

Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta tělesné kultury

PREFERENCE POHYBOVÝCH AKTIVIT OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM
HOSPITALIZOVANÝCH V PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNĚ VE ŠTERNBERKU

Diplomová práce
(magisterská)

Autor: Bc. Lenka Hovorková, Aplikované pohybové aktivity

Vedoucí práce: Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D.

Olomouc 2018

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení autora: Bc. Lenka Hovorková

Název diplomové práce: Preference pohybových aktivit osob s duševním onemocněním hospitalizovaných v psychiatrické léčebně ve Šternberku

Pracoviště: Fakulta tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci, Katedra Aplikovaných pohybových aktivit

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D.

Rok obhajoby diplomové práce: 2018

Abstrakt:

Práce se zabývá preferencemi pacientů hospitalizovaných v Psychiatrické léčebně ve Šternberku. Jedná se o pohybové aktivity, které jsou součástí volnočasových aktivit, které v léčebně probíhají pod odborným vedením. Teoretická část mapuje průřezová témata v souvislosti s duševním onemocněním, ucelenou rehabilitací a strategiemi na reformu psychiatrické péče v České republice. Speciální kapitola je věnována Psychiatrické léčebně ve Šternberku. Praktická část vyhodnocuje preference pacientů technikou párového srovnávání, nabízí databázi pohybových aktivit realizovaných v rámci volnočasových aktivit v Psychiatrické léčebně ve Šternberku a odpovídá na stanovené výzkumné otázky z oblasti pohybových aktivit a duševního onemocnění.

Klíčová slova:

Duševní onemocnění, psychiatrická léčebna, preference, pohybová aktivita, ucelená rehabilitace, terapie, metoda párového srovnávání, reforma psychiatrie.

Souhlasím s půjčováním diplomové práce v rámci knihovních služeb.

Bibliographical identification

Author's first name and surname: Bc. Lenka Hovorková

Title of master thesis: Patients with mental illnesses in the Šternberk psychiatric hospital and their preferences of physical activities

Department: Faculty of Physical Culture Palacký University Olomouc, Department of Adapted Physical Activities

Supervisor: Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D.

Year of presentation: 2018

Abstract:

This thesis is concerned with the preferences of patients hospitalized in the Šternberk Psychiatric hospital. More specifically, it is centred around the physical and leisure time activities taking place in the hospital under specialized supervision. The theoretical part of this thesis maps the most important topics connected with mental illnesses, comprehensive rehabilitation and strategies that aim to reform the psychiatric healthcare in the Czech Republic. A special chapter is dedicated to the Šternberk Psychiatric hospital. The practical part evaluates the preferences of the hospital's patients with the use of the paired comparison method and proposes a database of physical activity that is realized during the leisure time activities in the Šternberk Psychiatric hospital. It also answers the research questions from the fields of movement activities and mental illness that are proposed by this thesis.

Keywords:

Mental illness, psychiatric hospital, preferences, physical activity, comprehensive rehabilitation, therapy, paired comparison method, the reformation of psychiatry

I agree with lending of this thesis in library range.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně pod vedením Mgr. Ondřeje Ješiny, Ph.D., uvedla všechny použité literární a odborné zdroje, dodržovala zásady vědecké etiky.

V Olomouci dne

.....

Děkuji Mgr. Ondřeji Ješinovi, Ph.D. za podnětné rady při zpracování diplomové práce. Dále děkuji Psychiatrické léčebně ve Šternberku a respondentům za poskytnutí podkladů k výzkumné části diplomové práce. A především děkuji Davidu Hubáčkovi za cenou spolupráci při anketním šetření.

OBSAH

1 ÚVOD	8
2 PŘEHLED POZNATKŮ	9
2. 1 Pohybová aktivita (PA)	9
2. 1. 1 Přínosy pohybové aktivity	10
2. 1. 2 Vliv pohybové aktivity na duševní onemocnění	12
2. 2 Přehled duševních poruch	12
2. 3 Preference	14
2. 4 Psychiatrie v ČR	15
2. 4. 1 Strategie a koncepce reformy psychiatrické péče	17
2. 4. 2 Mezinárodní aspekt problematiky duševního zdraví	19
2. 4. 3 Zelená kniha – strategický dokument pro duševní zdraví v EU	20
2. 4. 4 Evropský pakt duševního zdraví a wellbeingu	21
2. 4. 5 Stigma duševně nemocných osob v České republice	22
2. 5 Ucelený systém rehabilitace	23
2. 5. 1 Právní úprava systému rehabilitace	24
2. 5. 2 Léčebná rehabilitace	24
2. 5. 3 Sociální rehabilitace	25
2. 5. 4 Pedagogická rehabilitace	25
2. 5. 5 Pracovní rehabilitace	26
2. 6 Psychiatrická léčebna ve Šternberku	26
2. 6. 1 Koncept psychiatrické péče	26
2. 6. 2 Stručná historie	27
2. 6. 3 Lůžková oddělení Psychiatrické léčebny ve Šternberku	28
2. 6. 4 Ucelený systém rehabilitace	30
2. 6. 5 Aktivity	31
3 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	32

3. 1 Cíl práce	32
3. 2 Úkoly práce	32
3. 3 Výzkumné otázky.....	32
4 METODIKA.....	33
5 VÝSLEDKY	38
6 ZÁVĚRY	50
7 SOUHRN	53
8 SUMMARY	54
9 REFERENČNÍ SEZNAM.....	55
10 PŘÍLOHY.....	59

1 ÚVOD

„Starajíce se o štěstí jiných, nacházíme své vlastní.“

Platón

Odborné i laické zdroje z oblasti psychiatrie a péče o duševní zdraví uvádí statistiky, ve kterých přímo narůstá počet osob s duševním onemocněním. Na prvních místech figuruje především diagnóza deprese. Nedávný rozhovor z předním motivačním řečníkem Simonem Sinkem mě přesvědčil, že tato fakta ovlivňuje a přímo určuje především doba, ve které se nacházíme. Generace posledních 20 let se neustále více stává součástí sociálních sítí a technologií. Pokud se cítíme osamoceni a bez přátel, jednoduše sáhneme po telefonu nebo počítači a zařídíme si kontakt se svými přáteli. Většina z oslovených lidí však přiznává, že v reálných situacích běžného života tyto přátele postrádá. Nejsou to dlouhodobé a funkční vztahy a stejný problém máme v partnerském životě. Sociální sítě jsou přímo zodpovědné za vyplavování dopaminu, který nás uspokojuje a činí náš šťastnými. Pokud nám přijde zpráva, připadáme si chtění a žádaní. Na nic v dnešní době nemusíme čekat a tak nedokážeme vybudovat trpělivost. Stejný efekt tvorby dopaminu na lidský organismus mají další závislosti jako je závislost na drogách, alkoholu a hazardních hrách. Tento fakt bude viditelný z dlouhodobého hlediska.

Možná v příštím století, až se někdo zastaví a otočí, nebude chápat, proč jsme si záměrně škodili a s telefonem spali, nedali ho z ruky ani při večerech ve dvou, dokonce ani v kině. Všechny tyto faktory, které známe, ale nic s nimi neděláme, jsme schopni změnit. Nejen několik odborných studií prokázalo efekt a účinek pohybových aktivit na duševní zdraví jedinců. Zdravá forma závislosti se dá vypěstovat i na pohybových aktivitách. Výhodou je, že pohybové aktivity jsou jednou z posledních činností, při kterých necháváme telefony v kapse, v lepším případě někde stranou. Tak máme šanci navazovat skutečné sociální kontakty a věnovat se svému tělesnému rozvoji, který přímo ovlivňuje i rozvoj duševního zdraví. Tato práce mapuje oblast volnočasových aktivit v Psychiatrické léčebně ve Šternberku. V teoretické části se zabývá pohybem samotným, duševním onemocněním, vlivem pohybové aktivity na vybrané druhy duševního onemocnění, samotnou Psychiatrickou léčebnou ve Šternberku a druhy terapií. Praktická část je potom zaměřena na preference pacientů léčebny stanovených volnočasových pohybových aktivit a na sestavení databáze těchto aktivit, které stručně popisuje a hodnotí jejich přínos duševnímu zdraví.

2 PŘEHLED POZNATKŮ

2.1 Pohybová aktivita (PA)

Pohybem lze chápat jako jakoukoliv změnu nebo vzájemné působení objektů na sebe nebo uvnitř nich. Existuje několik forem pohybu a to jednoduchých i složitých. Ty lze dělit do skupin podle různých kritérií. Nejčastější dělení je do tří skupin:

- pohyb mechanický,
- pohyb biologický,
- pohyb společenský.

Pohyb mechanický se týká neživé hmoty, biologický živých organismů a společenský člověka, přičemž jednotlivé pohyby musí respektovat zákonitosti pohybů jiných (Hodaň, 1997).

Pohybová aktivita (PA) se postupně vyvíjela a rozlišovala tak, jak se vyvíjel člověk sám společně ovlivněn vnějšími faktory života (Hodaň, 2007). Jako pohybovou aktivitu člověka můžeme nazvat každodenní činnost - domácí, organizovanou aktivitu, školní, atd. Pro normální rozvoj tělesných funkcí, motoriky, zdraví a zvyšování kondice a zdatnosti je zapotřebí dostatečné a pravidelné pohybové aktivity (Bunc, 2006).

Pod tlakem dnešní doby bychom měli dodržovat dostatečnou a pravidelnou pohybovou aktivitu (PA). Moderní technologie nám život ulehčují, ale aktivní styl života se mění na sedavý a to nejen v práci, ale i ve volném čase. To zvyšuje riziko civilizačních chorob neboli „Hromadná neinfekční onemocnění“. Mezi tato onemocnění patří především ischemická choroba srdce, vysoký krevní tlak, deprese, cévní mozková příhoda, diabetes mellitus 2. typu a v neposlední řadě také obezita (Stejskal, 2004).

