní.

Dotazník byl anonymní a časová dotace pro jeho vyplnění činila 5-10 minut. Celkem dotazník vyplnilo 61 lidí, ale z důvodu kolidujících odpovědí byly 3 dotazníky vyřazeny. Sběr dat probíhal od 23. 2. 2024 do 24. 3. 2024.

3.1 Charakteristika respondentů

Výzkumný vzorek tvořily osoby, které jsou klienty Terapeutické komunity Karlov SANANIM, Lotos - Doléčovací centrum, o. p. s., Doléčovací centrum Třebíč a osoby, které

se nachází ve specializovaném oddělení pro výkon trestu odsouzených s poruchou osobnosti a chování způsobenou užíváním návykových látek ve Věznici Nové Sedlo.

Dotazník byl rozeslán v elektronické podobě formou online odkazu. V případě spolupráce s Věznicí Nové Sedlo jsem posílala 20 dotazníků v tištěné podobě na jejich adresu. Po vyplnění mi byly dotazníky zaslány zpět.

3.2 Výzkumný cíl a výzkumný problém

Výzkumný problém by měl být formulován zcela jednoznačně a formou tázací věty, která je relevantní, zajímavá a řešitelná. Ve výzkumném problému by se měly reflektovat teoretické a metodologické předpoklady výzkumu, samozřejmostí je pak soulad s etickými principy. (Švaříček, Šed'ová, 2007) Vzhledem k tématu práce došlo k upřesnění původního výzkumného cíle a problému následovně:

Výzkumný cíl: Zjistit, jak se promítají sociokulturní prvky do vzniku závislosti.

Výzkumný problém: Hraje roli rodinné zázemí v dětství a dosažené vzdělání roli při vzniku závislosti?

3.3 Přehled výzkumných otázek

Výzkumné otázky „*tvorí jádro každého výzkumného projektu. Plní dvě základní funkce: pomáhají zaostřit výzkum tak, aby poskytl výsledky v souladu se stanovenými cíli, a ukazují také cestu, jak výzkum vést*“. (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 69)

VO1: Jaký je vztah mezi fyzickou aktivitou a psychickou zdatností závislých osob?

VO2: Jaký je vztah mezi rodinným zázemím v dětství a současným životem respondentů?

VO3: Má dosažený stupeň vzdělání vliv na vznik závislosti?

VO4: Existuje statisticky významná souvislost mezi vývojovým obdobím závislých osob a vznikem kombinovaných závislostí (látková + nelátková závislost)?

3.4 Přehled hypotéz

Gavora uvádí (2010, s. 50) „*Hypotéza je vědecký předpoklad, který vzniká buď na základě osobní zkušenosti výzkumníka nebo na základě vědecké teorie či z poznatků, které jsou o daném jevu všeobecně známy.*“

Při formulaci hypotéz je třeba se řídit třemi základními požadavky, které bývají také označovány jako zlatá pravidla hypotézy (Gavora, 2010, s. 53):

- hypotéza je tvrzení (oznamovací věta), které na konci výzkumu přijmeme nebo vyvrátíme;
- vyjadřuje vztah mezi dvěma proměnnými;
- hypotéza se musí dát testovat, její proměnné se musí dát měřit nebo kategorizovat.

H1: Závislé osoby vykonávající pravidelně fyzickou aktivitu se cítí lépe než osoby, které vykonávají pracovní aktivitu.

H2: Osoby závislé na tvrdých drogách vyrůstaly častěji v neúplné rodině než v úplné rodině.

H3: Osoby závislé na tvrdých drogách dosáhly spíše vzdělání základního než vysokoškolského.

H4: Závislé osoby ve věku mladší dospělosti (18-25 let) mají častěji kombinované závislosti než lidé ve středním věku (46-55 let).

3.5 Předvýzkum

Dle Sociologické encyklopedie (2017) je „*pojmem předvýzkum používaný v sociologii buď pro jakoukoliv empirickou výzkumnou sondu realizovanou v rámci přípravné výzkumné fáze, která má buď orientační nebo ověřovací charakter, nebo pro komplexní prověření metodiky připravené pro terénní šetření.*“ Předvýzkum může také představovat výzkum v modelovém miniaturním provedení, jehož výsledkem je zpráva o provedení předvýzkumu. Pokud předvýzkum nezpochybní použitou metodiku, mohou být data z něj užita k celkové analýze dat. Z důvodu rutinních výzkumných akcí o ověřených metodik není povinnou součástí každého výzkumu.

Dotazník jsem si nejprve zkusila vyplnit sama, abych si ověřila smysluplnost a srozumitelnost obsažených položek a jejich odpovědí. Poté jsem dotazník rozeslala 4 respondentům.

Dle času, který respondentům zabralo vyplňování dotazníku, jsem mohla odhadnout průměrný čas pro jeho vyplnění, což byl jeden z důležitých prvků při oslovování institucí za účelem součinnosti při tomto výzkumu. Dále jsem poupravila otázku č. 4 (z jaké pocházíte rodiny?), kde jsem doplnila možnost „*z pěstounské péče/adopce/dětského domova*“. K otázkám č. 18 a 21 jsem doplnila informaci, že „*pořadí preferované odpovědi*

je možno měnit jejím přesunutím.“ Poté byl dotazník rozeslán respondentům, kteří souhlasili s jeho vyplněním nebo nabídli součinnost v podobě postoupení dalším osobám, které budou mít zájem.

3.6 Vyhodnocení a prezentace dat

Dotazník zahrnoval dohromady 29 položek. Celkem ho otevřelo 79 lidí, z nichž vyplňování dokončilo 61 respondentů. Nejčastěji byl dotazník navštěvován přes přímý odkaz a jeho vyplnění zabralo nejčastěji 5-10 minut. Shromážděná data byla exportována do MS Excel, kde byly vytvořeny grafy k jednotlivým odpovědím a jednotlivé hypotézy verifikovány pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu.

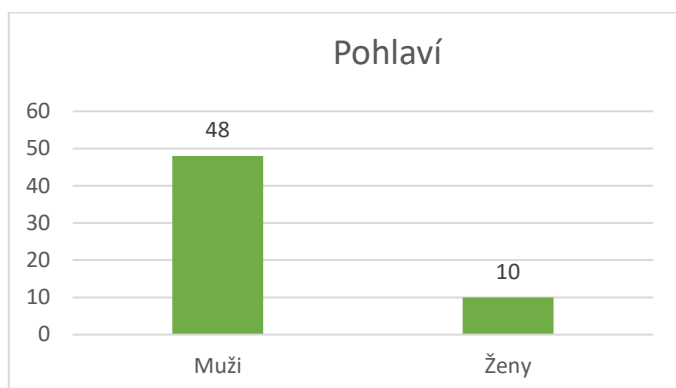
Nejprve se z příslušných položek v dotazníku transformovala data do tabulky s názvem „empirické četnosti“. Následně se z těchto údajů vypočítaly četnosti teoretické. Prostřednictvím empirických a teoretických četností jsem vypočítala testové kritérium, které jsem následně porovnála s kritickou hodnotou. K těmto krokům jsem používala následující vzorce:

$$\text{Teoretické četnosti} = \frac{\text{součet řádků empirických četností} \times \text{součet sloupců empirických četností}}{n = \text{počet prvků}}$$

$$\text{Testové kritérium} = \frac{\text{empirická četnost} - \text{teoretická četnost}}{\text{teoretická četnost}}$$

$$\text{Kritická hodnota} = \chi^2_{1-\alpha}((r-1) * (s-1))$$

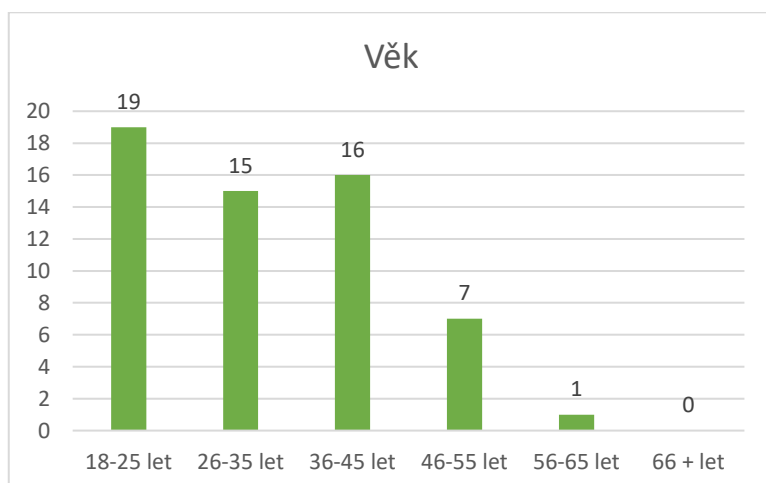
Otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?



Graf č. 1: Pohlaví

První otázka byla uzavřená a zjišťovala pohlaví respondentů. Dotazník dokončilo celkem 48 mužů (82,8 %) a 10 žen (17,2 %).

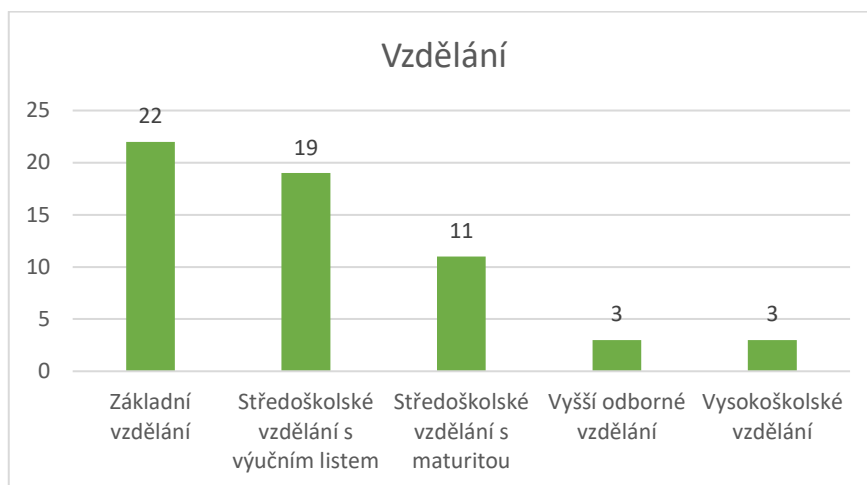
Otázka č. 2: Jaký je Váš věk?



Graf č. 2: Věk

Druhá otázka zjišťovala věkovou kategorii respondentů. Odpovědi byly uzavřené a respondenti volili odpovídající věkové rozhraní. Nejvíce respondentů bylo ve věku 18-25 let, jichž bylo celkem 19 (32,8 %). Respondentů ve věku 26-35 let bylo 15 (25,9 %). Respondentů ve věku 36-45 let bylo celkem 16 (27,6 %). Respondentů ve věku 46-55 let bylo 7 (12,1 %). Nejméně početně zastoupená byla kategorie 56-65 let, ve které se nacházel pouze 1 respondent (1,7 %).

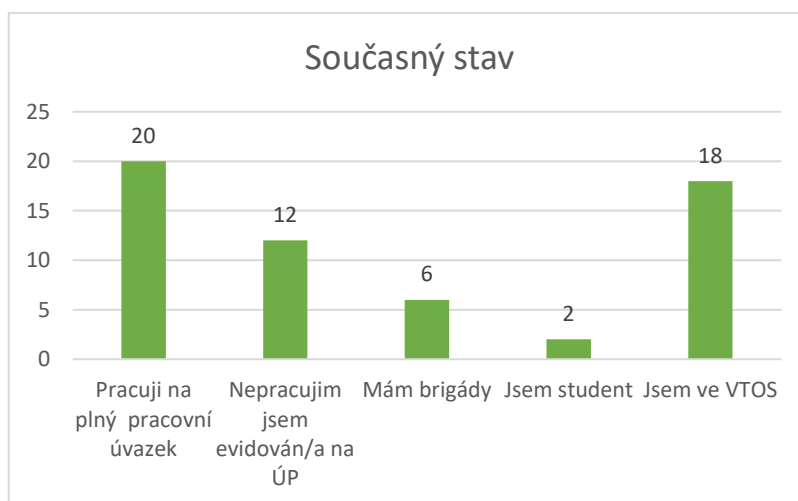
Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



Graf č. 3: Vzdělání

V pořadí třetí otázka zjišťovala nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Tato položka byla uzavřená a respondenti mohli volit jednu z následujících možností vzdělání: základní vzdělání, středoškolské odborné vzdělání s výučním listem, středoškolské vzdělání s maturitou, vyšší odborné vzdělání a vysokoškolské vzdělání. Nejvíce zastoupenou skupinu tvořili lidé se základním vzděláním, jejichž počet činil 22 (37,9 %). Druhou nejpočetnější skupinou byli respondenti se středoškolským odborným vzděláním s výučním listem, kterých bylo 19 (32,8 %). Středoškolsky vzdělaných odpovídajících bylo 11 (19 %). Respondenti s vyšším odborným vzděláním byli 3 (5,2 %). Stejný počet se objevil u lidí, kteří dokončili vysokoškolské vzdělání.

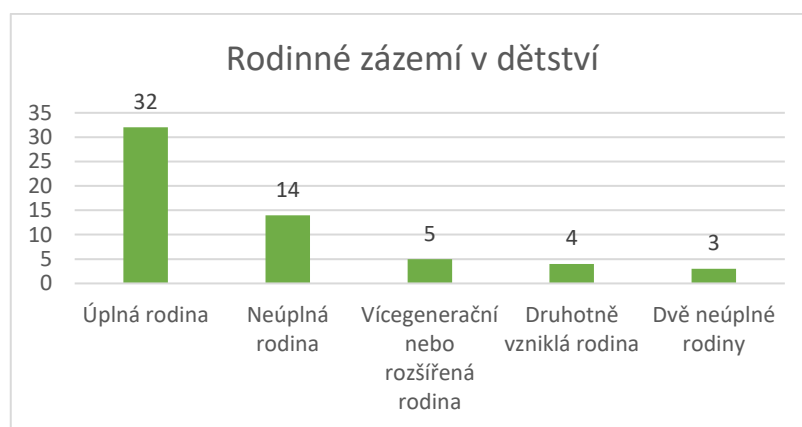
Otázka č. 4: Pracujete v současné době?



Graf č. 4: Současný stav

Čtvrtá otázka se zabývala současným stavem respondentů a zjišťovala, zda pracují, studují, jsou evidováni na ÚP, mají brigády nebo se nachází ve VTOS. Prostřednictvím uzavřených odpovědí bylo zjištěno, že nejvíce respondentů (20, tj. 34,5 %) v současné době pracuje. 12 respondentů v současné době nemá zaměstnání (20,7 %). 6 (10,3 %) respondentů odpovědělo, že má příležitostně brigády. 18 (31 %) respondentů se v současnosti nachází ve VTOS a 2 mají status studenta (3,4 %).

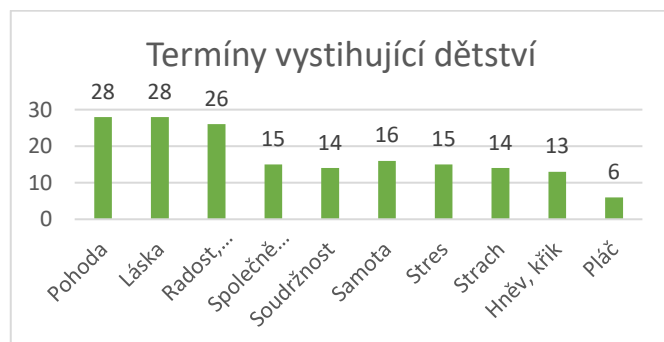
Otázka č. 5: Z jaké pocházíte rodiny?



Graf č. 5: Rodinné zázemí v dětství

Pátá otázka byla jedna ze stěžejních pro vyhodnocování stanovených výzkumných hypotéz. Výsledné odpovědi na tuto otázku mě překvapily. Celkem 32 respondentů (55,2 %) uvedlo, že vyrůstali v úplné rodině. 14 respondentů (24,1 %) pochází z neúplné rodiny. 5 respondentů (8,6 %) uvedlo, že vyrůstali ve vícegenerační nebo rozšířené rodině. Z druhotně vzniklé rodiny pocházeli 4 respondenti (6,9 %) a v rodině složené ze dvou neúplných rodin vyrůstali 3 respondenti (5,2 %). Na otázku „pocházíte z pěstounské péče/adopce?“ neodpověděl nikdo.

Otázka č. 6: Jaké termíny vystihují nejpřesněji Vaše dětství?



Graf č. 6: Termíny vystihující dětství

Otázka číslo šest se zaměřovala na charakteristiku rodinného zázemí v dětství. Jednalo se o uzavřenou otázku, kde bylo 10 pojmů vystihujících pocity. 5 z nich bylo pozitivních, 5 negativních. Respondenti měli zvolit alespoň 4 odpovědi. Většina respondentů odpovídala, že jejich dětství charakterizují spíše pozitivní pojmy. Konkrétně pojem *pohoda* byl zvolen 28 × (16 %), pojem *láska* byl zvolen také 28 × (16 %). Na třetím místě se nacházely pojmy *radost a smích*, které byly zvoleny 26 × (14,9 %). Čtvrté místo zastupuje pojem *samota*, který byl zvolen celkem 16 × (9,1 %). Na pátém místě se nachází protikladné pojmy *stres a společně strávený čas*, které byly označeny celkem 15 × (8,6 %). Na šestém místě jsou rovněž dva protichůdné pojmy, konkrétně se jedná o *strach a soudržnost*, které byly označeny 14 × (8 %). Na předposledním místě jsou pojmy *hněv a křik*, které se ve získaných datech objevily 13 × (7,4 %). Nejméně volenou odpovědí byla odpověď *pláč*, která byla zvolena 6 × (3,4 %).

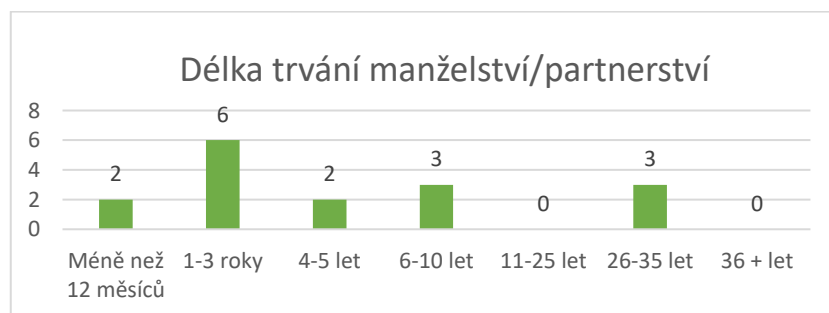
Otázka č. 7: Jste v současné době v partnerském vztahu/manželství?



Graf č. 7: Partnerský vztah

Sedmá položka v dotazníku zjišťovala, zda se respondenti v současné době nacházejí v manželství nebo v partnerském vztahu. Celkem 42 respondentů (72,4 %) odpovědělo, že v současnosti nemá partnerský vztah ani nesetrvává v manželství, naopak kladná odpověď na tuto otázku byla u 16 respondentů (27,6 %).

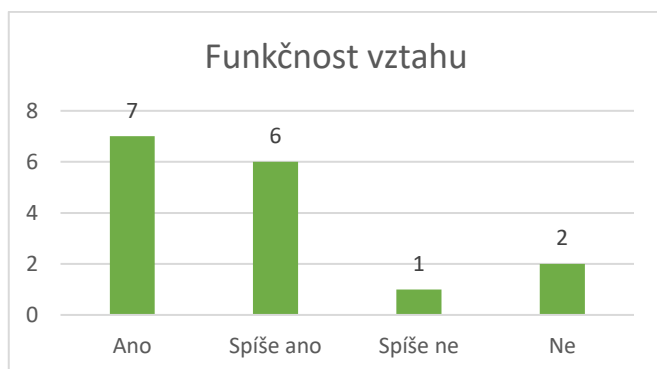
Otázka č. 8: Pokud ano, jak dlouho tento vztah trvá?



Graf č. 8: Délka trvání vztahu

Osmá otázka byla nepovinná a navazovala na předchozí otázku. Zjišťovala, jak dlouho trvá případné manželství/partnerství respondentů. Nejvíce respondentů, celkem 6 (35,3 %), odpovědělo, že jejich vztah trvá 1-3 roky. 2 respondenti (11,8 %) označili, že mají vztah v trvání méně než jednoho roku, stejně tak 2 respondenti (11,8 %) uvedli, že jejich vztah trvá 4-5 let. Trvání vztahu v rozmezí 6-10 let označili celkem 3 respondenti (20,6 %), stejný počet respondentů označil, že jejich vztah trvá 26-35 let.

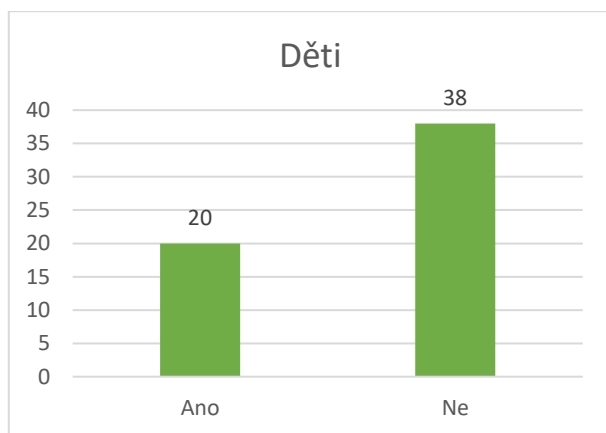
Otázka č. 9: Považujete tento vztah za funkční a „zdravý“?



Graf č. 9: Funkčnost vztahu

Devátá otázka sloužila pro ohodnocení vztahu respondentů. Jednalo se o uzavřenou položku, která obsahovala odpovědi *ano*, *spíše ano*, *spíše ne*, *ne*. Svůj vztah jako funkční a zdravý vnímá podle získaných dat 7 respondentů (44 %), jako spíše funkční 6 respondentů (38 %). Naopak jako spíše nefunkční ho pociťuje 1 respondent (6 %) a jako spíše nefunkční 2 respondenti (12 %)

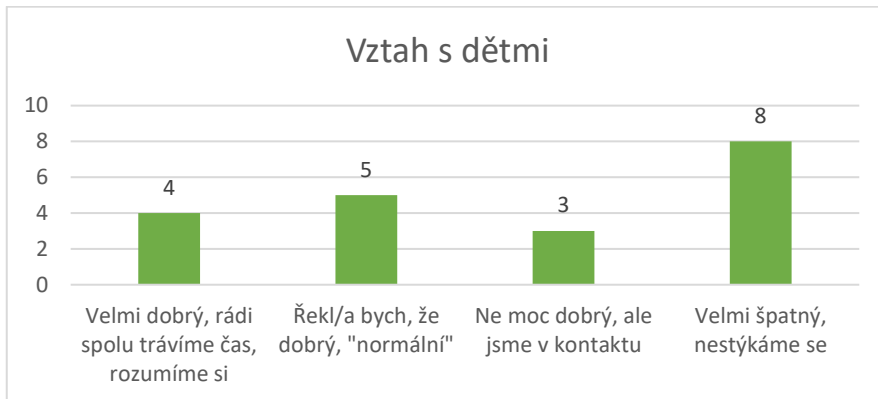
Otázka č. 10: Máte děti?



Graf č. 10: Potomci

Desátá otázka zjišťovala, zda mají respondenti potomky. Z dotazníku vyplývá, že většina závislých osob v provedeném výzkumném šetření nemá žádné děti, těchto respondentů je celkem 38 (65,5 %). Naopak kladně na tuto otázku odpovědělo 20 respondentů (34,5 %).

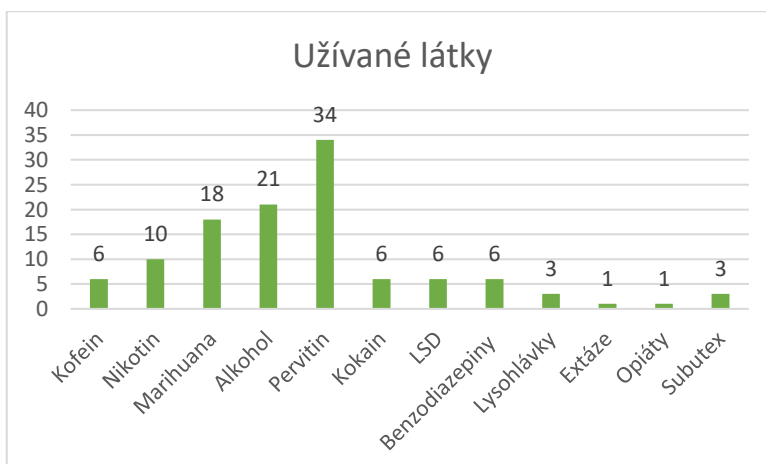
Otázka č. 11: Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ANO, jaký s nimi máte vztah?