Pro účely této práce budeme na pohybovou aktivitu (PA) nahlížet z kinantropologického hlediska. PA je vnímána jako přirozená součást lidského života, co více jako jeho podstatná část umožňující lidem prožívat a získávat nové zkušenosti a tvořit nové hodnoty. V životě každého jedince má tedy nezastupitelnou roli a můžeme ji využívat ke svému rozvoji záměrně nebo náš život bez předem daného záměru utváří. Proto je důležité dbát na správný pohybový vzorec. Dle Hodaň (2006) není důvod vyčleňovat z obecného pohybu pouze tělesné cvičení, ale je důležité vnímat ho jako celek, a to v nejširším slova smyslu. Cvičících osob je totiž mnohem méně než osob pohybujících se. Z hlediska oslovení co nejširší společnosti je tedy důležité zaměřit se na všechny níže uvedené sféry.

2. 1. 1 Přínosy pohybové aktivity

Dostatečná a pravidelná PA má pozitivní vliv pro zdraví člověka. Touto problematikou se zabývá mnoho autorů ve svých publikacích (Marcus & Forsyth, 2010; Stackeová, 2009; Stejskal, 2004; U. S. Department of Health and Human Services, 2008), ze kterých jsou níže jmenovány nejčastěji uváděné přínosy pohybové aktivity:

- Snížení rizika „civilizačních chorob“
- Zlepšuje kardiovaskulární systém – menší namáhání srdce
- Zlepšuje práci trávicího systému
- Redukce váhy – zvýšení energetického výdeje
- **Pomoc při léčbě psychických onemocnění**
- **Lepší emociální ladění člověka**
- Výkonnější a odolnější pohybový systém, pevnější kloubní vazy, vyšší flexibilita
- **Rozptýlení od stresů denního života**
- **Snížení depresí**
- **Zvýšení produkce nervových přenašečů a modulátorů – ty zlepšují náladu, přinášejí pocit radosti a snižují bolest**
- **Navázání kontaktů s vrstevníky, zlepšení vztahů s přáteli a rodinou**
- Snížení rizika rakoviny tlustého střeva a rakoviny prsu
- Lepší spánek
- Zdravější a silnější kosti

Dle Novotného (2012) mohou mezi pohybovou aktivitou (PA) a zdravím nastat čtyři základní interakce:

A, VLIV PA NA ZDRAVÍ

1, Příznivý vliv PA na zdraví

- Pozitivní vliv přiměřené pohybové aktivity na normální vývoj člověka a udržení dobrého zdravotního stavu.
- Pohybová aktivita a sport jako součást léčebného režimu.

2, Nepříznivý vliv PA na zdraví

- Vznik civilizačních nemocí v důsledku nedostatečné pohybové aktivity.
- Poškození zdraví cvičením a sportem a jejich prevence.

B, VLIV ZDRAVÍ NA PA

1, Příznivý vliv zdraví na PA

- Lepší zdravotní stav zlepšuje schopnost a možnost provádět PA ve větším rozsahu, tj. v širším spektru a větším počtu PA, a také v jejich větším objemu s větší intenzitou a v delším trvání

2, Nepříznivý vliv zdraví na PA

- Horší zdravotní stav omezuje schopnost a možnost provádět zamýšlenou PA v plném rozsahu.

Fyziologické hypotézy působení PA

Předpoklad ovlivnění depresivních potíží vycházel z možnosti ovlivnění hladin endogenních opioidů. Jiní autoři však předpoklad nepotvrdili. Dalším vysvětlením byl vliv pohybové aktivity na ovlivnění nabídky centrálních neurotransmiterů, například zvýšení hladiny serotoninu nebo ovlivnění vylučování hormonů (kortizolu, adrenalinu a noradrenalinu) na ose hypofýza – hypothalamus – nadledvinky. Pro úzkostné symptomy má však klíčový význam stimulace autonomního nervového systému (ANS). Dysfunkce ANS, kterou ve většině případů potvrzují autoři zabývající se úzkostnými poruchami, by mohla vysvětlovat řadu úzkostných symptomů. Někteří autoři však dysfunkci ANS nepotvrzují. Ani přímý experiment uskutečněný na psychiatrické klinice v Olomouci spojitost přímo nepotvrdil ani nevyvrátil (Pastucha, 2007 in Hovorková, 2012).

Psychologické hypotézy působení PA

Ty se zaměřují především na fakt, že pohybová aktivita může napomáhat změně nežádoucího kognitivního nastavení. Zvyšování fyzické výkonnosti a celkového tělesného stavu se projeví jako zvýšení sebedůvěry a pocitu vlastní kompetence, a tak ke zlepšení nálady. Přidružený efekt redukce hmotnosti má pozitivní vliv na sebepojetí pacienta a snížení problémů se stravováním. Pozitivní vliv má celková úprava životosprávy a spánku. Energie vydaná díky svalové aktivitě může napomáhat k rozptýlení potlačených pocitů frustrace, hněvu či agresivity. Dílčím, ale významným faktorem je pak odpoutání pozornosti od vlastních potíží. V případě skupinového cvičení lze předpokládat efekt skupinové sounáležitosti, nápodoby, učení a podpory (Pastucha, 2007 in Hovorková, 2012).

2. 1. 2 Vliv pohybové aktivity na duševní onemocnění

Dle Wrighta a kol. (2009) má pohybová aktivita přímý efekt na pacienty hospitalizované s bipolární poruchou, a to v oblasti fyzického i duševního zdraví. Ve své rozsáhlé studii se zabývá přesným popisem vlivu standardizovaného cvičení na organismus člověka a fyziologickém vlivu na bipolární poruchu. Vliv pohybové aktivity mapoval podle dávek lithia. Z šesti studií se ve dvou případech prokázalo zlepšení nemoci, avšak na manické stavy neměla pohybová aktivita prokázaný vliv. Doporučením je sestavená preskripce pohybové aktivity.

Happell a kol. (2012) realizoval výzkum, jaký pohled mají na důležitost pohybových aktivit pro osoby s duševním onemocněním zdravotní sestry. Ty mají možnost v delším časovém horizontu vyhodnotit přínos pohybové aktivity na konkrétní pacienty a dokáží v širším měřítku vyhodnotit i vliv pohybových aktivit v obecném kontextu určité duševní poruchy. Z výzkumu bylo patrné, že pro vykonávání doporučených pohybových aktivit je nutné zabývat se i bariérami, které pacientům brání v jejich realizaci – geografické bariéry, ekonomické bariéry, zdravotní stav a stigma, kdy jsou pacienti determinováni přístupem veřejnosti. Výsledkem výzkumu je podpora zdravotních sester v oblasti pohybových aktivit a jejich realizaci s pacienty, politické podpory a výzkumu v této oblasti.

Přímý vliv pohybových aktivit na vývoj psychiatrického onemocnění a celkový duševní stav dětí také prokázal výzkum z Univerzity v Helsinkách. Tento výzkum se zabýval rozvojem fyzického i psychického zdraví v senzitivních obdobích. Mezi nejoblíbenější pohybové aktivity prepubertálních dětí patří dynamické aktivity jako cyklistika a vodní sporty (Martikainen a kol., 2012).

Dle Hodgsona a kol. (2011) vnímají pacienti s duševní poruchou pozitivní vliv pohybové aktivity zejména z důvodu vybití frustrace, spálení přebytečné energie a vyplavení endorfinů. Překážkou je pro ně samotná nemoc nebo léky, které užívají. Pohybový program by měl být sestaven s dlouhodobým účinkem, aby se stala součástí pacientova životního stylu a nespokojil se pouze s farmaky.

2. 2 Přehled duševních poruch

Dle Rabocha a Pavlovského (2012) duševní poruchu definujeme jako určitý počet příznaků, které se vyskytují po určitou dobu v určité intenzitě. Je jimi narušena psychosociální adaptace člověka. Vznikne tak psychologický syndrom a narušený vzorec

chování. Syndrom je vystižen nepříjemnými pocity nebo narušením funkce v jedné z životně důležitých oblastí, zvyšuje riziko úmrtí nebo způsobuje bolest či ztrátu svobody.

Dle Máhrové (2008) je nutné u duševních poruch počítat se všemi aspekty života nemocného, nelze se zabývat pouze diagnózou. Dva nemocní se stejnou diagnózou budou mít zcela odlišné projevy nemoci a různé prognózy. Každý pacient je jedinečný a nelze tedy usuzovat na podobnost v rámci diagnózy.

Klasifikací se rozumí uspořádání a rozřídění objektů a jevů do skupin či kategorií podle předem definovaných společných vlastností. Psychiatrické klasifikační systémy, které jsou v současnosti nejvíce používány: americký Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 4. revize (DSM-IV), a Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (MKN-10) (Tab. 1). Tyto klasifikace nerozdělují duševní poruchy podle jejich etiologie, ale zařazují je na základě společných znaků do jednotlivých skupin (Praško, 2003).

Česká republika používá přehled duševních poruch (Tab. 2) sestavený dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – MKN-10, jenž je výsledkem revize Světové zdravotnické organizace (WHO). Přehled sestavovala řada odborníků, komisí a konferencí na mezinárodní i národní úrovni. Organizace spojených národů, Mezinárodní organizace práce a regionální úřadovny SZO reprezentovaly na těchto setkání spolu s Radou pro mezinárodní organizace lékařských věd a dvanácti dalšími nevládními organizacemi. Na přípravě desáté revize se podílela i Česká republika. Paralelní klasifikací je americký manuál DSM-IV, platící od r. 1994 (ÚZIS, 2018).