Graf č. 11: Vztah s potomky

Jedenáctá otázka souvisela s otázkou přechozí. Zkoumala vztah respondentů a jejich potomků. Jednalo se o uzavřenou otázku, ve které vztah se svými dětmi jako „*velmi dobrý*“ označili 4 respondenti (20 %), jako vztah *dobrý*, „*normální*“ označilo svůj vztah s dětmi 5 respondentů (25 %). Vztah s dětmi jako „*ne moc dobrý*“ označují 3 respondenti (15 %). Poslední možností byla odpověď „*velmi špatný vztah, nestýkáme se*“, kterou zvolilo 8 respondentů (40 %).

Otázka č. 12: Užívali jste/užíváte některé z následujících látek?



Graf č. 12: Užívané látky

Dvanáctá otázka se zaměřovala na druhy užívaných látek. Tato položka byla polouzavřená a respondenti mohli vybrat několik odpovědí, podle svých zkušeností. Ze získaných odpovědí vyplývá, že respondenti se nejvíce potýkají se závislostí na pervitinu. Tuto položku zvolili respondenti celkem 34 × (29,5 %), kofein zvolili celkem 6 × (5,2 %), nikotin zvolili 10 × (8,7 %), marihuanu zvolili 18 × (15,7 %), alkohol zvolili 21 × (18 %), kokain byl označen 6 × (5,2 %), LSD bylo označeno také 6 × (5,2 %) a benzodiazepiny také 6 × (5,2 %), lysohlávky respondenti zvolili celkem 3 × (2,6 %), extáze byla zvolena 1 × (1,8 %), opiáty 1 × (1,8 %) a subutex byl označen 3 × (2,6 %).

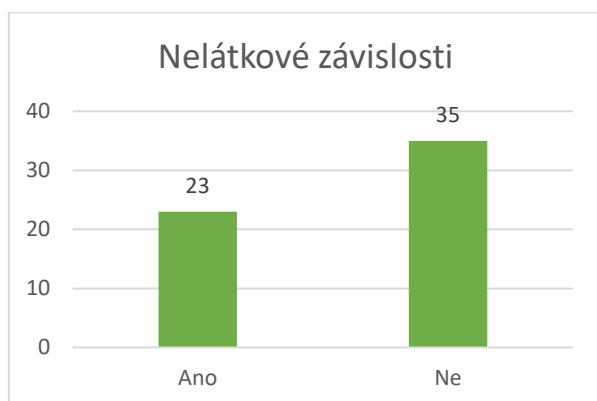
Otázka č. 13: Napište, prosím, jak dlouho látku/jednotlivé látky užíváte (nebo jste užívali).



Graf č. 13: Doba užívání látek

Třináctá otázka zjišťovala, jak dlouho se respondenti potýkají/potýkali se závislostí. Tato otázka byla uzavřená. Doba závislosti na různých látkách v rozmezí 1-5 let označili respondenti celkem 31 × (27 %), rozmezí 6-10 let označili respondenti 36 × (31 %), rozmezí 11-15 bylo označeno celkem 16 × (14 %), rozmezí 16-20 bylo označeno 9 × (8 %) rozmezí 21-25 let bylo označeno celkem 5 × (4 %), rozmezí 26-30 let bylo označeno 8 × (7 %) a doba závislosti, která činí více jak 31 let byla označena 10 × (9 %).

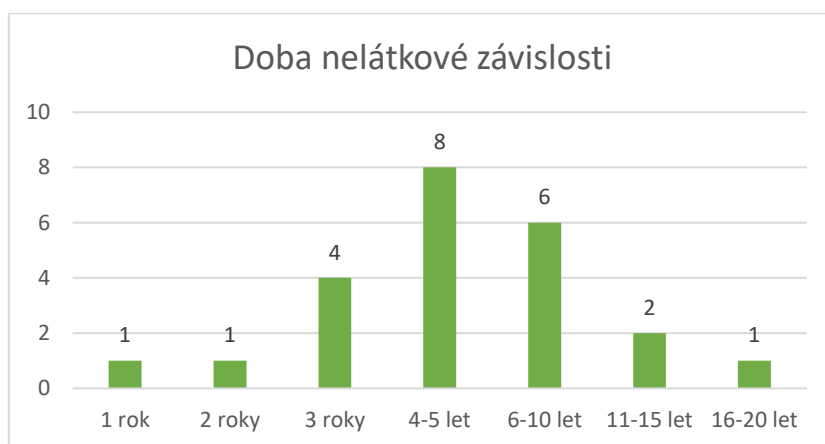
Otázka č. 14: (Byl/a) jste aktivním hráčem automatů či počítačových/mobilních her?



Graf č. 14: Nelátkové závislosti

Čtrnáctá otázka zjišťovala, zda se respondenti potýkali s nelátkovými závislostmi. Většina z nich, 35 (60 %) odpovědělo, že nikoli. Naopak 23 respondentů z celku (40 %) mají s nelátkovými závislostmi zkušenost

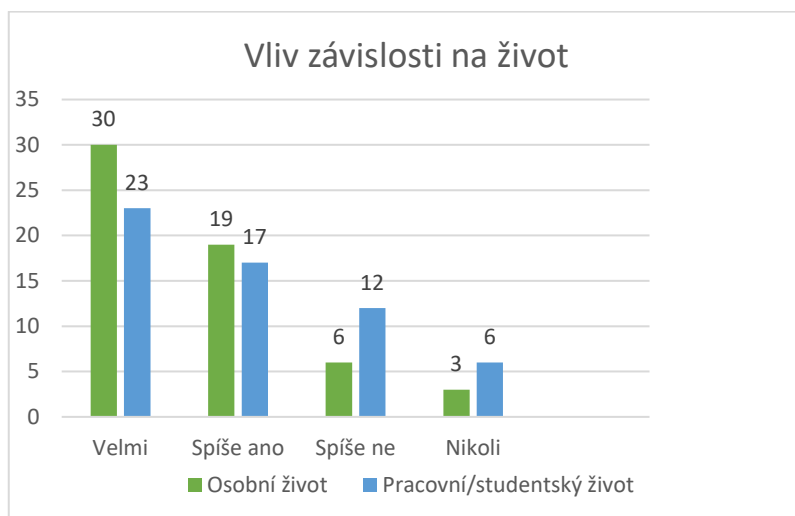
Otázka č. 15: Pokud ano, jak dlouho?



Graf č. 15: Doba nelátkové závislosti

Patnáctá otázka navazovala na otázku předchozí a v případě její kladné odpovědi zjišťovala, jak dlouho se respondenti s nelátkovými závislostmi potýkají/potýkali. Otázka byla uzavřená, avšak poslední položka na výběr (tzn. 20 + let) nebyla vyplněna, proto není znázorněna v grafu. U doby potýkání se se závislostí nelátkového typu byly na výběr tyto položky s odpověďmi: 1 rok, kterou označil 1 respondent (4 %); 2 roky, kterou označil taktéž 1 respondent (4 %); 3 roky, které označili 4 respondenti (17 %); 4-5 let, kterou označilo celkem 8 respondentů (35 %); 6-10 let, kterou označilo 6 respondentů (26 %); 11-15 let, kterou označili 2 respondenti (9 %) a poslední položka obsahovala rozmezí 16-20 let, označena byla 1 respondentem (4 %).

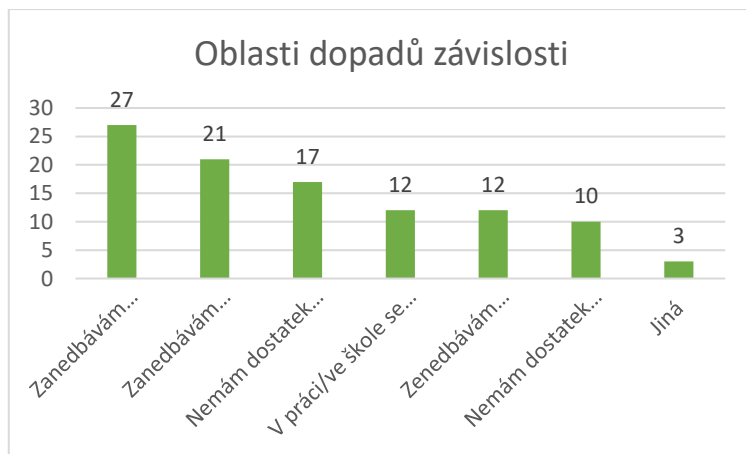
Otázka č. 16: Domníváte se, že závislost ovlivnila Váš osobní či pracovní/studentický život?



Graf č. 16: Vliv závislosti na život

Šestnáctá otázka zjišťovala názor respondentů na to, zda závislost ovlivnila jejich osobní či pracovní (studentský život). Otázka byla uzavřená a obsahovala 4 odpovědi. V oblastech (osobní a pracovní/studentický život) se odpovědi víceméně shodovaly. Na otázku, zda závislost ovlivnila osobní život respondentů odpovědělo 30 respondentů velmi (52 %), 19 respondentů spíše ano (33 %), 6 respondentů odpovědělo spíše ne (10 %) a 3 respondenti odpověděli, že nikoli (5 %). Na otázku, zda se respondenti domnívají, že závislost ovlivnila jejich pracovní (studentský život) odpovědělo 23 respondentů velmi (40 %), 17 respondentů odpovědělo spíše ano (29 %), 12 respondentů zvolilo odpověď spíše ne (21 %) a 6 respondentů si není vědomo, že by závislost měla na jejich pracovní (studentský) život vliv (10 %).

Otázka č. 17: Pokud ano, jakým způsobem?



Graf č. 17: Oblasti dopadů závislosti

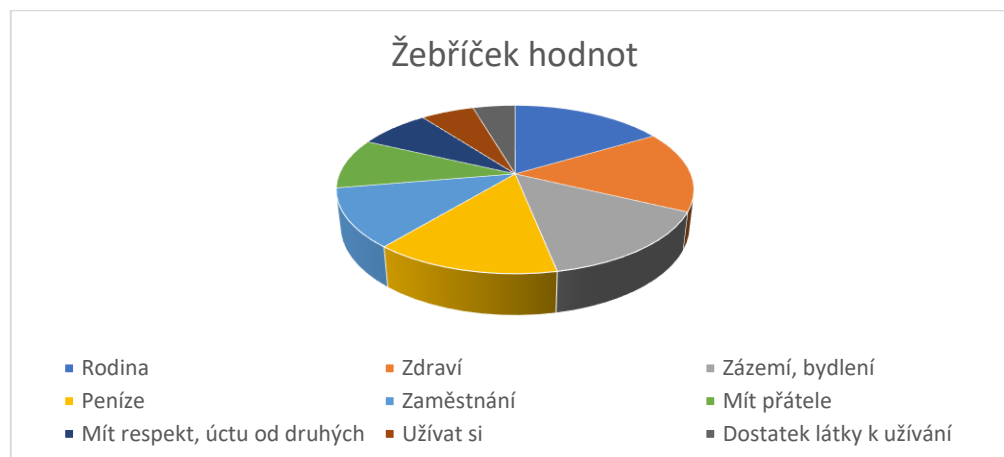
Prostřednictvím sedmnácté otázky bylo zjišťováno, jak konkrétně závislost ovlivnila životy respondentů. Jednalo se polouzavřenou otázku a respondenti mohli volit více možností. Nejčastěji respondenti odpovídali, že zanedbávají rodinu, a to 27 × (27 %), následovala odpověď, že dochází k zanedbávání pracovních příp. školních povinností nebo prokrastinaci, tuto možnost volili respondenti celkem 21 × (21 %). Odpověď, která nabízela možnost nedostatku financí na uživení sebe/rodiny (nákup potravin, ošacení) byla označena 17 × (17 %). 12 respondentů (12 %) označilo odpověď, že se v práci nebo ve škole nemohou soustředit, protože myslí na své potěšení spojené se závislostí a stejný počet respondentů (12, 12 %) odpověděl, že zanedbávají docházku do práce (školy). 10 respondentů (10 %) podle získaných dat nemá dostatek finančních prostředků na volnočasové aktivity. Odpověď jiná zvolili celkem 3 respondenti (3 %). Zajímalo mě, jak jinak závislost konkrétně ovlivnila jejich životy, tak jsem si vyhledala jejich odpovědi, které byly následující:

Odpověď č. 1: „*Nechce se mi do práce.*“

Odpověď č. 2: „*Na jisté věci se dívám jinak.*“

Odpověď č. 3: „*11 let o tom rodina ani partnerka, se kterou jsem žil, nevěděla, když se to dozvěděla, ukončila náš vztah.*“

Otázka č. 18: Jakým hodnotám přikládáte největší váhu?

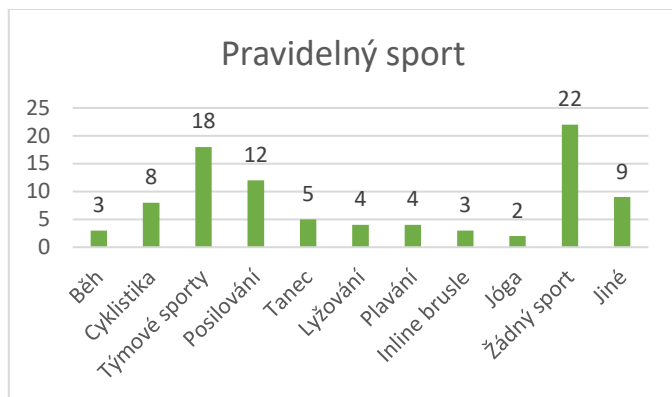


Graf č. 18: Žebříček hodnot

Osmnáctá otázka zkoumala, jakým hodnotám respondenti přikládají největší váhu. Otázka obsahovala 9 položek, které měli respondenti seřadit podle odpovídající důležitosti. Na prvním místě v žebříčku hodnot respondentů se umístila rodina, následovalo zdraví, zázemí a bydlení, peníze a zaměstnání. Méně častými preferencemi pak bylo mít přátele, mít respekt a úctu od druhých lidí a užívat si. Na posledním místě v žebříčku hodnot se

vzhledem k cílové skupině celkem paradoxně umístila odpověď dostatek látky k užívání. Výsledek této otázky mě velmi překvapil.

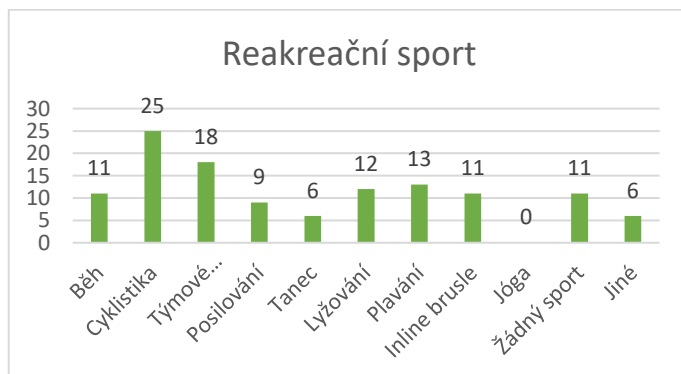
Otázka č. 19: Dělal jste v minulosti pravidelně nějaký z následujících sportů?



Graf č. 19: Pravidelný sport

Devatenáctá otázka zjišťovala, zda respondenti v minulosti dělali pravidelně nějaký druh sportu. Tato otázka byla polouzavřená a každý respondent měl možnost označit několik druhů sportů najednou. Prostřednictvím této otázky bylo zjištěno, že většina (22) respondentů (24 %) v minulosti nedělala aktivně žádný druh sportu. Opověď běh byla označena 3 × (3 %), odpověď jízda na kole označili respondenti 8 × (9 %), pěstování týmových sportů bylo označeno 18 × (20 %), posilování respondenti označili celkem 12 × (13 %), tanec zvolili dotazovaní 5 × (6 %), odpověď lyžování a plavání byly zvoleny každá 4 × (4 %) a 3 × byla označena odpověď inline brusle (3 %). Jóga byla označena celkem 2 × (2 %). Odpověď jiné byla zvolena celkem 9 × (10 %). Tyto odpovědi zahrnovaly následující aktivity: cvičení pro ženy, procházky se psem, turistika, rybolov, kolektivní otužování a skateboard.

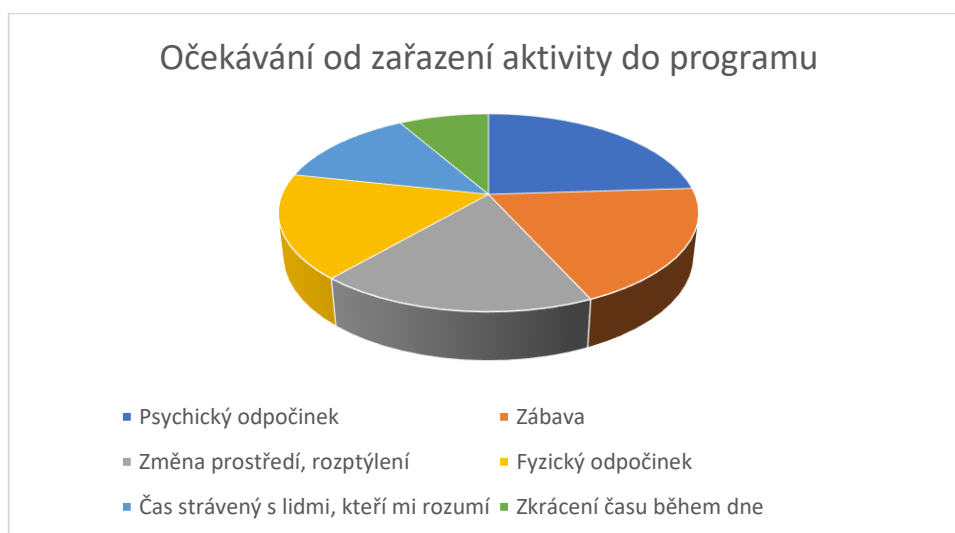
Otázka č. 20: Dělal jste v minulosti rekreačně nějaký z následujících sportů?



Graf č. 20: Rekreační sport

Dvacátá otázka zjišťovala, zda respondenti v minulosti dělali rekreačně nějaký druh sportu. Tato otázka byla polouzavřená a každý respondent měl možnost označit několik druhů sportů najednou. Prostřednictvím této otázky bylo zjištěno, že respondenti v minulosti se rekreačně nejvíce věnovali cyklistice, tuto odpověď označili celkem 25 × (20 %). Odpověď běh byla zvolena 11 × (9 %), odpověď týmové sporty zvolili respondenti 18 × (15 %), posilování bylo označeno 9 × (7 %), tanec byl zvolen 6 × (5 %). Lyžování a plavání bylo zvoleno skoro stejně frekventovaně jako v předešlé otázce. Konkrétně bylo lyžování označeno 12 × (10 %) a plavání 13 × (11 %). Inline brusle zvolili respondenti 11 × (9 %), stejně tak, jako že v minulosti ani rekreačně nepěstovali žádný sport. Věnování se józe neoznačil žádný z respondentů. Odpověď jiné byla označena u této položky celkem 6 × (5 %) a zahrnovala následující aktivity: turistika, windsurfing a lední brusle.

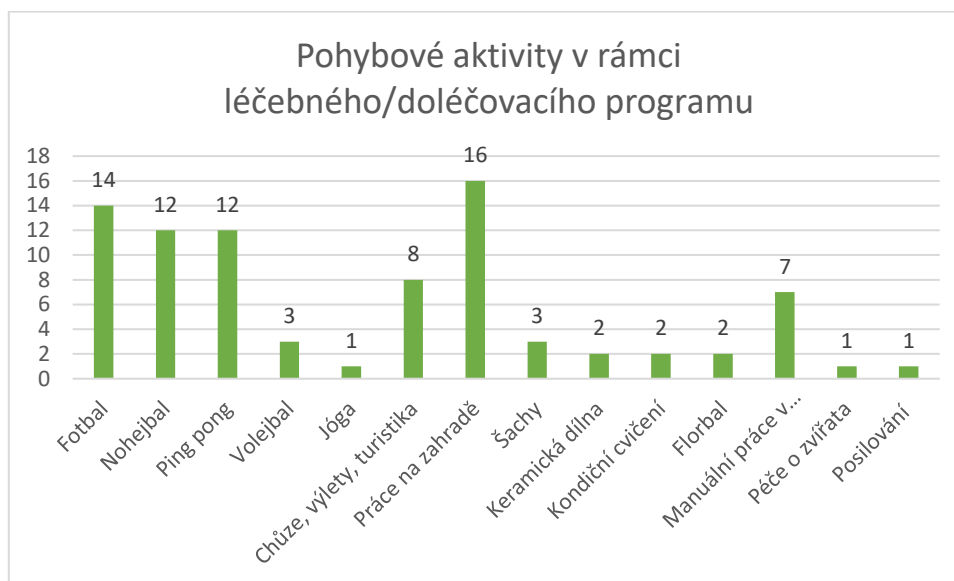
Otázka č. 21: Jaká jste měli/máte očekávání od zařazení pohybových aktivit do léčebného programu?



Graf č. 21: Očekávání od zařazení aktivity do programu

Otázka č. 21 byla zaměřená na očekávání respondentů od zařazení pohybové aktivity do programu. Otázka obsahovala 6 odpovědí a respondenti je měli seřadit dle největší významnosti po nejmenší významnost. Nejčastěji se na prvním místě objevila odpověď psychický odpočinek, následovala odpověď zábava. Poté respondenti od zařazení pohybové aktivity do jejich programu očekávali změnu prostředí a rozptýlení, následovala odpověď fyzický odpočinek. Na předposledním místě v očekávání zařazení pohybových aktivit do programu čas strávený s lidmi, u kterých najdou respondenti porozumění. Na posledním místě se umístila odpověď zkrácení času během dne.

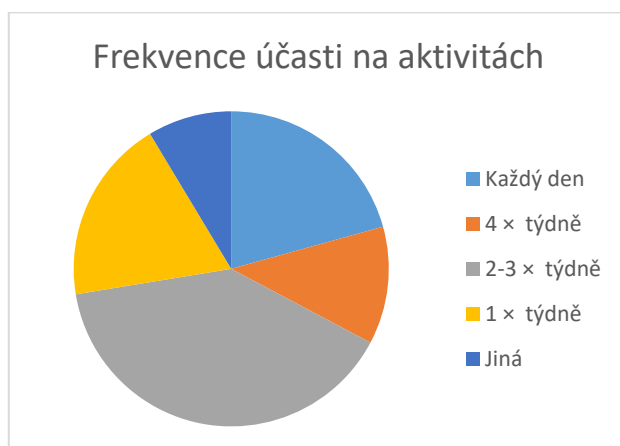
Otázka č. 22: Jakých pohybových/pracovních aktivit se v rámci léčebného programu účastníte?



Graf č. 22: Pohybové aktivity v rámci léčebného/doléčovacího programu

Otázka č. 22 sloužila ke zjištění, jakých pohybových aktivit se respondenti v rámci léčebného/doléčovacího programu účastní. Otázka byla otevřená, tudíž respondenti měli volnost při odpovídání a mohli napsat několik aktivit, ať už pohybových nebo pracovních. Nejčastěji byla označována odpověď práce na zahradě, a to $16 \times (19 \%)$. Následovala odpověď fotbal, která se ve výsledcích objevila $14 \times (17 \%)$. Sport nohejbal a ping pong byly zodpovězen každý $12 \times (14 \%)$. $8 \times$ respondenti odpověděli, že se účastní výletů, provozují turistiku nebo výlety (10%). 7 respondentů uvedlo, že se účastní manuálních prací, konkrétně se jednalo o práci v truhlárně nebo jiné dílně (8%). Volejbal a šachy odpověděli 3 respondenti (4%). Stejně početní zastoupení mezi odpověďmi měla keramická dílna, kondiční cvičení a florbal (2%). Nejmenší zastoupení mezi pohybovými aktivitami měla jóga, posilování a péče o zvířata, tyto odpovědi respondenti zvolili $1 \times (1 \%)$.

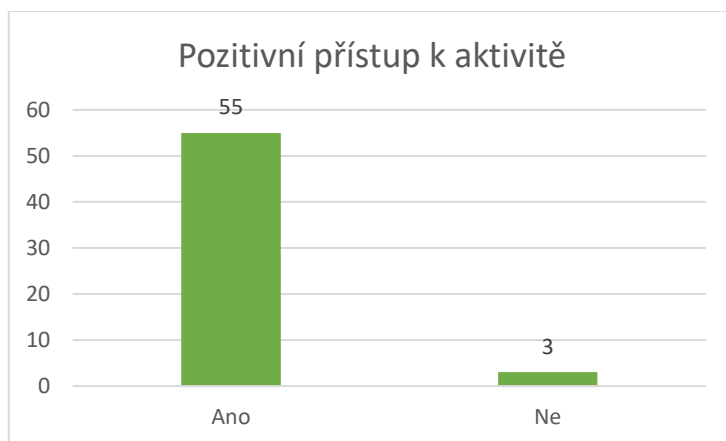
Otázka č. 23: Jak často se této aktivity účastníte?