Tabulka 1. Osy klasifikačních systémů MKN-10 a DSM-IV, ÚZIS, 2018

MKN má 3 osy:	
I. osa:	Hlavní duševní porucha, porucha osobnosti, somatické poruchy
II. osa:	Postižení (zneschopnění) v oblasti
	a, péče o sebe
	b, pracovní výkonnosti a rodinného soužití
	c, ostatních sociálních rolích
III. osa:	Vlivy zevního prostředí a faktory související s duševními stavy
DSM je pětiosá:	
I. osa:	Základní duševní porucha
II. osa:	Poruchy osobnosti, poruchy vývojové (u dětí), mentální retardace
III. osa:	Obecné medicínské stavy
IV. osa:	Psychosociální problémy a problémy prostředí
V. osa:	Celkové vyhodnocení psychosociální a pracovní výkonnosti

Tabulka 2. Poruchy duševní a poruchy chování dle MKN-10, ÚZIS, 2018

F00-F09	Organické duševní poruchy včetně symptomatických
F10-F19	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
F20-F29	Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
F30-F39	Afektivní poruchy (poruchy nálady)
F40-F48	Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
F50-F59	Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
F60-F69	Poruchy osobnosti a chování u dospělých
F70-F79	Mentální retardace
F80-F89	Poruchy psychického vývoje
F90-F98	Poruchy chování a emoci se začátkem obvykle v dětství a v dospívání
F99	Neurčená duševní porucha

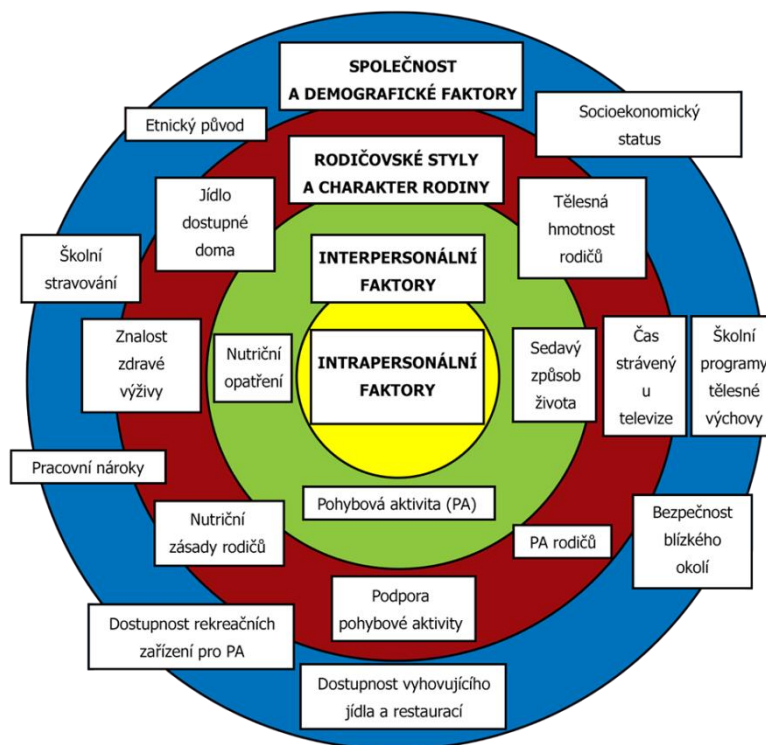
2. 3 Preference

Preference je proces upřednostňování či zvýhodnění jedné pohybové činnosti nebo jednoho zájmu před druhým. Je individuální každému člověku a v podstatě vychází z lidské struktury motivace, zájmů a potřeb. Preference ovšem zůstává závislá na mnoha faktorech. V první řadě na sumě skutečně existujících činností, dále také na místních podmínkách, znalostech jedince, přístupu k informačním kanálům a kulturním rozhledu či socioekonomických podmínkách prostředí (Kudláček & Frömel, 2012).

Je například pravděpodobné, že obyvatel Bhútánu nebude preferovat squash, jelikož se v této zemi hraje vzácně. Nutno tedy počítat s faktory, a to přímými i nepřímými, které preference ovlivňují. Výběrem věk, pohlaví, ale i momentální rozpoložení, prostředí atd. (Linduška, 2016).

Z důvodu snahy porozumět komplexně silám, které ovlivňují preference lze vycházet pro účely tohoto výzkumu z ekologického modelu. Ten je využíván v oblasti pohybových aktivit řadou výzkumníků. Má schopnost identifikovat postup, přístup a vlivy prostředí s potenciálním zvýšením úrovně pohybové aktivity v celé populaci (Sallis a kol., 1999).

Ekologický model (Obr. 1) je organizován ve stylu, který umožňuje snadnější výběr mezi úrovněmi. Model kruhů znázorňuje vrstvy jako jednotlivé síly působící na chování člověka - politika, společenské vlivy, vlivy organizační až vlivy intrapersonální (Sallis & Owen, 2002).



Obrázek 1. Ekologický model vlivu, Kudláček & Frömel, 2012

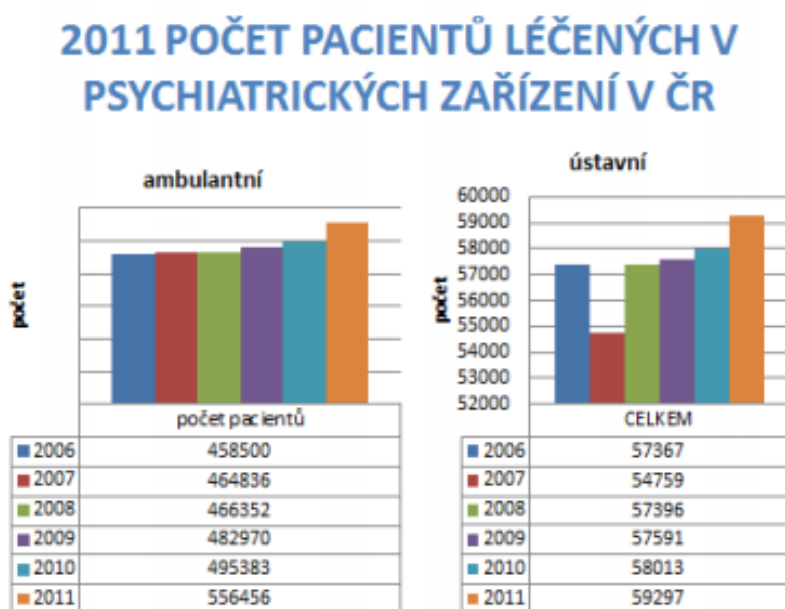
Dle Fräsera a kol. (2014), který se svými spolupracovníky prováděl výzkum v oblasti preferencí a postojů u dospělých osob ve věku 18-75 let na soukromé psychiatrické klinice, mají pacienti o pohybovou aktivitu velký zájem v porovnání s populací mimo kliniku. Hlavními motivy je regulace váhy, udržení dobrého zdraví, zvládnání stresu a zlepšení psychické kondice. Mezi motivy se také objevily sociální aspekty spojené s vykonáváním pohybové aktivity. Mezi bariéry, které pacientům nedovolují pravidelně vykonávat pohybovou aktivitu, dle pacientů patří preference aktivit, které chtějí vykonávat o samotě bez účasti zdravotnického personálu a dalších pacientů, nedostatek motivace, nedostatek energie a chronická únava.

2. 4 Psychiatrie v ČR

Obor psychiatrie je medicínský a zahrnuje psychiatrii dospělých, dětskou a dorostovou psychiatrii, gerontopsychiatrii, psychiatrickou adiktologii, psychiatrickou sexuologii a psychiatrickou rehabilitaci. Poskytuje prevenci, diagnostiku, léčbu, rehabilitaci a výzkum duševních poruch. Psychiatrie je propojena s oborem klinické psychologie, kdy společnou specializací je psychoterapie. Cílem psychiatrie je poskytnout kvalitní diferencovanou péči dle potřeb jednotlivce i celé společnosti. Psychiatrická péče je realizována prostřednictvím

systému vzájemně propojené péče o osoby s duševním onemocněním. Mezi základní prvky této sítě patří psychiatrické ambulance, klinickopsychologické ambulance, lůžková zařízení a zařízení systému komunitní péče, která jsou průnikem psychiatrie a sociálních služeb. V roce 2013 navrhlo Ministerstvo zdravotnictví na přání samotných léčeben změnu označení z psychiatrických léčeben na psychiatrické nemocnice. Deset z patnácti léčeben ještě ten rok změnu přijalo. Seznam psychiatrických nemocnic/léčeben naleznete v přílohách (Psychiatrie, 2016).

Grafické znázornění lépe vystihuje nárůst počtu osob s duševním onemocněním v časovém horizontu (Obr. 2) v péči psychiatrických léčeben na lůžkových a ambulancích odděleních. Poukazuje na vzrůstající tendenci počtu pacientů v lůžkových odděleních o 2 000 osob za pět let v rozmezí 2006-2011, a o 10 000 osob v ambulancích (Psychiatrie, 2018).



Obrázek 2. Počet pacientů léčených v psychiatrických zařízeních v České republice v roce 2011, Psychiatrie, 2018

Česká republika patří mezi země, které nemají vládní program péče o duševní zdraví. To způsobuje nesystematičnost při zřizování psychiatrických institucí, chybějící nebo nerovnoměrně rozmístěné ambulantní služby, zastaralou strukturu lůžkových zařízení a nedostatek zařízení s komunitní péčí. Dostupnost péče je nedostačující a obor psychiatrie je v České republice dlouhodobě finančně nezajištěn a jeho rozvoj je ve srovnání s většinou zemí Evropské unie zanedbáván a opožděn. Ve srovnání s ostatními medicínskými obory je podhodnocena mimo jiné i proto, že psychiatrie nevykazuje množství drahých

instrumentálních výkonů a diagnostická i specializovaná léčebná práce je psychicky náročná a dlouhodobá. Koncepce oboru psychiatrie poskytuje podklad pro politická rozhodování, která by měla vést k nezbytnému zlepšení systému psychiatrické péče v České republice (Psychiatrie, 2016).

Současný Ministr zdravotnictví – Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch uvedl v rozhovoru pro odborný časopis z oblasti zdravotnictví, že na prvních místech dlouhodobého plánu Ministerstva zdravotnictví je zejména reforma psychiatrie. V zemích Evropské unie tato reforma trvala deset až patnáct let. Byl stanoven odborný realizační tým, jsou vytvořeny transformační plány léčeben na snížení lůžkové kapacity a přechod do komunitní sféry. Problémem jsou zdravotní pojišťovny, které řeší nové úhradové mechanismy, které zajistí finanční udržitelnost celého reformního projektu. Vyčerpání evropských peněz je pouze jednorázovou záležitostí, je tedy potřeba přistoupit na tranzitní periodu v oblasti lůžkové a komunitní (Ministerstvo zdravotnictví, 2017).