Graf č. 23: Frekvence účasti na aktivitách

Otázka č. 23 byla zaměřena na to, jak často se respondenti sportovních nebo pracovních aktivit účastní. 12 respondentů uvedlo, že se pohybových aktivit účastní každý den (21 %). 4 x týdně se aktivit účastní 7 respondentů (12 %). Nejčastěji respondenti odpovídali, že se aktivit účastní 2-3 x týdně, tuto odpověď jich zvolilo celkem 23 (40 %). 1 x týdně se pohybových aktivit účastní 11 respondentů (19 %). Odpověď jiná zvolilo 5 respondentů (9 %), nejčastěji se jednalo o odpovědi „pokud je možnost“.

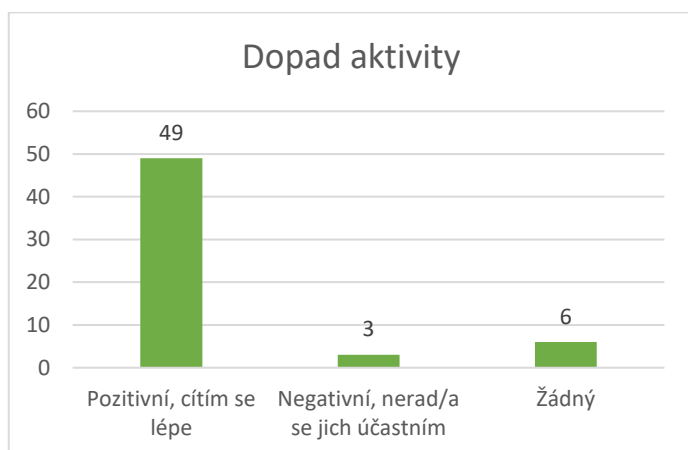
Otázka č. 24: Bývá pravidlem, že se na tuto aktivitu těšíte?



Graf č. 24: Pozitivní přístup k aktivitě

V otázce č. 24 jsme zjišťovali, zda respondenti mají k aktivitám pozitivní přístup, zda se na ně těší. Většina z nich odpověděla, že ano. Tuto možnost zvolilo 55 respondentů (95 %). Naopak na to, až se aktivity opět zúčastní se obvykle netěší 3 respondenti (5 %).

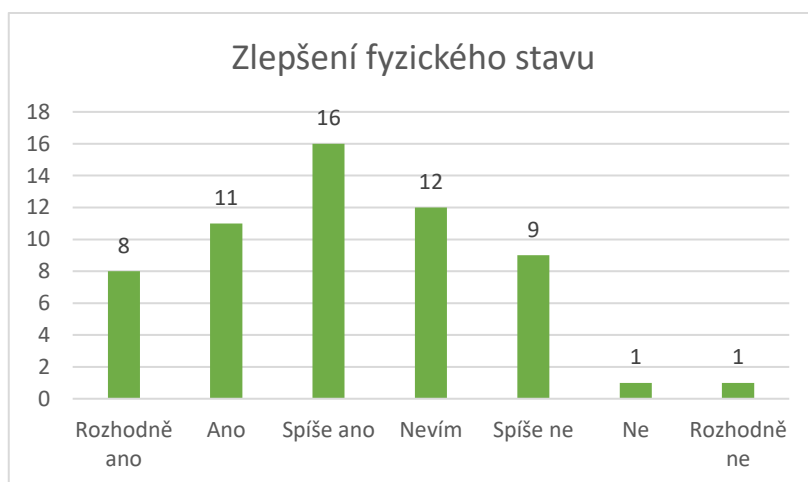
Otázka č. 25: Jaký má na Vás tato aktivita dopad?



Graf č. 25: Dopad aktivity

Záměrem otázky č. 25 bylo zjistit, jaký dopad má fyzická aktivita na respondenty. Tato otázka byla uzavřená a respondenti volili mezi odpověďmi pozitivní, cítím se lépe/negativní, nerad/a se jich účastním/žádný. 49 respondentů (84 %) odpovědělo, že dopad aktivity na jejich osobu má aktivita pozitivní a cítí se lépe. 6 respondentů (10 %) uvedlo, že aktivita na ně nemá dopad žádný. 3 respondenti (5 %) odpověděli, že aktivita na ně má negativní dopad a neradí se jich účastní.

Otázka č. 26: Cítíte se po této aktivitě lépe fyzicky?

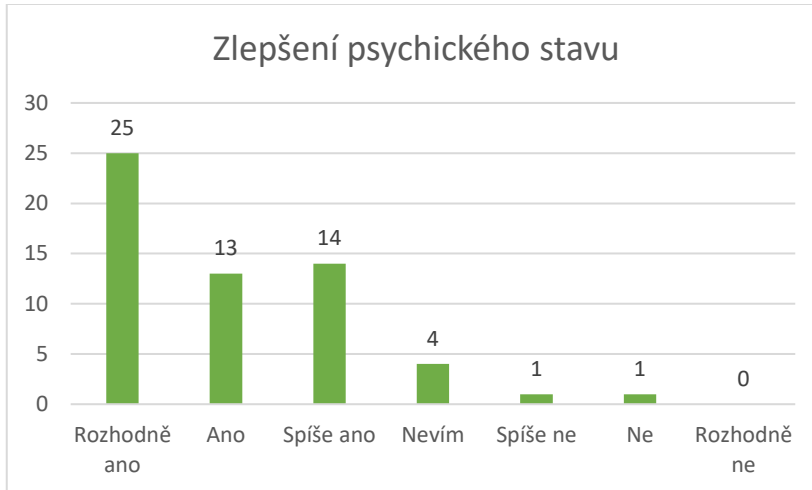


Graf č. 26: Zlepšení fyzického stavu

Otázka č. 26 byla uzavřená, zjišťovala, zda se po vykonávané aktivitě respondenti cítí lépe fyzicky. 11 respondentů (19 %) odpovědělo, že se po aktivitě po fyzické stránce cítí lépe. 8 respondentů (14 %) odpovědělo rozhodně ano a 16 respondentů (28 %) zastává názor, že po aktivitě se cítí spíše lépe. 9 respondentů (16 %) odpovědělo, že aktivita spíše

nepřispěla k tomu, aby se cítili fyzicky lépe. 1 respondent uvedl odpověď ne a 1 respondent rozhodně ne (2 %). Odpověď nevím zvolilo 12 respondentů (21 %).

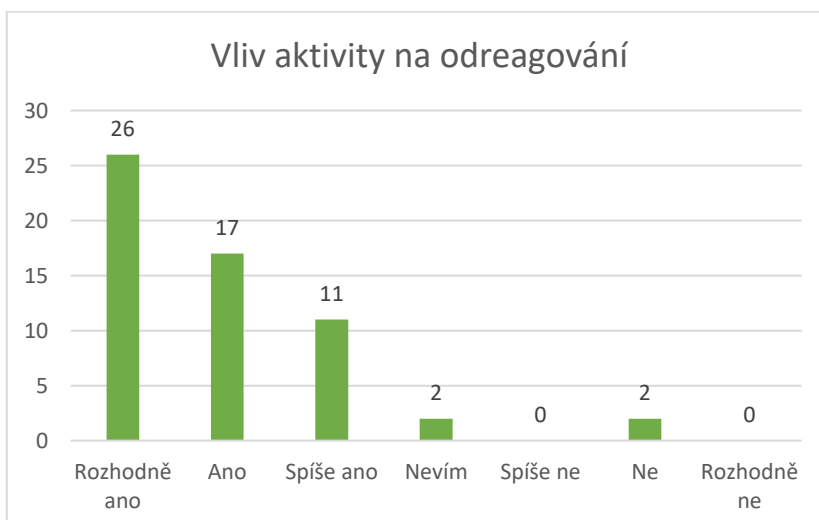
Otázka č. 27: Cítíte se po této aktivitě lépe po psychické stránce?



Graf č. 27: Zlepšení psychického stavu

Otázka č. 27 byla zaměřena na to, zda se respondenti cítí lépe po psychické stránce. Na tuto otázku odpovědělo 25 respondentů (43 %) rozhodně ano. Odpověď ano zvolilo celkem 13 respondentů (22 %). 14 respondentů odpověděla spíše ano (24 %). Odpověď nevím se ve výsledných datech objevila 4 × (7 %). Odpověď ne a spíše ne zvolili respondenti každou 1 × (2 %). Odpověď rozhodně ne se ve výsledcích neobjevila ani jednou.

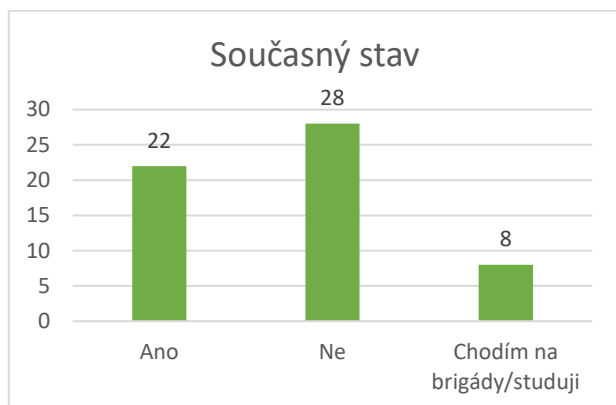
Otázka č. 28: Přispěla daná aktivita k tomu, abyste se zabavil/a, odreagoval/a?



Graf č. 28: Vliv aktivity na odreagování

Otázka č. 28 zjišťovala, zda pohybová aktivita přispěla k tomu, aby se odpovídající zabavil či odreagoval. Většina respondentů na tuto otázku odpovídala kladně. 26 respondentů (45 %) odpovědělo rozhodně ano, 17 respondentů odpovědělo (29 %) a 11 respondentů spíše ano (19 %). 2 respondenti na tuto otázku odpovědělo nevím (3 %) a stejně tak 2 respondenti odpověděli ne (3 %)

Otázka č. 29: Máte v současné době zaměstnání?



Graf č. 29: Současný stav

Poslední položka byla kontrolní. Zjišťovala, jaký je současný stav respondentů – zda pracují, studují nebo se nachází ve VTOS. Na tuto otázku odpovědělo 22 respondentů (38 %), že pracuje, 28 respondentů (48 %) odpovědělo ne. 8 respondentů (14 %) odpovědělo, že mají status studenta, popř. chodí na brigády.

3.6. Verifikace hypotéz

Tato kapitola je věnována statistickému ověřování stanovených hypotéz, které byly stanoveny na počátku výzkumu. Hypotézy byly stanoveny na základě předpokládaných situací.

„Při testování (ověřování, verifikaci) hypotéz jde o rozhodování, zda můžeme vyslovenou hypotézu přijmout (zda není v rozporu s empirickými daty). Rozhodnout o přijatelnosti hypotéz lze u klasických (kvantitativně orientovaných) výzkumů pouze na základě rozsáhlého shromažďování (sběru dat), jejich třídění, zpracováním a vyhodnocováním.... Významné místo při zpracování dat v pedagogických výzkumech i při interpretaci získaných výsledků má matematická statistika. Statistika je věda, který se zabývá metodami sběru, zpracováním a vyhodnocováním hromadných dat.“ (Chráška, 2007, s. 19)

Pro větší přehlednost uvádím ještě jednou seznam stanovených hypotéz pro výzkumné šetření.

H1: Závislé osoby vykonávající pravidelně fyzickou aktivitu se cítí lépe než osoby, které vykonávají pracovní aktivitu.

H2: Osoby závislé na tvrdých drogách vyrůstaly častěji v neúplné rodině než v úplné rodině.

H3: Osoby závislé na tvrdých drogách dosáhly spíše vzdělání základního než vysokoškolského.

H4: Závislé osoby ve věku mladší dospělosti (18-25 let) mají častěji kombinované závislosti než lidé ve středním věku (46-55 let).

H1: Závislé osoby vykonávající pravidelně fyzickou aktivitu se cítí lépe než osoby, které vykonávají pracovní aktivitu.

H₀: Sportovní ani pracovní aktivita nemá vliv na psychický stav respondentů.

H₁: Sportovní aktivita má větší vliv na psychický stav respondentů než pracovní aktivita.

Pro ověření této hypotézy jsem využila data z položek 22 a 25.

EMPIRICKÉ ČETNOSTI	Cítí se lépe	Necítí se lépe	Řádkové marginální četnosti
Vykonává sport	39	7	46
Vykonává pracovní aktivitu	19	1	20
Sloupcové marginální četnosti	58	8	66

TEORETICKÉ ČETNOSTI	Cítí se lépe	Necítí se lépe	Řádkové marginální četnosti
Vykonává sport	40,42	5,58	46
Vykonává pracovní aktivitu	17,58	2,42	20
Sloupcové marginální četnosti	58,00	8,00	66

TESTOVÉ KRITÉRIUM	Cítí se lépe	Necítí se lépe	Řádkové marginální četnosti
Vykonává sport	0,05	0,36	0,41
Vykonává pracovní aktivitu	0,12	0,84	0,95
Sloupcové marginální četnosti	0,17	1,20	1,37

TK = 1,37

$KH = \chi^2_{1-0,05} ((r-1)*(s-1)) = \chi^2_{0,95} ((2-1)*(2-1)) = \chi^2_{0,95} (1) = 3,84$

Rozhodovací pravidlo $TK < KH$, **H₀ se nezamítá**

Mezi veličinami není signifikantní rozdíl, jsou nezávislé. Dochází k nezamítnutí nulové hypotézy a můžeme potvrdit, že sportovní ani pracovní aktivita nemá vliv na psychický stav respondentů. Hypotéza, že závislé osoby vykonávající pravidelně fyzickou aktivitu se cítí lépe než osoby, které vykonávají pracovní aktivitu, byla odmítnuta.

H2: Osoby závislé na tvrdých drogách vyrůstaly častěji v neúplné rodině než v rodině úplné.

H0: Rodinné zázemí v dětství nemá vliv na druh požívané látky.

H1: Rodinné zázemí v dětství má vliv na druh požívané látky.

Pro věření této hypotézy jsem využila data z položek 4 a 12.

EMPIRICKÉ ČETNOSTI	Měkké drogy	Tvrdé drogy	Oba druhy drog	Řádkové marginální četnosti
Úplná rodina	4	19	9	28
Neúplná rodina	2	14	10	24
Sloupcové marginální četnosti	6	33	19	52

TEORETICKÉ ČETNOSTI	Měkké drogy	Tvrdé drogy	Oba druhy drog	Řádkové marginální četnosti
Úplná rodina	3,23	17,77	10,23	28,00
Neúplná rodina	2,77	15,23	8,77	24,00
Sloupcové marginální četnosti	6,00	33,00	19,00	52,00

TESTOVÉ KRITÉRIUM	Měkké drogy	Tvrdé drogy	Oba druhy drog	Řádkové marginální četnosti
Úplná rodina	0,18	0,09	0,15	0,23
Neúplná rodina	0,21	0,10	0,17	0,27
Sloupcové marginální četnosti	0,40	0,18	0,32	0,51

$$TK = 0,51$$

$$KH = \chi_{1-0,05}^2 ((r-1)*(s-1)) = \chi_{0,95}^2 ((2-1)*(3-1)) = \chi_{0,95}^2 (2) = 5,99$$

Rozhodovací pravidlo $TK < KH$, **H₀ se nezamítá**

Mezi veličinami není signifikantní rozdíl, jsou nezávislé. Dochází k nezamítnutí nulové hypotézy a můžeme potvrdit, že rodinné zázemí v dětství nemá vliv na druh požívané látky. Hypotéza, že osoby závislé na tvrdých drogách vyrůstaly častěji v neúplné rodině než v rodině úplné, byla tedy odmítnuta.

H3: Osoby závislé na tvrdých drogách dosáhly spíše základního vzdělání než vysokoškolského vzdělání.

H₀: Dosažené vzdělání nemá vliv na druh požívané látky.

H₁: Dosažené vzdělání má vliv na druh požívané látky.

Pro ověření této hypotézy jsem využila data z položek 3 a 12.

EMPIRICKÉ ČETNOSTI	Měkké drogy	Tvrdé drogy	Oba druhy drog	Řádkové marginální četnosti
Základní vzdělání	1	16	12	29
Vysokoškolské vzdělání	3	0	0	3
Sloupcové marginální četnosti	4	16	12	32

TEORETICKÉ ČETNOSTI	Měkké drogy	Tvrdé drogy	Oba druhy drog	Řádkové marginální četnosti
Základní vzdělání	3,63	14,50	10,88	29,00
Vysokoškolské vzdělání	0,38	1,50	1,13	3,00
Sloupcové marginální četnosti	4,00	16,00	12,00	32,00

TESTOVÉ KRITÉRIUM	Měkké drogy	Tvrdé drogy	Oba druhy drog	Řádkové marginální četnosti
Základní vzdělání	1,90	0,16	0,12	2,17
Vysokoškolské vzdělání	18,38	1,50	1,13	21,00
Sloupcové marginální četnosti	20,28	1,66	1,24	23,17

TK = 23,17

KH = $x_{1-0,05}^2 ((r-1)*(s-1)) = x_{0,95}^2 ((2-1)*(3-1)) = x_{0,95}^2 (2) = 5,99$

Rozhodovací pravidlo TK > KH, **H0 se zamítá, H1 se přijímá**

V tomto případě můžeme pozorovat, že veličiny jsou závislé. Testové kritérium je větší než kritická hodnota, proto zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní hypotézu. Na základě tohoto lze konstatovat, že dosažené vzdělání má vliv na druh požívané látky a osoby závislé na tvrdých drogách dosáhly spíše základního vzdělání než vysokoškolského vzdělání.

H4: Závislé osoby ve věku mladší dospělost (18-25 let) mají častěji kombinované závislosti než lidé ve středním věku (46-55 let).

H₀: Vývojové stadium osob nemá vliv na vznik kombinovaných závislostí.

H₁: Vývojové stadium má vliv na vznik kombinovaných závislostí.

Pro ověření této hypotézy jsem využila data z položek 2 a 14.

EMPIRICKÉ ČETNOSTI	Pouze látková závislost	Kombinovaná závislost	Řádkové marginální četnosti
Mladší dospělost	13	6	19
Střední věk	6	1	7
Sloupcové marginální četnosti	19	7	26

TEORETICKÉ ČETNOSTI	Pouze látková závislost	Kombinovaná závislost	Řádkové marginální četnosti
Mladší dospělost	13,88	5,12	19,00
Střední věk	5,12	1,88	7,00
Sloupcové marginální četnosti	19,00	7,00	26,00

TESTOVÉ KRITÉRIUM	Pouze látková závislost	Kombinovaná závislost	Řádkové marginální četnosti
Mladší dospělost	0,06	0,15	0,21
Střední věk	0,15	0,42	0,57
Sloupcové marginální četnosti	0,21	0,57	0,78

TK = 0,78

$$KH = \chi^2_{1-0,05} ((r-1)*(s-1)) = \chi^2_{0,95} ((2-1)*(2-1)) = \chi^2_{0,95} (1) = 3,84$$

Rozhodovací pravidlo $TK < KH$, **H_0 se nezamítá**

Z vypočítané hypotézy můžeme vidět, že testové kritérium je menší než kritická hodnota, proto lze říci, že vývojové stadium osob nemá vliv na vznik kombinovaných závislostí. Mezi veličinami není signifikantní rozdíl, jsou nezávislé. Nulová hypotéza se tudíž nezamítá. Hypotéza, že závislé osoby ve věku mladší dospělost (18-25 let) mají častěji kombinované závislosti než lidé ve středním věku (46-55 let), byla odmítnuta.

3.7. Interpretace dat

Výzkum byl zaměřen na osoby, které se potýkají nebo potýkali se závislostmi, a to látkovými a nelátkovými. Hlavním cílem bylo zjistit, zda a jakým způsobem se promítají sociokulturní prvky do vzniku závislostí. Výzkum se zaměřoval na to, jako roli hraje rodinné zázemí v průběhu dětství a nejvyšší dosažené vzdělání závislých osob při vzniku závislostí.

Výzkumným vzorkem pro tento výzkum byli klienti Terapeutické komunity Karlov SANANIM, Lotos - Doléčovací centrum, o. p. s., Doléčovací centrum Třebíč a osoby, které se nachází ve specializovaném oddělení pro výkon trestu odsouzených s poruchou osobnosti a chování způsobenou užíváním návykových látek ve Věznici Nové Sedlo.

Na počátku výzkumného šetření byly stanoveny 4 výzkumné otázky. První výzkumná otázka se zaměřovala na to, jaký je vztah mezi fyzickou aktivitou a psychickou zdatností závislých osob. Na základě této výzkumné otázky byla formulována hypotéza, že závislé osoby vykonávající pravidelně fyzickou aktivitu se cítí lépe než osoby, které vykonávají pracovní aktivitu. Na základě verifikace hypotéz za použití chí kvadrátu jsme tuto hypotézu zamítli a přijmuli hypotézu nulovou. Celkem 46 respondentů uvedlo, že vykonávají pravidelně sportovní aktivitu. 39 z nich (59 %) odpovědělo, že tato aktivita přispěla k tomu, aby se cítili lépe. Naopak 7 respondentů (10 %) uvedlo opak. V oblasti vykonávání pravidelné pracovní aktivity uvedlo 19 respondentů (29 %), že se cítí lépe, naopak 1 respondent (2 %) odpověděl, že se lépe necítí. Závěr je tedy následující: sportovní ani pracovní aktivita nemá vliv na psychický stav respondentů.

Druhá výzkumná otázka se zabývala souvislostí mezi rodinným zázemím v dětství a druhem požívané látky. Podlé této otázky byla formulována hypotéza, že osoby závislé na tvrdých drogách vyrůstaly častěji v neúplné rodině než v rodině úplné. Po vyhodnocení hypotéz byla tato hypotéza zamítnuta a přijmuta hypotéza alternativní. Z 28 respondentů vyrůstajících v úplné rodině 4 z nich uvedli, že mají zkušenost s měkkými drogami (8 %), 19 respondentů má zkušenosti s tvrdými drogami (37 %) a 9 respondentů odpovědělo, že má zkušenost s oběma druhy (17 %). Respondentů pocházejících z neúplné rodiny bylo celkem 24. 2 respondenti (4 %) uvedli, že mají zkušenosti jen s měkkými drogami, 14 respondentů má zkušenost s tvrdými drogami (22 %). 10 respondentů uvedlo, že má zkušenost s oběma druhy (14 %). Závěrem je, že rodinné zázemí v dětství nemá vliv na druh požívané látky. Výsledek, že rodinné zázemí během dětství nemá vliv na druh požívané látky mě docela překvapil. Domnívala jsem že, že osoby vyrůstající v neúplné rodině budou mít větší potenciál experimentovat s různými druhy látek.

Třetí výzkumná otázka měla za cíl zjistit, zda má nejvyšší dosažené vzdělání vliv na druh požívané látky. Hypotéza odvozená od této výzkumné otázky byla následující: osoby závislé na tvrdých drogách dosáhly spíše základního vzdělání než vysokoškolského vzdělání. Dle dat získaných z dotazníku základního vzdělání dosáhlo 29 osob. 1 z nich uvedl, že má zkušenost s měkkými drogami (3 %), 16 respondentů má zkušenost s tvrdými drogami (50 %) a 12 respondentů odpovědělo, že má zkušenost s oběma druhy (38 %). Ze tří vysokoškolsky vzdělaných respondentů odpověděli 4, že mají zkušenosti s měkkými drogami (9 %). S tvrdými drogami nemá zkušenost žádný z vysokoškolsky vzdělaných dotazovaných. Výsledkem bylo, že H₀ byla zamítnuta a byla přijata H₁, podle které má dosažené vzdělání vliv na druh požívané látky.

Poslední výzkumná otázka se zabývala souvislostí mezi věkem závislých osob a vznikem kombinovaných závislostí (látková + nelátková). Byla formulována hypotéza, že závislé osoby ve věku mladší dospělosti mají častěji kombinované závislosti než lidé ve středním věku. Respondentů v období mladší dospělosti bylo celkem 19. 13 z nich odpovědělo, že má zkušenosti pouze s látkovou závislostí (50 %) a 6 respondentů uvedlo, že má zkušenost s oběma druhy závislostí (23 %). Odpovídajících osob ve středním věku bylo celkem 7. Pouze s látkovou závislostí má zkušenost 6 z nich (23 %). S kombinovanou závislostí má pouze 1 z dotazovaných ve středním věku (4 %). Po provedení statistického výpočtu došlo k nezamítnutí H₀. Výsledkem tedy je, že vývojové stadium osob nemá vliv na vznik kombinovaných závislostí.