2. 4. 1 Strategie a koncepce reformy psychiatrické péče

Národní psychiatrický program 2007 byl vyhlášen na podporu reformy psychiatrické péče v České republice. Vychází ze znalostí podmínek a potřeb nemocných s duševní poruchou v České republice a zároveň se opírá o důležité dokumenty Světové zdravotnické organizace a Evropské unie: Výzva evropské ministerské konference WHO (Helsinky, 2005), Akční plán duševního zdraví pro Evropu, Zelená kniha Evropské komise, usnesení Evropského parlamentu o zlepšení duševního zdraví obyvatelstva (2006). Navazující je poté Strategie reformy psychiatrické péče 2013 (Ministerstvo zdravotnictví, 2013).

Transformace psychiatrické péče je také součástí strategického dokumentu Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. V kapitole 13 o duševním zdraví je zmíněna závažnost problematiky nárůstu osob s duševním onemocněním, nekomplexnost programů péče o duševní zdraví populace a osoby s duševním onemocněním, odhady Světové zdravotnické organizace (WHO) a výtahy ze statistik České republiky. Doporučením pro příští roky je transformace psychiatrické péče, financování této sféry, přesun akutní léčby z léčeben do domácí péče a krizových center a zapojení komunitních služeb. Důraz je kladen na vliv životního stylu na duševní zdraví jedinců a fakt, že kladný vývoj této problematiky nezávisí pouze na poskytování zdravotnických psychiatrických služeb (Ministerstvo zdravotnictví, 2014).

Národní psychiatrický program 2007; cíle:

- Zlepšení kvality péče a kvality života pacientů s psychiatrickými poruchami – zrovnoprávnění úrovně péče s ostatními medicinskými obory. Důraz na humánní podmínky péče a destigmatizaci,
- zajištění dostupnosti psychiatrické péče – se zaměřením na její nízkoprahovost a redukci skryté nemocnosti,
- redukce rizik vyplývajících z psychických onemocnění – suicidia, závažná psychická i tělesná poškození, sociální izolace, invalidizace.

Strategie reformy psychiatrické péče 2013; cíle:

- Zvýšení kvality života osob s duševním onemocněním.
- Zvýšení kvality psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování.
- Omezení stigmatizace duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně.
- Zvýšení spokojenosti uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí.
- Zvýšení efektivity psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemocnosti.
- Zvýšení úspěšnosti plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména podmínky pro zaměstnanost, vzdělávání a bydlení).
- Zlepšení provázanosti zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb.
- Humanizace psychiatrické péče (Ministerstvo zdravotnictví, 2013).

Základním kamenem Strategie reformy psychiatrické péče schválené Ministerstvem zdravotnictví v roce 2013 je podpora vzniku tzv. Center duševního zdraví. Hlavním záměrem je přesun těžiště péče o osoby s vážným duševním onemocněním do jejich přirozeného prostředí. Jde o zcela nový prvek v systému péče o osoby s duševním onemocněním, kteří tak díky této podpoře nemusí být hospitalizováni, pobývají doma, fungují samostatně a mohou být aktivně zařazeni do společnosti. Ministerstvo zdravotnictví vyhlásilo dne 23. března 2018 Výzvu k předkládání Žádostí o dotaci v rámci Programu podpory Center duševního zdraví na prvních pět Center duševního zdraví z plánované sítě celkem třiceti po celé České republice. Schválená Centra duševního zdraví by měla začít fungovat od 1. července 2018 (Ministerstvo zdravotnictví, 2018).

2. 4. 2 Mezinárodní aspekt problematiky duševního zdraví

Dle Světové zdravotnické organizace a Světové banky představují duševní choroby největší společensko-ekonomickou zátěž. Počet pacientů přicházejících do psychiatrických ambulancí se v České republice od roku 2000 do roku 2007 zvýšil z 361 931 na 464 836, nejvíce v oblasti poruch nálady, neurotických obtíží a demencí (Psychiatrie, 2018).

Globální hodnocení zátěže, jakou představují nemoci, se měří dle ukazatele, který na objednávku Světové banky vyvinula Harvardská univerzita. Jmenuje se „Ztracená léta života v důsledku nemoci“ a v roce 2000 ho přijala oficiálně i Světová zdravotnická organizace. Ukazatel má anglickou zkratku DALY – Disability Adjusted Life Year. Širší pojem disabilita označuje jakékoli poškození života neschopností či nemohoucností. Jeden DALY je jeden ztracený rok zdravého života (Tab. 3). Ztrátou se nemyslí jen úmrtí, ale také poškození kvality života nemocí. Ztracená léta tedy charakterizují zátěž společnosti jako celku, nejsou ukazatelem zdravotní situace u jednotlivých osob (WHO, 2018).

Tabulka 3. Ztracená léta života v důsledku nemoci – vývoj, WHO, 2004



Disability Adjusted Life Years

	2004	2030
1	Resp. infekce	Unipolární deprese
2	Střevní infekce	ICHS
3	Unipolární deprese	Dopravní nehody
4	ICHS	Cerebrovaskulární
5	HIV/AIDS	Obst. chor. plicní
6	Cerebrovaskulární	Ztráty sluchu
7	Nízká porodní váha	Vrozené vady
8	Perinatální poškození	HIV/AIDS
9	Dopravní nehody	Cukrovka
10	Cukrovka	neonatální infekce

Podpora duševního zdraví, prevence a terapie poruch duševního zdraví spolu s odpovídající péčí se pro Světovou zdravotnickou organizaci a její členské státy, Evropskou unii a Radu Evropy stávají prioritou, jak to dokládají rezoluce přijaté Světovým zdravotnickým shromážděním a Výkonnou radou Světové zdravotnické organizace, Regionálním výborem Světové zdravotnické organizace pro Evropu a Radou Evropské unie. Tyto rezoluce se naléhavě obracejí na členské státy, Světovou zdravotnickou organizaci a EU, aby podnikly kroky ke zmírnění zátěže spojené s poruchami duševního zdraví a ke zlepšení

pocitu duševní pohody. Vychází přitom z již dříve schválených rezolucí a důležitých dokumentů. V tomto směru zatím nejdůležitější mezinárodní iniciativou jsou závěry přijaté na Evropské konferenci 11 ministrů k otázkám duševního zdraví, pořádané Světovou zdravotnickou organizací v Helsinkách v lednu 2005 (Psychiatrie, 2018).

2. 4. 3 Zelená kniha – strategický dokument pro duševní zdraví v EU

Skoro 30 % dospělých obyvatel Evropy trpí v rozmezí jednoho roku některou z duševních poruch. V roce 2020 je deprese očekávanou hlavní příčinou duševních poruch v rozvinutém světě. V důsledku sebevražd umírá v Evropské unii více lidí než v důsledku dopravních nehod, násilných činů nebo AIDS. Náklady související se ztrátou produktivity duševně nemocných, invalidních důchodů, nákladů na sociální, vzdělávací, soudní a trestní systém činí odhadem 3 až 4 % HDP. Přetrvává stigmatizace a diskriminace duševně nemocných. Na tuto situaci zareagovala v říjnu 2005 Komise evropských společenství vydáním tzv. Zelené knihy, obsahující strategie duševního zdraví pro Evropskou unii.

Nepříznivou situaci nevyřeší podle Zelené knihy jen lékařská péče, ale jde o komplexní přístup, na kterém by se měly podílet organizace pacientů a občanská společnost. Členské státy se dosti liší, jak ve zdravotních charakteristikách duševního zdraví, tak i ve výdajích na duševní zdraví. Alarmující zprávou je, že v podílu finančních prostředků vyčleněných na duševní zdraví v rámci zdravotnictví je Česká republika na předposledním místě v Evropské unii. Zelená kniha proto vybízí k výměně a spolupráci mezi členskými státy. Řešení doporučuje Zelená kniha jednak v oblasti prevence: podpora duševního zdraví u dětí, mládeže, pracujícího obyvatelstva, lidí staršího věku. Zvláštní pozornost je věnována prevenci deprese, užívání alkoholu, drog a prevenci sebevražd.

Druhá část řešení se zabývá zařazením duševně nemocných do společnosti a ochranou jejich práv. Zde Zelená kniha zcela jednoznačně doporučuje deinstitucionalizaci služeb v oblasti duševního zdraví, neboť velké psychiatrické léčebny mohou napomoci vzniku stigmatu. Dokument se staví za reformy v těch zemích, kde péče přechází ke službám zajišťovaných komunitou, které poskytují příležitosti pro lepší kvalitu života postižených lidí. Tento apel zcela jistě míří i do českého systému péče, kde 87 % lůžkové péče akutní i následné se odehrává v psychiatrických léčebnách a zařízení poskytující péči blíže komunitě jsou rozvinuta jen nepatrně. Na závěr dokument vybízí k lepší informovanosti o duševním zdraví a ke spolupráci a dialogu jak mezi politiky, odborníky a zástupci občanské společnosti, mezi politiky a vědci, tak mezi členskými státy vzájemně (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2006).

2. 4. 4 Evropský pakt duševního zdraví a wellbeingu

Jedná se o dokument EU s názvem European Pact for Mental Health and Well-being, který byl přijatý na konferenci na nejvyšší úrovni v Bruselu roku 2008. V úvodu kapitoly je zdůrazněn význam duševního zdraví z hlediska lidských práv. Konstatuje, že v EU jsou duševní poruchy na vzestupu, téměř 50 milionů občanů EU má či mělo zkušenost s duševní poruchou (11 % populace); dokonané sebevraždy zůstávají významnou příčinou úmrtí; duševní poruchy jsou podkladem postižení, která ovlivňují řadu 14 společenských sfér. Je vyslovena shoda na potřebě rozhodných politických kroků, které by učinily duševní zdraví a wellbeing klíčovou prioritou. Aktivita podporující tuto oblast je zapotřebí vyvinout v mnoha oblastech (zdravotnictví, školství, sociální péče, justice).

Dokument vyzývá k aktivitě v pěti prioritních oblastech:

1) Prevence deprese a sebevražd, zlepšení vzdělávání zdravotníků a pracovníků sociální péče; zamezení přístupu k prostředkům umožňujícím spáchaní sebevraždy; zvýšit povědomí o duševním zdraví mezi zdravotníky a v dalších relevantních oblastech; redukovat rizikové faktory suicidií, jako je abusus alkoholu a drog, sociální exkluze, deprese a stres; poskytovat podporu po spáchaných suicidálních pokusech.