ZÁVĚR

Závislostní chování je závažným a poměrně častým patologickým jevem, jehož léčba je „*běh na dlouhou trať*“. Mnoho osob, které projdou léčbou a následně se úspěšně resocializují do společnosti, ale svůj boj se závislostí podstupují i nadále a nebývá výjimkou, že dochází k recidivě.

Diplomová práce analyzuje problematiku závislostního chování z pohledu závislých osob. Cílem bylo zjistit, jak se sociokulturní prvky promítají do vzniku závislosti a jak závislé osoby reflektují účast pohybových aktivit v rámci léčebného nebo doléčovacího programu.

V teoretické části se práce zabývá shrnutím poznatků o problematice závislosti. První kapitola vymezuje závislosti a věnuje se jejich rozdělení, např. podle MKN-11. V této kapitole jsou také uvedeny jednotlivé formy léčby závislosti a jejich typy. Je zde popsáno praktické fungování a dělení jak terénních a ambulantních služeb, tak ústavní léčby. Další podkapitola první kapitoly charakterizuje vybrané modely léčby závislosti. Je zde popsána farmakoterapeutická léčba a principy fungování a hlavní zásady terapeutické komunity. Nelze opomenout ani křesťanské sdružení Cenacelo nebo polskou nevládní organizaci Monar. Druhá kapitola teoretické části je věnována úloze sportu a fyzické námahy v léčbě závislosti. Jsou zde popsány fyziologické dopady na organismus a psychiku člověka. Významnou podkapitolou vzhledem k zaměření této práce je pasáž o (re)socializaci a pohybových aktivitách jakožto prostředku k jejímu dosažení. Na základě informací shrnutých v teoretické části této práce je patrné, že v ČR máme rozsáhlý systém léčebných a doléčovacích programů pro osoby, které se potýkají se závislostmi.

Pro empirickou část je zvoleno kvantitativní dotazníkové šetření určené pro osoby, které mají zkušenost se závislostí. Dotazníkové šetření se uskutečnilo v TK Karlov SANANIM, Lotos – Doléčovací centrum, o. p. s., Doléčovací centrum Třebíč a ve Věznici Nové Sedlo, konkrétně ve specializovaném oddělení pro výkon trestu odsouzených s poruchou osobnosti a chování způsobenou užíváním návykových látek. Dotazník byl zcela anonymní a měl dva formáty – elektronický a papírový. Pro výzkumné šetření byly vytvořeny celkem 4 výzkumné otázky a z nich vycházející 4 hypotézy. Získaná data byla sepsána do tabulek a pomocí statistických metod, konkrétně se jednalo o chí-kvadrát test, byly následně ověřeny hypotézy. Prostřednictvím výzkumu bylo zjištěno, že žádná fyzická aktivita (sport ani práce) nemá zásadní vliv na psychický stav respondentů. Dalším překvapivým zjištěním pro mě bylo, že dle získaných dat nemá úplnost či neúplnost

rodinného zázemí v dětství vliv na druh látkové závislosti. Proměnná, která má vliv na druh vzniklé závislosti, je dosažené vzdělání respondentů. Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že osoby, které mají ukončené základní vzdělání, jsou závislé na tvrdých drogách více než osoby, které jsou vzdělání vysokoškolsky. Poslední domněnkou formulovanou v tomto výzkumu bylo, že věk (resp. vývojové období) respondentů má vliv na vznik kombinovaných závislostí. Kombinovanými závislostmi bylo ve výzkumu myšleno spojení látkové a nelátkové závislosti. Dle odpovědí respondentů se však tato domněnka nepotvrdila a výsledkem bylo, že vývojové stadium člověka nemá vliv na vznik kombinovaných závislostí.

Závěrem můžeme konstatovat, že (re)socializace je komplexní proces, který je ovlivňován mnoha prvky. Jedním z nich je zejména osobnost konkrétního jedince a druh či intenzita provozované aktivity. Velmi také záleží na tom, zda daná aktivita jedince baví nebo je pro něho smysluplná. Ačkoli fyzická aktivita jako taková, bývá součástí léčebných či doléčovacích programů, je vždy důležité, aby byla vhodně kombinovaná s dalšími terapeutickými prvky.

POUŽITÁ LITERATURA

CAKIRPALOGLU, Panajotis. *Psychologie hodnot. 2., dopl. a přeprac. vyd.* Monografie. Olomouc: Univerzita Palackého, 2009. ISBN 978-80-244-2295-4.

COAKLEY, Jay, 2001. *Sport and Society. Issues and Controversies.* New York: McGraw Hill. ISBN 978-1-260-83455-0.

DOROTÍKOVÁ, Soňa. *Filosofie hodnot – problémy lidské existence, poznání a hodnocení.* Praha: Pedagogická fakulta University Karlovy v Praze, 1998. 162 s. ISBN 80-86039-79-X.

DREHER, Jan. *Psychofarmakoterapie: stručně, jasně, přehledně.* Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0133-7

DVOŘÁK, Dušan, 2003. *Sociální rehabilitace.* In: KALINA, Kamil a kol., 2003. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup.* Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu.* Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.

GÖHLERT, Fr.-Christoph a KÜHN, Frank. *Od návyku k závislosti: toxikomanie, drogy: účinky a terapie.* Přeložil Dagmar LIEBLOVÁ. Pro zdraví. Praha: Euromedia Group - Ikar, 2001. ISBN 80-7202-950-9.

HÁLA, J.: *Úvod do teorie a praxe vězeňství.* České Budějovice: Vysoká škola evropských a regionálních studií. 2005. ISBN 80-86708-05-5.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu.* Praha: Grada, 2007. Pedagogika. ISBN 978-80-247-1369-4.

JANDOUREK, Jan. *Slovník sociologických pojmů.* Praha: Grada Publishing a.s., 2012. 258 s. ISBN 978-80-247-3679-2.

KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup.* Monografie, no. 1. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie.* Psyché. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4331-8. následná péče a rehabilitace

KALINA, Kamil. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Psyché. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2449-2.

KERLINGER, Fred N. *Základy výzkumu chování: pedagogický a psychologický výzkum*. Praha: Academia, 1972. 705 s.

KOHOUTEK, Rudolf. *Základy psychologie osobnosti*. Brno: Cerm, 2000. 263 s. ISBN 80-7204-156-8.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Skupinová psychoterapie v praxi*. 3., dopl. vyd. Praha: Galén, c2005. ISBN 80-7262-347-8.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 7. vydání. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1227-0.

KŘÍŽOVÁ, Ivana. *Závislosti: pro psychologické obory*. Psyché. Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-1754-3.

KUČEROVÁ, Stanislava. *Člověk, hodnoty, výchova: kapitoly z filozofie výchovy*. Prešov: vlastním nákladem, 1996. 231 s. ISBN: 80-85668-34-3.

KUDRLE S., KALINA K.: Některé medicínské a psychologické aspekty řešení problematiky trestního postihu osob užívajících drogy. In: Sotolář A. a kol.: *Trestná činnost spojená se zneužíváním drog a formy jejího řešení*. Příručky Ministerstva spravedlnosti ČR, sv. 64. Institut pro další vzdělávání soudců a státních zástupců MS, Praha, 2001.

MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.

NEŠPOR, Karel a CSÉMY, Ladislav. *Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. ISBN 80-85121-52-2.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 5., rozšířené vydání. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1357-4.

NEŠPOR, Karel. *Pohybová cvičení a jóga v prevenci a léčbě závislosti*. Česká a slovenská psychiatrie: 2005; 101(5): 268-270.

PANAGIOTOUNIS, F., HASSANDRA, M., THEODORAKIS, Y. (2022). *Recommendations for Practical Implementation The Role of Sport in Substance Use Disorders Recovery*. 10.13140/RG.2.2.25162.24004.

RABOCH, Jiří a kol. *DSM-5: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-86471-52-5.

ROTGERS, Frederick; HAJNÝ, Martin a SLÁČALOVÁ, Magdalena. *Léčba drogových závislostí*. Psyché. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-836-9.

SEKOT, Aleš. *Sociologické problémy sportu*. Sociologie. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2562-8.

STACKEOVÁ, Daniela. *Zdravotní benefity pohybové aktivity*, Praha: Katedra fyzioterapie, 2010.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

VYMĚTAL, Jan, 2003. *Úvod do psychoterapie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 8024702533.

Online zdroje

ANIMA-TERAPIE, Z.Ú., 2024. *Anima terapie - projekty* [online]. [cit. 2024-03-30]. Dostupné z: <https://anima-terapie.cz/nase-projekty/26-terapie-zavislych-osob-a-jejich-rodin>

BOHNICE: PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE BOHNICE. *Cognitive remediation journal* [online], 2017. [cit. 2024-02-02]. ISSN 1805-7225. Dostupné z: <https://cognitive-remediation-journal.com/pdfs/crj/2017/01/02.pdf>

COMUNITÀ CENACOLO. *Náš den* [online]. [cit. 2023-12-10]. Dostupné z: https://www.comunitacenacolo.it/official/index.php?option=com_content&view=article&id=97&Itemid=563

FAKULTA SPORTOVNÍCH STUDIÍ MASARYKOVY UNIVERZITY. Pohybové aktivity - nedílná součást aktivního způsobu života [online]. [cit. 2024-02-02]. Dostupné z: <https://www.fsps.muni.cz/emuni/data/reader/book-10/02.html>

KOMUNITNÍ DŮM CENACOLO, Z.S., 2023. *Komunita Cenacolo* [online]. [cit. 2023-12-10]. Dostupné z: <https://cenacolo.cz/onas/>

LÁZNIČKA, Lukáš. *Praktické lékárenství* [online], 2011. Opava: Česká farmaceutická společnost ČLS [cit. 2023-12-07]. Dostupné z: <https://farmaciepropraxi.cz/pdfs/lek/2011/06/05.pdf>

NOVÁ AKROPOLIS. *Akropolitán* [online], 2020. Praha: [cit. 2024-02-12]. Dostupné z: https://www.akropolis.cz/bulletin/122/bulletin_Nova_Akropolis_122.pdf

ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY: *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*, 2001 [online]. [cit. 2024-01-02]. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/publikace/glosar/?g=53#center_column

MPSV. *Sociální služby* [online]. 2020 [cit. 2023-12-04]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby-1>

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI, 2018. Harm reduction pomáhají drogově závislým [online]. [cit. 2023-11-18]. Dostupné z: <https://www.substitucni-lecba.cz/novinky/harm-reduction-pomahaji-drogove-zavislym-158>

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ALKOHOL, 2023. Současná situace a hlavní trendy v oblasti závislostního chování [online]. [cit. 2023-11-

14]. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/nms/o-nas/narodni-monitorovaci-stredisko-pro-drogy-a-zavislosti/>

NEŠPOR, Karel. *Pohybová cvičení a jóga v prevenci a léčbě závislosti* [online]. In: . s. 268-270 [cit. 2024-02-12]. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2005_5_268_270.pdf

NEŠPOR, Zdeněk, ed., 2017. *Sociologická encyklopedie* [online]. [cit. 2024-03-27]. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/P%C5%99edv%C3%BDzkum>

NEŠPOR, Zdeněk, ed. *Sociologická encyklopedie* [online]. 2018 [cit. 2024-02-02]. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Socializace>

PODANÉ RUCE, 2021. Podpora participace osob s žitou zkušeností do adiktologických služeb [online]. [cit. 2024-03-30]. Dostupné z: <https://podaneruce.cz/projekty/podpora-participace-osob-s-zitou-zkusenosti-do-adiktologickych-sluzeb/>

PODANÉ RUCE, 2017. Malá farma: Pracovní a motivační program v TK v Podcestném M. [online]. [cit. 2024-03-30]. Dostupné z: <https://podaneruce.cz/projekty-ukoncene/mala-farma-pracovni-a-motivacni-program-v-terapeuticke-komunite-v-podcestnem-mlyne/>

PSYCHOPORTAL: BRÁNA K ODBORNÉ POMOCI, 2020. *Psychiatrické ambulance* [online]. [cit. 2023-12-03]. Dostupné z: <https://psychoportal.cz/psychiatricke-ordinace/>

PRIEST, S., GASS, M. A., 1997. *Effective leadership in adventure programming*. Champaign, IL: Human Kinetics. ISBN 08-732-2637-2.

SUBSTITUČNÍ LÉČBA, 2023. [online]. [cit. 2023-12-04]. Dostupné z: <https://www.substitucni-lecba.cz/programy-nasledne-pece>

SUBSTITUČNÍ LÉČBA, 2023. *Ústavní léčba* [online]. [cit. 2023-11-19]. Dostupné z: <https://www.substitucni-lecba.cz/ustavni-lecba>.

STOWARZYSZENIE MONAR. *Asociace Monar v Polsku* [online]. [cit. 2023-12-10]. Dostupné z: https://www.pravonadetstvi.cz/files/files/Maria-Banaszak_Monar-Association-drug-addiction-treatment-and-social-exclusion-prevention-system-in-Poland.pdf

ÚZIS, 2019. *Mezinárodní klasifikace nemocí, 11. revize - MKN-11 pro statistiky úmrtnosti a nemocnosti* [online]. 2023 [cit. 2023-12-01]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/ext/mkn-11-nahled/>

VARŠAVSKÁ UNIVERZITA. *Asociace Monar: Systém léčby drogových závislostí a prevence sociálního vyloučení v Polsku* [online]. [cit. 2023-12-10]. Dostupné z: [Monar: Systém léčby drogových závislostí a prevence sociálního vyloučení v Polsku](#)

VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE, 2023. *Klinika adiktologie* [online]. [cit. 2023-11-19]. Dostupné z: <https://www.vfn.cz/pacienti/kliniky-ustavy/klinika-adiktologie/odborne-ambulance/>

VZP, 2023. *Léčba závislosti na alkoholu* [online]. [cit. 2023-11-20]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/lecba-zavislosti-na-alkoholu>

Zákony

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

PŘÍLOHY

Příloha A *Dotazník*

DOTAZNÍK:

Fyzická námaha jako součást rehabilitačního a resocializačního procesu při léčbě závislostí.

Dobrý den,

jmenuji se Karolína Zdychová a jsem studentkou magisterského studijního programu Resocializační pedagogika na Univerzitě Pardubice.

Ráda bych Vás poprosila o vyplnění následujícího dotazníku, který se zaměřuje na roli fyzické aktivity a její přínos pro osoby, které se potýkají se závislostí. Data získaná z dotazníku budou součástí mé závěrečné práce.

Dotazník je anonymní a časová dotace pro jeho vyplnění činí 5-10 minut.

Předem děkuji za Váš čas a Vaši spolupráci.

-
1. **Jaké je Vaše pohlaví? (zakroužkujte jednu odpověď)**
 - a. Žena
 - b. Muž

 2. **Jaký je Váš věk? (zakroužkujte jednu odpověď)**
 - a. 18-25 let
 - b. 26-35 let
 - c. 36-45 let
 - d. 46-55 let
 - e. 56-65 let
 - f. 66+ let

 3. **Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? (zakroužkujte jednu odpověď)**
 - a. Základní vzdělání
 - b. Středoškolské odborné vzdělání s výučním listem
 - c. Středoškolské vzdělání s maturitou
 - d. Vyšší odborné vzdělání
 - e. Vysokoškolské vzdělání

 4. **Z jaké pocházíte rodiny? (zakroužkujte jednu odpověď)**
 - a. Z úplné rodiny (otec, matka)
 - b. Z neúplné rodiny (jeden z rodičů chybí)
 - c. Z vícegenerační nebo rozšířené rodiny (soužití s prarodiči, se strýcem, atd.)
 - d. Z druhotně vzniklé rodiny (jeden z rodičů si našel jiného partnera bez dětí)
 - e. Ze dvou neúplných rodin (např. moje matka si našla partnera, který měl již své děti)
 - f. Pocházím z pěstounské péče/adopce/dětského domova

5. Jaké termíny vystihují nejpřesněji Vaše dětství? (označte, prosím, alespoň 4 odpovědi)

- a. Láska
- b. Radost, smích
- c. Pohoda
- d. Společně strávený čas (výlety, hry...)
- e. Soudržnost
- f. Stres
- g. Hněv, křik
- h. Samota
- i. Strach
- j. Pláč

6. Pracujete v současné době? (zakroužkujte jednu odpověď)

- a. Ano, na plný pracovní úvazek
- b. Nepracuji, jsem evidován/a na úřadu práce
- c. Mám příležitostné brigády
- d. Jsem student
- e. Jsem ve VTOS

7. Jste v současné době v partnerském vztahu/manželství?

- a. Ano
- b. Ne

8. Pokud ano, jak dlouho tento vztah trvá? (Pokud jste v předchozí otázce odpověděli „ne“, přeskočte na otázku č. 10)

- a. Méně než 12 měsíců
- b. 1-3 roky
- c. 4-5 let
- d. 6-10 let
- e. 11-25 let
- f. 26-35 let
- g. 36+ let

9. Považujete tento vztah za funkční a „zdravý“? (zakroužkujte jednu odpověď)

- a. Ano
- b. Spíše ano
- c. Spíše ne
- d. Ne

10. Máte děti?

- a. Ano
- b. Ne

11. Pokud jste odpověděli, že ano, jaký s nimi máte vztah? (zakroužkujte jednu odpověď)

- a. Velmi dobrý, rádi spolu trávíme čas, rozumíme si
- b. Řekl/a bych, že dobrý, „normální“
- c. Ne moc dobrý, ale jsme v kontaktu
- d. Velmi špatný/nestýkáme se

12. Užívali jste (užíváte) některé z následujících látek? Případně v jaké míře? (Zakřížkujte příslušné políčko v tabulce)

	Nikdy	Denně	1× týdně	2-3× týdně	4× týdně	1× za 14 dní	1× za měsíc
Kofein							
Nikotin							
Alkohol							
Konopí							
Kokain							
Halucinogeny (lysohlávka, LSD, extáze)							
Pervitin							
Opioidy (morfin, heroin)							
Jiné (dopíšte látku a frekvenci užívání):							

13. Napište, prosím, jak dlouho látku/jednotlivé látky užíváte/užívali jste: (např. pervitin po dobu 5 let)

14. (Byl/a) jste aktivním hráčem automatů či počítačových/mobilních her?

- a. Ano
- b. Ne

15. Pokud ano, jak dlouho? (Pokud jste odpověděli v předchozí otázce „ne“, přeskočte na další otázku)

16. Domníváte se, že závislost ovlivnila Váš osobní či pracovní/studentický život? (zaškrtněte jednu odpověď v každém řádku)

	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Nikoli
Osobní život				
Pracovní/studentický život				

17. Pokud ano, jakým způsobem? (Pokud jste v předchozí otázce odpověděli v obou případech „nikoli“ přeskočte na další otázku)

- Zanedbávám pracovní/školní povinnosti, prokrastinuji
- Zanedbávám docházku do práce/do školy
- Zanedbávám rodinu, kamarády
- Nemám dostatek financí na užití sebe sama/rodiny (nákup potravin, oblečení)
- Nemám dostatek financí na volnočasové aktivity (návštěva kina, výlet s dětmi)
- V práci/ve škole se nedokážu soustředit, myslím na své potěšení
- Jiné (napíšte): _____

18. Jakým hodnotám přikládáte největší váhu? (očísľujte položky v rozmezí 1-9, 1=na prvním místě, 9=na posledním místě)

Hodnota	Číslo
Zaměstnání	
Peníze	
Mít přátele	
Zázemí, bydlení	
Dostatek látky k užívání	
Užívat si	
Rodina	
Zdraví	
Mít respekt, úctu od druhých	

19. Dělalí jste v minulosti PRAVIDELNĚ nějaký z následujících sportů?

- Cyklistika
- Běh
- Lyžování
- Inline brusle
- Týmové sporty (fotbal, volejbal...)
- Posilování
- Tanec
- Jóga
- Žádný sport
- Jiný sport (doplňte druh): _____

20. Dělali jste v minulosti REKREAČNĚ (nepravdělně, občas) některý z následujících sportů?

- a. Cyklistika
- b. Běh
- c. Lyžování
- d. Inline brusle
- e. Týmové sporty (fotbal, volejbal...)
- f. Posilování
- g. Tanec
- h. Jóga
- i. Žádný sport
- j. Jiný sport (doplňte druh): _____

21. Jaká jste měli/máte očekávání od zařazení pohybových aktivit do léčebného programu?

Očíslujte položky dle svých preferencí v rozmezí 1-6; přičemž 1 (nejdůležitější), 6 (nejméně důležitá)

Druh očekávání	Pořadí
Psychický odpočinek	
Fyzický odpočinek	
Zábava	
Změna prostředí, rozptýlení	
Čas strávený s lidmi, kteří mi rozumí	
Zkrácení si času během dne	

22. Jakých pohybových/pracovních aktivit se v rámci léčebného programu účastníte? (Do rámečku, prosím, napište druh sportu nebo činnosti)

23. Jak často se této aktivity účastníte? (zakroužkujte jednu odpověď)

- a. 1× týdně
- b. 2-3× týdně
- c. 4× týdně
- d. Každý den
- e. Jiné (napište): _____

24. Bývá pravidlem, že se na tuto aktivitu těšíte?

- a. Ano
- b. Ne

25. Jaký má na Vás tato aktivita dopad?

- a. Pozitivní, cítím se lépe
- b. Negativní, nerad/a se jich účastním
- c. Žádný

26. Cítíte se po této aktivitě lépe fyzicky? (např. přestala Vás bolet záda)

Zakroužkujte. Pro následující tři otázky použijte následující škálu -3= rozhodně ne, -2= ne, -1= spíše ne, 0= nevím, 1= spíše ano, 2= ano, 3= rozhodně ano.

Rozhodně ne

-3	-2	-1	0	1	2	3
----	----	----	---	---	---	---

Rozhodně ano

27. Cítíte se po této aktivitě lépe po psychické stránce?

Rozhodně ne

-3	-2	-1	0	1	2	3
----	----	----	---	---	---	---

Rozhodně ano

28. Přispěla daná aktivita k tomu, abyste se zabavil/a, odreagoval/a?

Rozhodně ne

-3	-2	-1	0	1	2	3
----	----	----	---	---	---	---

Rozhodně ano

29. Máte v současné době zaměstnání?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Chodím na brigády/studuji

Jste na konci dotazníku, děkuji za Váš čas a spolupráci!

Příloha B *Projekty*

Projekt č. 1: Podpora participace osob s žitou zkušeností do adiktologických služeb

Číslo projektu: 0006/2021/ACF/4

Termín realizace 1.4.2022 – 30.9.2023

Během roku 2020 u nás žilo okolo 45 tisíc osob, které problémově užívaly drogy a potýkaly se se sociálním a zdravotním znevýhodněním. Mnoho programů, které zvyšují kompetence uživatelů drog a využívající vzájemné podpory členů komunit nejsou v ČR využívány dostatečně a systémově. Mimo to využívání pomáhajících služeb komplikují bariéry na straně jak klientů, tak služeb. Cílem projektu je metodická podpora programů, zvyšování kompetencí a zapojování osob s žitou zkušeností.

Projekt č. 2: „Malá farma“ v Terapeutické komunitě v Podcestném Mlýně

Registrační číslo: CZ.03.2.65/0.0/0.0/16_047/0009372

Termín realizace: 1. 9. 2018 – 31. 8. 2021

Projekt je zaměřený na lidi ohrožené sociálním vyloučením. Tento projekt se zaměřuje na klienty, kteří prošli dlouhodobou ústavní léčbou závislostí a po výstupu z terapeutické komunity se střetávají s realitou pracovního trhu. Tato skutečnost je v souvislosti s jejich budoucí socializací poměrně riziková. Cílem projektu je získání sociálních a profesních dovedností, příprava klientů na realitu pracovního trhu a posílení jejich schopnost orientace ve společnosti, a to zejména skrze vytvoření pozitivních návyků vedoucích k pravidelné práci, odolnosti vůči stresovým situacím a posílení osobních kompetencí.

Projekt č. 3: Aby se svoboda nestala celou

Registrační číslo: CZ.03.1.48/0.0/0.0/16_053/0004108

Termíny realizace: 1. 4. 2017 – 31. 3. 2019

Projekt je zaměřen na osoby opouštějící VTOS, a osoby ohrožené závislostmi. Je zaměřen především na jejich pracovní aktivizaci a integraci. Primárním cílem je vyhledání a udržení zaměstnání. K tomu mají posloužit rekvalifikační kurzy nebo tréninkové pracovní místo.