2) Duševní zdraví mládeže a vzdělání, včasné intervence ve školství; programy podporující přístup rodičů; vzdělávání profesionálů činných v péči o mládež; integrace přístupů podporujících emoční a sociální učení; prevence zneužívání, šikany a násilí vůči mládeži a prevence jejího vystavení sociální exkluzi; podpora zapojení mládeže do vzdělávání, kultury, sportu a zaměstnání.

3) Duševní zdraví na pracovištích, zlepšení organizace, organizační kultury a způsobu řízení vedoucí k podpoře duševní spokojenosti v práci; vývoj programů minimalizující nežádoucí efekty na duševní zdraví pracovníků – stres, zneužívání, násilí, „harassment“, alkohol, drogy; podpora začleňování, udržení a návratu do zaměstnání u lidí, kteří trpí duševními problémy a poruchami.

4) Duševní zdraví u starších lidí, aktivní zapojování starších lidí do společenského života, včetně tělesné aktivity a vzdělávání; flexibilní způsoby započítání důchodu – umožnění delšího pracovního zapojení na plný či částečný úvazek; podpora duševního zdraví u starších lidí, kteří jsou příjemci zdravotní či sociální péče – komunitní či institucionální.

5) Boj se stigmatem a sociální exkluzí destigmatizační kampaně v médiích, školách, pracovištích; rozvoj služeb duševního zdraví, které jsou náležitě integrovány ve společnosti; jedinec musí být v centru zájmu a má s ním být nakládáno způsobem vylučujícím stigmatizaci a exkluzi; podpora aktivního zapojování lidí s duševními problémy do společnosti, včetně

zaměstnání a vzdělávání; zapojení lidí s duševními problémy, včetně jejich rodin a pečovatелů, do relevantních politických a dalších rozhodovacích procesů.

Primární zodpovědnost za aktivity v těchto oblastech leží na členských státech. Tento pakt spíše vytváří možnosti informací, podpory dobrých praxí, společných výzev, měl by také facilitovat monitoring trendů a aktivit u členských států a vydávat doporučení. Výsledky této práce by se měly sdělovat na řadě konferencí věnovaných jednotlivým prioritním oblastem paktu v následujících letech (Komise Evropských společenství, 2008).

2. 4. 5 Stigma duševně nemocných osob v České republice

Negativní předsudky a mýty, které lidi pojí s duševními poruchami jsou škodlivé a předpokládá se, že navzdory medicínským pokrokům mají stupňující se tendenci a stále zhoubnější následky pro pacienty. Stigma postihuje vše, co souvisí s duševními onemocněními. Pacienty a také jejich opatrovníky, psychiatrické instituce, odborníky i léčbu. Znamená největší překážku k dosažení lepší péče a vyšší kvality života. Je základem pro negativní diskriminaci, kterou pacienti s duševní poruchou zažívají téměř denně. Důsledkem jsou potíže se získáním a udržením zaměstnání, problémy s bydlením, závislost na návykových látkách a alkoholu, zvýšení izolace, menší spolupráce s lékaři a ochota se léčit.

Stigma zvyšuje již tak značnou zátěž, kterou způsobují duševní nemoci rozpočtu každého státu v Evropské unii. Stigma a jeho následky nejvíce zasahují lidi trpící schizofrenní poruchou. V roce 1996 byl Světovou psychiatrickou asociací (WPA) vytvořen mezinárodní projekt na podporu boje proti stigmatu a diskriminaci z důvodu schizofrenního onemocnění. Program „Open the Doors“ zakořenil své myšlenky již v cca 20 zemích celého světa. Další odpovědí na narůstající zátěž psychiatrických diagnóz se stala v roce 2005 Deklarace o duševním zdraví pro Evropu, jejíž čtvrtý závazek obsahuje požadavek na vyloučení stigmatu a diskriminace a prosazení zařazení do společnosti prohlubováním odpovídajícího povědomí veřejnosti a 31 zmocněním ohrožených jedinců. Deklarace představuje výzvu pro všechny členské země Evropské Unie (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2006).

V České republice jsou destigmatizační aktivity otázkou posledních několika let. Situaci vnímání schizofrenie širokou veřejností popisuje výzkum „Názory na schizofrenii“ (2005), na vzorku cca 700 dospělých osob v ČR. Jedním ze závěrů, vyplývajících z mapování, mimo jiné je, že chování lidí vůči osobám se schizofrenií vychází z tradičních představ utvářených v minulosti a generačně předávaných. Nese s sebou stereotypy a mnohdy racionálně neověřená tvrzení o nevyzpytatelnosti chování schizofrenika, jeho možné

agresivitě a obavy, které může vzbuzovat ve svém okolí. Další zjištění prokázalo, že obecná informovanost o podstatě a projevech schizofrenní poruchy je chabá a zcela nedostatečná. Informace, které se dostávají k běžným občanům, jsou náhodné a útržkovité. Jedním z počínů, které mají tuto situaci zlepšit, jsou webové stránky www.stopstigma.cz. Tyto stránky fungují od roku 2004 a naleznete na nich všechny důležité informace týkající se duševních poruch a také anonymní poradnu, ve které pravidelně odpovídá psychiatr, psycholog a sociální pracovník. V rámci českého předsednictví EU bylo v roce 2009 zorganizováno sympozium na téma "Destigmatizace a zlepšování kvality psychiatrické péče" za účasti vedení DG Sanco, MZ ČR, předsedy Světové psychiatrické společnosti, vedení evropské kanceláře WHO a řady předsedů evropských psychiatrických společností (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2006).

2. 4. 6 Týdny pro duševní zdraví

Humanitární kulturní akce, která se poprvé konala v roce 1990, kdy byla oceněna Cenou ministra zdravotnictví za bourání bariér vůči psychiatrii a lidem s psychiatrickou diagnózou. Program Týdnů pro duševní zdraví se koná každoročně od 10. 9. do 10. 10. (Světový den pro duševní zdraví). Smyslem týdnů pro duševní zdraví je změna přístupu veřejnosti k lidem s duševní nemocí, odstranění stigmatizace, informování o způsobu péče, prevenci duševních onemocnění i o aktivitách organizací v sociálně zdravotní oblasti, zlepšení systému psychiatrické péče (Bajer, 2008).

2. 5 Ucelený systém rehabilitace

Pojem „rehabilitace“ se začal používat v 19. století. Znamená léčebné postupy vedoucí k návratu do stavu funkční schopnosti (habilis = schopný). Český ekvivalent, který byl navržen – návratná péče se neujal. Rehabilitace dle definice Světové zdravotnické organizace z roku 1969: „Včasné, plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší a co nejširší zapojení občanů se zdravotním postižením do všech obvyklých aktivit života společnosti s využitím léčebných, sociálních, pedagogických a pracovních prostředků.“ (Synková, 2009, 27).

Ucelený systém rehabilitace propojuje léčebné, pedagogické, sociální a pracovní prostředky. Proto je důležité vytvořit multidisciplinární tým, ve kterém má každý odborník své místo. (Jankovský a kol., 2005).

Pojem ucelená rehabilitace je z anglického překladu comprehensive rehabilitation. O ucelené rehabilitaci hovoříme tehdy, jestliže důsledky nemoci či postižení nemohou být

řešeny pouze zdravotnickými prostředky a stav je trvalý či dlouhodobý. Nemoc či postižení není možné léčbou plně odstranit (Votava, 2005).

Ucelenost v rehabilitaci znamená včasnost, návaznost, komplexnost jednotlivých složek rehabilitace – léčebné, sociální, pedagogické a pracovní. Ucelené provádění rehabilitace je důležité nejen pro osobu se zdravotním postižením, ale v konečném důsledku je efektivní i pro celou společnost a stát (Jankovský a kol., 2005).

2. 5. 1 Právní úprava systému rehabilitace

V právním řádu České republiky chybí zakotvení systému komplexní rehabilitace. Najdeme pouze jednotlivé právní úpravy některých složek. Léčebná rehabilitace je součástí zdravotnické péče, hrazená tedy z prostředků veřejného zdravotního pojištění a blíže upravená právními předpisy vydanými v působnosti resortu Ministerstva zdravotnictví. Sociální rehabilitace je upravena zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a zákonem č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení. Pedagogická rehabilitace prolíná celý systém vzdělávání a je právně upravena velmi podrobně, ale nesetkáme se zde s termínem pedagogická rehabilitace. Pracovní rehabilitace je upravena zákonem č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti (Synková, 2009).

2. 5. 2 Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace je součástí zdravotní péče. Zahrnuje soubor rehabilitačních, terapeutických, diagnostických a organizačních opatření, které směřují k maximální funkční zdatnosti jedince a vytvoření podmínek pro její dosažení. Léčebná rehabilitace je zajišťována v rámci ambulantní (včetně stacionární) a lůžkové péče.

Dle Synkové (2009) patří mezi léčebnou rehabilitaci:

- Fyzikální terapie – různé druhy masáže, elektroléčba, léčba ultrazvukem, magnetoterapie, léčba světlem, laserové záření, léčba teplem, vodoléčba, balneoterapie,
- Léčebná tělesná výchova LTV – fyzioterapie,
- Ergoterapie,
- Animoterapie (hipoterapie a canisterapie),
- Další specifické terapie (arteterapie, muzikoterapie, psychoterapie),
- Farmakoterapie,
- Elektrokonvulzní terapie (ECT),
- Fototerapie.

Dle Hátlové a kol. (2014) je součástí léčebné rehabilitace také psychomotorická terapie. K obnově porušených pohybových forem chování se používá aktivně prováděný pohyb s důrazem na jeho psychickou podstatu. Prostředkem je kognitivní proces vnímaný na základě zkušenosti, předpokladů a aspirací zpracovávané situace, vázaný na tělesné prožívání a pohyb těla. Prostředkem změny je cílený pohyb. Psychomotorická terapie je v systému léčebné rehabilitace často vnímána jako psychoterapie. V Čechách se terapie pohybem psychiatrických onemocnění vyvíjela od roku 1990 pod názvem kinezioterapie. Od roku 2007 je Česká republika členem Evropské asociace „Psyiotherapy in Psychiatry and Mental Helth“ a místo termínu kinezioterapie převzala název psychomotorická terapie. Většina psychiatrických nemocnic/léčeben v České republice využívá potenciálu vlivu pohybových aktivit na duševní zdraví v rámci terapeutických bloků, ale pouze pod názvem volnočasové aktivity.

2. 5. 3 Sociální rehabilitace

Nestátní neziskové organizace (NNO) přispěly k výraznému rozvoji sociální rehabilitace. Další přínos představuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, kde je jako jeden z druhů sociálních služeb uvedena i sociální rehabilitace. Sociální rehabilitace je hrazena z dotací Ministerstva práce a sociálních věcí a krajských úřadů přímo NNO (Synková, 2009).

Mezi základní činnosti sociální rehabilitace řadíme dle výše zmíněného zákona:

- Nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu,
- nácvik soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začleňování,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- výchovně vzdělávací a aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- základní sociální poradenství.

2. 5. 4 Pedagogická rehabilitace

Pedagogická rehabilitace prolíná složku vzdělávací i výchovnou, někdy bývá označována jako rehabilitace pedagogicko-výchovná. Cílem je dosáhnout co nejvyššího stupně vzdělání nebo kvalifikace s ohledem na individuální potřeby a společenskou situaci. Dále tato rehabilitace podporuje samostatnost a aktivní zapojení do života (Votava, 2005).

2. 5. 5 Pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitace je upravena zákonem č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. Ten uvádí, že osoby se zdravotním postižením mají právo na pracovní rehabilitaci, kterou zabezpečuje úřad práce ve spolupráci s pracovně rehabilitačními středisky. Rehabilitace zahrnuje poradenství zaměřené na volbu povolání, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání a zprostředkování a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání (Synková, 2009).

2. 6 Psychiatrická léčebna ve Šternberku

Psychiatrická léčebna Šternberk (Obr. 3) je samostatným právním subjektem na základě rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví od 25.11.1990, kdy byla delimitována z Fakultní nemocnice Olomouc. Od svého vzniku je státní rozpočtovou organizací a od 1. 1. 1991 má formu příspěvkové organizace. Sídlo psychiatrické léčebny je ve Šternberku, Olomoucká ulice 1848/173. Zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Posláním je poskytnout zdravotní péči osobám s duševními poruchami, u kterých je třeba specializované péče ústavní i ambulantní. Současnou ředitelkou Psychiatrické léčebny ve Šternberku je MUDR. Hana Kučerová (Psychiatrická léčebna Šternberk, 2018).

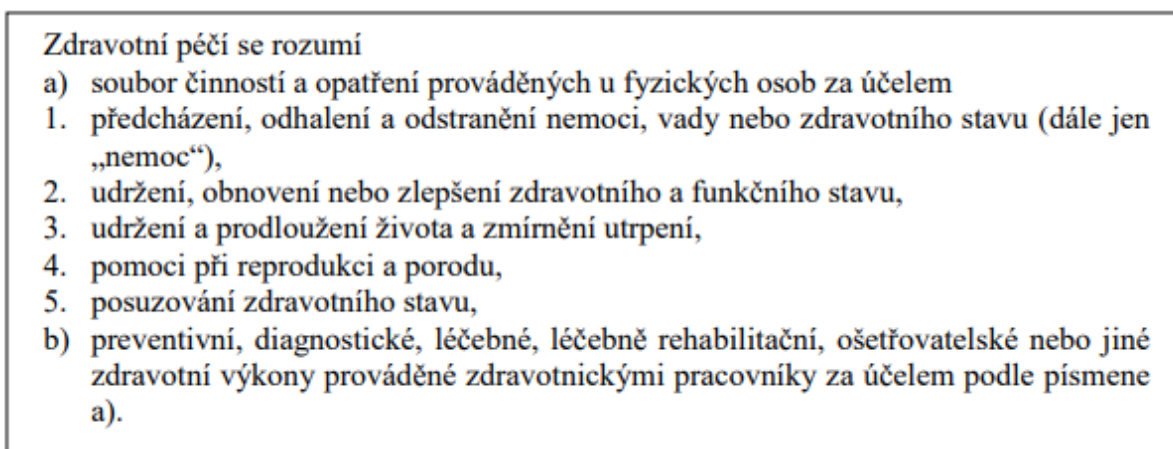


Obrázek 3. Psychiatrická léčebna ve Šternberku, zdroj vlastní, 2018

2. 6. 1 Koncept psychiatrické péče

V České republice máme možnost svobodné volby kdo, a kde nás bude léčit. Do péče psychiatrické léčebny může být pacient přijat na základě dobrovolnosti, ale také zde může být umístěn na základě soudního rozhodnutí v případě, kdy může představovat značné nebezpečí pro sebe nebo své okolí. Psychiatrická léčebna je speciální zařízení, které obvykle dlouhodobě poskytuje péči osobám se závažným duševním onemocněním. Historicky první léčebna

v Evropě byla založena v roce 1784 ve Vídni. Nyní máme v České republice 13 psychiatrických léčeben, které se liší ve svých léčebných postupech i spektru poskytovaných služeb. Nelze dohledat jednotný termín pro osobu s duševní poruchou, která dobrovolně vyhledá péči psychiatrické léčebny nebo jí je soudně nařízena. Zatímco legislativní zakotvení psychiatrické péče často užívá termínu „uživatel péče“, odborná zdravotnická veřejnost se přiklání k termínu „pacient“. Pro účely této práce a její zdravotnická východiska bude dále užito jen termínu „pacient“. Psychiatrické léčebny poskytují zdravotní péči (Obr. 4) za podmínek, které jsou upraveny v zákoně 372/2011 Sb. o zdravotních službách (Hovorková, 2012).



Obrázek 4. Zdravotní péče dle zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách, Parlament ČR, 2018

2. 6. 2 Stručná historie

- 1890 započata výstavba – detenční a léčebné zařízení
- 1892 přeloženo prvních 50 nemocných z brněnského ústavu
- 1. 1. 1893 oficiální otevření psychiatrického ústavu
- Nemocné přijímal ředitel ústavu, příjem schvalovat zemský výbor
- 1895 bylo ve Šternberku umístěno 621 nemocných
- provozy: správní budova, kaple, dílny, skleník, kuchyň, prádelna
- rozdělení nemocných: lehce nemocní, částečně klidní, pracující, epileptici, paralytici, neklidní
- nejčastější diagnóza: paralytická demence
- léčba: bromid draselný, opiové deriváty, morfin, kodein, koňak, chloralhydrát
- I. Světová válka – vojenský lazaret
- II. Světová válka – český personál prchnul před okupací, poslední český zápis do indexu nemocných 1. 10. 1938

- postupné uzavírání a likvidace léčebny
- na příkaz Adolfa Hitlera akce T4 – transporty, plynové komory, ničení chorobopisů, dochován pouze seznam přijatých a propuštěných
- poddůstojnická škola, tankový oddíl SS, kasárna
- 1945 objekt obsazen Rudou armádou, předán státu zpět 1946
- adaptace pavilónů, obnova provozů, laboratoř, RTG, hospodářství
- 50. léta – modernizace, dětské oddělení a škola, kulturní terapie, tělocvična, pavilon psychologie
- 1948 – 420 lůžek, 2 lékaři, elektrické šoky, inzulinová kómata, protialkoholní léčba
- 1949 – Státní léčebna pro choroby mozkové a Léčebna pro alkoholiky a jiné naruživce
- 70. léta – nové protialkoholní oddělení
- 80. léta – gerontopsychiatrický primariát
- 90. léta – zřízena místa sociálních pracovníků (vyškolené zdravotní sestry) (Psychiatrická léčebna Šternberk, 2016).

2. 6. 3 Lůžková oddělení Psychiatrické léčebny ve Šternberku

Psychiatrická léčebna Šternberk se nachází v Olomouckém kraji, počet obyvatel cca 640 000. Další zařízení poskytující lůžkovou psychiatrickou péči pro dospělé je PK Olomouc a Vojenská nemocnice Olomouc. Průměrná ošetrovací doba je 86 dní, pacienti jsou 76 % Olomoucký kraj, 8 % Moravskoslezský kraj a 5 % Pardubický kraj.

Pacientům jsou v Psychiatrické léčebně ve Šternberku k dispozici v ideálním případě dvoulůžkové a třílůžkové pokoje, výjimečně pak čtyřlůžkové ložnice. Jednotlivé primariáty zohledňují kondici pacientů, aby v rámci pobytu byl využit přístup do zahrady. Největší obrat pacientů je na odděleních pro akutní stavy. Mužský i ženský primariát se dělí na oddělení dle míry zaléčenosti na uzavřená, polouzavřená, případně otevřená. Tento model je spíše rámcový, možnost pohybu pacientů je řešena individuálně na škále od přechodného až zcela uzavřeného režimu, přes vycházky v doprovodu příbuzných až po samostatný pohyb. V léčebně je realizován i požadavek soudu na ústavní formu ochranného léčení psychiatrického. Délka pobytu je individuální od krátkodobé po dlouhodobou péči s chronickým charakterem onemocnění (Psychiatrická léčebna Šternberk, 2016).

Primariáty Psychiatrické léčebny ve Šternberku:

Primariát I. – Gerontopsychiatrie

Poskytuje péči nemocným starším 65 let. Diagnózy zejména demence, schizofrenie, bipolární afektivní porucha, deprese, mentální retardace. Primariát má tři oddělení.

Primariát II. – Psychiatrie ženy

Primariát slouží k diagnostice a léčbě celého spektra duševních onemocnění a poruch u dospělých žen.

Primariát III. – Psychiatrie muži

Primariát má dvě oddělení, na kterých je pacientům poskytována komplexní péče (diagnostická, terapeutická, preventivní). Péče se opírá o moderní, účelnou a individuálně cílenou psychofarmakoterapii.

Primariát IV. – Psychoterapeutické oddělení muži a ženy

Tento primariát je orientovaný na problematiku psychosomatické péče zahrnující psychoterapeutické, fyzikálně rehabilitační a farmakologické postupy léčby. Oddělení je založeno na principu terapeutické komunity. Jsou zde pacienti, kteří kromě psychiatrické diagnózy trpí dlouhodobou bolestí.

Primariát V. – Interní oddělení muži a ženy

Interní psychiatrické oddělení následné péče, jehož součástí je interní ambulance. Na oddělení pracují internisté, psychiatr a geriatr. Na oddělení jsou pacienti přijímáni z jiných zdravotnických zařízení s kombinací psychiatrické a interní diagnózy.

Primariát VI. – Pedopsychiatrie

Primariát pro děti ve věku od 6 do 18 let, které navštěvují jakýkoli typ základní školy nebo vyšší stupeň dalšího vzdělávání. Budova oddělení s budovou základní školy jsou umístěny v oplocené zahradě. Děti mohou využívat malou tělocvičnu, terapeutické místnosti a jednu školní třídu. Aktivity se odehrávají v zahradě, na hřišti i v rehabilitačním bazénu, v posilovně nebo keramických dílnách a výtvarných ateliérech léčebny.

Primariát VII. – Léčba závislostí a doléčovací oddělení

Primariát má jedno koedukované oddělení pro léčbu závislostí a jedno mužské oddělení pro léčbu závislostí. Součástí žádného oddělení není detoxifikační jednotka. Probíhá zde komplexní ústavní léčba a důraz je kladen na změnu života v trvalé a důsledné abstinenci od návykových látek.

Primariát VIII. – Gerontopsychiatrie – ženy

Primariát má tři oddělení a je určen pro ženy nad 65 let s různými psychiatrickými poruchami – demence, schizofrenie, bipolární afektivní porucha, deprese, mentální retardace. Na zahradě se konají pravidelné kulturní akce. Budova je bezbariérová (Psychiatrická léčebna Šterberk, 2018).

2. 6. 4 Ucelený systém rehabilitace

V terapeutickém týmu najdeme mimo psychiatra také psychologa, sociálního pracovníka a režimovou sestru. Léčebna klade důraz na činnosti terapie, arteterapii a doléčovací strategie ve spolupráci s rodinou. Léčebný program je orientován na sebepoznání a podporu vnitřních sil a rezerv pacientů, na pěstování vhodnějších způsobů komunikace, na navazování, zlepšování a utužování vztahů s druhými lidmi, na zdravý životní styl zahrnující dostatek pohybu včetně pravidelného cvičení a vhodné dietní návyky. Léčba zahrnuje skupinovou a komunitní psychoterapii, nácvik relaxace a doprovodné aktivity, které účinky základních léčebných postupů umocňují – arteterapie, jóga, léčba pohybem, rehabilitační procedury atd. Fyzioterapeut je nedílnou součástí týmu zajišťujícího komplexní rehabilitační léčbu. Rehabilitační oddělení se nachází v samostatném pavilonu, kde je poskytována péče pro ambulantní pacienty a hlavně pro pacienty hospitalizované na všech lůžkových odděleních léčebny. V případě potřeby dochází fyzioterapeut na jednotlivá oddělení. V samotné terapii je kladen důraz na pozitivní efekt vodoléčby, elektroléčby, masáže a individuální tělesnou výchovu.

Celkovou léčbu doplňují terapie v rámci terapeutických plánů – fyzioterapie, taneční a pohybová terapie, arteterapie, činnostní terapie, keramická dílna a canisterapie. Probíhají zde různé kulturní akce a vystoupení. Došlo k rozšíření zahradní terapie a smyslové a kondiční stezky v areálu léčebny. Důraz je tedy kladen i na přirozené prostředí pro rozvoj zájmových aktivit, seberozvoj, rozvoj sociálních kontaktů a volnočasových aktivit.

Nejen díky široké programové nabídce vznikla potřeba zavedení režimových sester jako denních průvodců, společníků a pomocníků pro pacienty. Pod jejich dohledem se

uskutečňují každý měsíc jednodenní poznávací výlety do muzeí, divadel i přírody (Psychiatrická léčebna Šternberk, 2016).

2. 6. 5 Aktivity

Léčebenské slavnosti

První ročník se uskutečnil v roce 2000 se záměrem vytvořit prostor pro setkávání pacientů k různým společenským aktivitám a jejich resocializaci.

Klubová činnost

Klub sdružuje pacienty, kteří jsou propuštěni z léčby v léčebně, ale nabízí své služby i hospitalizovaným pacientům i pacientům z ambulancí. Program klubu je zaměřen na posilování duševní pohody a návštěvy kulturních a přírodních památek. Klub je součástí projektu Start – kompletní rehabilitace k soběstačnosti.

Smyslová a kondiční stezka

Smyslová stezka je souborem komponentů, které při bližším zkoumání stimulují smysly člověka. Je vybudována v centru areálu a obsahuje hmatový chodník, sluneční hodiny, dendrofon, akvadukt, hmatárium a voňavé bylinkové plochy. Kondiční stezka slouží k zvyšování tělesné kondice za využití chůze, běhu, severské chůze, krokoměrů i sportestrů.

V léčebně dále probíhají volnočasové aktivity pod vedením „volnočasového terapeuta“, hudebně pohybové aktivity, canisterapie, hipoterapie a k dispozici je i klinická pastorační péče v Kapli Sv. Jana z Boha. Dále dobrovolnický program v souladu s evropskými trendy a je vydáván Léčebenský express. Pacienti mají k dispozici knihovnu, která je rozdělena na odbornou část pro lékaře, psychology a další zdravotnické pracovníky a část s beletrií. (Psychiatrická léčebna Šternberk, 2016).

3 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

3.1 Cíl práce

Hlavním cílem práce je určit preference pacientů v oblasti vybraných pohybových aktivit realizovaných v psychiatrické léčebně ve Šternberku.

Dílčím cílem diplomové práce je sestavit databázi pohybových aktivit realizovaných v Psychiatrické léčebně ve Šternberku v rámci volnočasových aktivit.

3.2 Úkoly práce

Na základě vytyčení hlavního a dílčího cíle jsou stanoveny následující úkoly:

- 1) Provést analýzu zdrojů.
- 2) Oslovení Psychiatrické léčebny ve Šternberku.
- 3) Vytvoření ankety vlastní konstrukce.
- 4) Realizace anketního šetření.
- 5) Sběr a analýza dat.

3.3 Výzkumné otázky

V této diplomové práci byly položeny následující výzkumné otázky:

- Jaké mohou být faktory ovlivňující preference pacientů Psychiatrické léčebny ve Šternberku?
- Jaký je přínos realizovaných volnočasových aktivit pro pacienty v Psychiatrické léčebně ve Šternberku.
- Jaký vliv má terminologie v oblasti terapií a pohybových aktivit na problematiku realizace volnočasových aktivit v Psychiatrické léčebně ve Šternberku?

4 METODIKA

Kapitola metodika se zaměřuje na průběh a způsob zpracování výzkumné části diplomové práce. Popisuje sběr dat, zpracování, vyhodnocení a dále anketu vlastní konstrukce, která využívá metodu párového srovnávání. Všichni respondenti byli seznámeni s obsahem výzkumu v informovaném souhlasu (viz příloha č. 1), který podepsali a který zůstává k archivaci proběhlého výzkumu v Psychiatrické léčebně ve Šternberku. Výzkumu se zúčastnili dobrovolně. Samotnému šetření předcházely souhlas Etické komise Psychiatrické léčebny ve Šternberku (viz příloha č. 2) a Etické komise Univerzity Palackého Fakulty tělesné kultury (viz příloha č. 3).

4.1 Charakteristika souboru

Do výzkumného šetření byli zařazeni pacienti Psychiatrické léčebny ve Šternberku. Psychiatrická léčebna byla vybrána z důvodu otevřenosti výzkumu pro účely diplomové práce v návaznosti na spolupráci mezi léčebnou a studenty Univerzity Palackého v Olomouci a konzultantovi Davidu Hubáčkovi, který byl cenným zdrojem informací a umožnil přístup k pacientům.

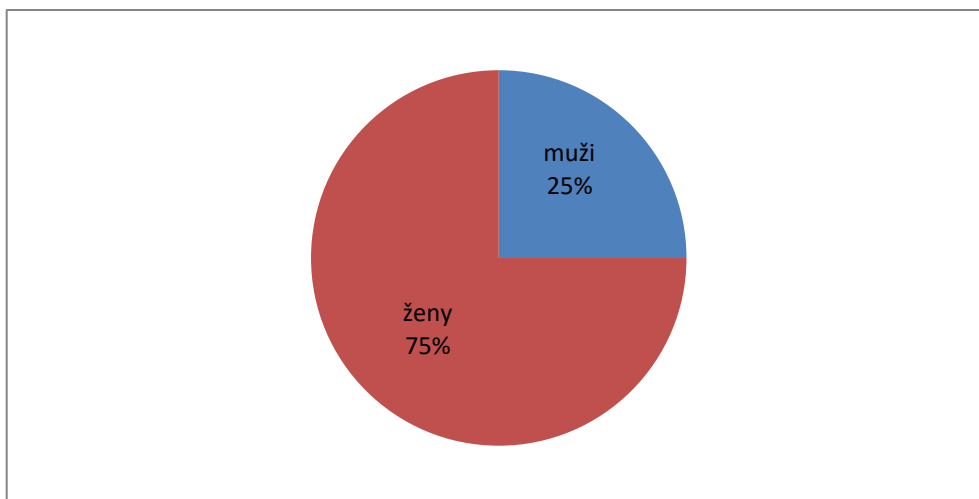
V léčebně se nachází cca 500 pacientů. Více než dvě třetiny této skupiny vylučuje z anketního šetření závažná diagnóza, upoutání na lůžko, nesvéprávnost, nízký věk (pedopsychiatrické oddělení), případně další nespecifikované limity, které stanovila léčebna v rámci řízení etické komise. Osloveno bylo 70 pacientů, kteří se v rámci terapeutických bloků účastní volnočasových aktivit organizovaných terapeutem volnočasových aktivit. Paralelní skupiny pacientů dochází na ergoterapii, do keramické dílny atd. Pro výzkumné účely se vrátilo 32 vyplněných anket vlastní konstrukce, z toho 24 jich bylo vyplněno kompletně a správně. Preference pacientů Psychiatrické léčebny ovlivňuje několik vstupních faktorů, jak je popsáno v kapitole 2.3 Preference této práce. Tyto faktory dle Ekologického modelu byly zohledněny a popsány níže ve výsledcích práce.

Věk respondentů

Anketu vlastní konstrukce vyplnili respondenti ve věkovém rozmezí 18-78let. Průměrný věk je 48 let. Věk může být ovlivňujícím faktorem při výběru pohybové aktivity.

Pohlaví respondentů

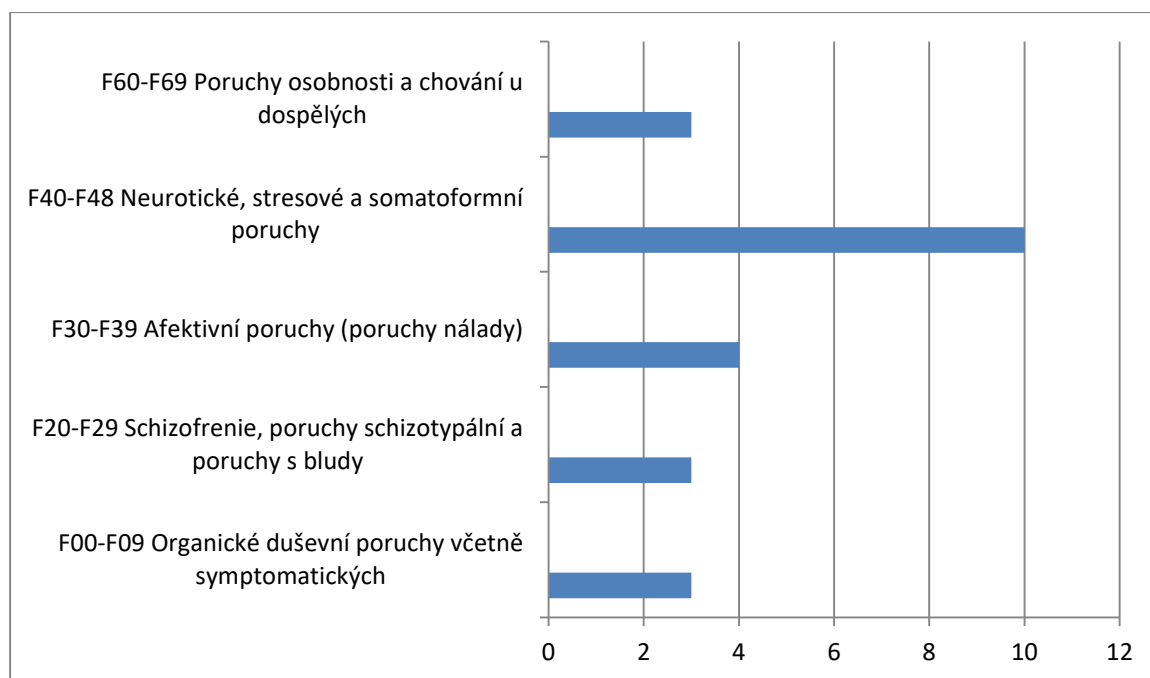
Anketu vlastní konstrukce vyplnilo 24 respondentů. 25% zastoupení mužského pohlaví a 75% ženského pohlaví (viz Obr. 6). Toto většinové zastoupení žen může být ovlivňujícím faktorem preferencí.



Obrázek 6. Grafické znázornění účasti mužů a žen.

Přehled diagnóz respondentů

Pro větší přehlednost (Obr. 7.) byly jednotlivé diagnózy rozděleny do skupin dle MKN-10. Výzkumného šetření se zúčastnili pacienti s touto diagnózou (dle MKN-10):



Obrázek 7. Grafický přehled zúčastněných pacientů dle jejich diagnózy.

4. 2 Anketa vlastní konstrukce – metoda párového srovnávání

Anketa vlastní konstrukce (viz Příloha č. 4) využívá metody párového srovnávání, která je založena na porovnávání dvojic možností, z nichž každý prvek je porovnáván

s každým z uvedených. Každá možnost je tedy ve výběru s každou a dotazovaný respondent vždy zakroužkuje jednu z těch, kterou z dvojice nabízených preferuje. Počet preferencí je pak zapsán do tabulky a porovnán s ostatními možnostmi. Výsledky jsou zaznamenány v tabulce (Tab. 5) a postupujeme následujícím způsobem: Pokud preferujeme kritérium v řádku před kritériem ve sloupci, zapíšeme toto kritérium do řádku. Pokud preferujeme kritérium ze sloupce před kritériem v řádku, zapíšeme počet kritérií ze sloupce. Konečný výsledek zjistíme tak, že sečteme stejná čísla z řádku a stejná čísla ze sloupce. V případě, že nastane situace, že je počet preferencí někde totožný, pak bereme v úvahu směr preferencí. Pro výzkumné šetření byla zvolena tato metoda z důvodu, že mimo pořadí odhalí také vztahy mezi vybranými pohybovými aktivitami. Tuto metodu například využili při výzkumu z oblasti aplikované tělesné výchovy Sherrill a Montelione (1990).

Nevýhodou této metody může být časová náročnost a udržení pozornosti po delší dobu, naopak výhodou jsou přehledné a vypovídající výsledky.

V sestavené anketě vlastní konstrukce se objevily následující pohybové aktivity (některé jsou uváděné ve skupině z důvodu výběru vhodných aktivit terapeutem volnočasových aktivit) - PETANQUE, KUBB, KROKET; NOHEJBAL; BADMINTON; STOLNÍ TENIS; SKUPINOVÁ CVIČENÍ; KONDIČNÍ CHŮZE, BĚH; PŘEHAZOVANÁ, VOLEJBAL; FLORBAL, FOTBAL.

Tabulka 5. Příklad zjišťování preferencí metodou párového srovnávání

Kritérium	k ₁	k ₂	k ₃	k ₄	k ₅	Počet preferencí	Pořadí kriteria
k ₁		1	1	1	5	3	1
k ₂			3	2	2	2	3
k ₃				3	3	3	2
k ₄					5	0	5
k ₅						2	4

4.3 Výzkumné metody a techniky

Pro výzkumné šetření bylo užito analýzy dokumentů a internetových zdrojů, dále domácích i zahraničních databází. Academic Research Library, Bibliographia medica

Čechoslovaca, Biological Abstracts, Clinical Evidence, EBM Reviews, EBSCO, EMBASE, Knovel, MEDLINE a ProQuest, kde byly pod hesly „psychiatric and physical activity, physical activity and mental illness, sport, mental health, psychical health“ a hesly jednotlivých diagnóz vyhledány související články. Dále byla užita dotazovací metoda pro terapeuta volnočasových aktivit Psychiatrické léčebny ve Šternberku a dalších odborníků z oblasti psychiatrie. Na základě získaných informací byla sestavena anketa vlastní konstrukce, která obsahuje výše popsanou metodu párového srovnávání a databáze skutečně realizovaných pohybových aktivit při volnočasových aktivitách probíhajících paralelně s terapeutickými bloky. Anketa byla při volnočasovém programu pacientů předána spolu s informovaným souhlasem. Informace získané z anketního šetření byly zpracovány do grafické podoby. Pro dotvoření uceleného pohledu na problematiku byly podrobeny analýze webové stránky s psychiatrickou tematikou – především stránky České psychiatrické společnosti a stránky Psychiatrické léčebny ve Šternberku. Pro sestavení databáze pohybových aktivit byly využity webové stránky s tematikou pravidel a popisu těchto aktivit. Dále je tato kapitola doplněna o získané informace přímo z Psychiatrické léčebny ve Šternberku, a to díky pozorování a dotazovací metodě.

4. 4 Postup práce

Téma této práce volně navazuje na zpracovanou bakalářskou práci, která byla obhájena v roce 2012. Psychiatrická léčebna ve Šternberku přijala jako svého zaměstnance na pozici volnočasového terapeuta (také užívaný termín je sportovní terapeut) Davida Hubáčka, který je otevřený výzkumu z této oblasti a neustále se snaží svou práci zdokonalovat. Sám se podílí na výzkumu v oblasti pohybových aktivit v zahraničí i v České republice.

Výzkumná část byla přímo závislá na schválení celého výzkumu Etickou komisí Psychiatrické léčebny ve Šternberku. Terapeut volnočasových aktivit David Hubáček se zasadil o úspěšné schválení a celý výzkum podpořil svou účastí. Tak bylo možné se dostat přímo k pacientům, kteří pohybové aktivity vykonávali, a lze tedy určovat jejich preference vybraných aktivit. Na základě dotazovací metody a konzultace s odborníky z oblasti psychiatrie byla sestavena vhodná anketa vlastní konstrukce obsahující metodu párového srovnávání. Objevila se kritika, že anketa je pro pacienty příliš dlouhá, ale přesto zůstala v původním znění a ve výsledném šetření se tento předpoklad výrazně neprojevil. Výsledek této práce bude poskytnut léčebně jako zpětná vazba s doporučením pro další roky.

V průběhu 4 týdnů byly zadávány ankety vlastní konstrukce tázaným respondentům. Ti je v rámci volnočasových aktivit vyplňovali. Celý výzkum probíhaly odborné konzultace přímo v Psychiatrické léčebně ve Šternberku. Vybraná data byla vyhodnocena a zpracována nejprve ručně a poté zaznamenána graficky pomocí programu Microsoft Excel 2010. Dále byla analyzována a doplněna o získané poznatky. Výsledky této práce byly dále doplněny o poznatky z oblasti preferencí a o informace získané z konzultací z Psychiatrické léčebny ve Šternberku. V práci nesmí chybět poděkování Psychiatrické léčebně ve Šternberku za umožnění výzkumu a doporučení pro další budoucí spolupráci.

5 VÝSLEDKY

5.1 Analýza anket

Tato kapitola zaznamenává výsledky ankety vlastní konstrukce, ve které byla užitá metoda párového srovnávání. Výsledky jsou graficky zpracovány v následujících tabulkách. Výsledky jsou ovlivněny vnitřními i vnějšími faktory. Týdenní rozvrh pohybových aktivit (viz Příloha 4) nedává příliš prostoru pro rozvoj jednotlivých aktivit. Blok volnočasových aktivit je často kombinací níže uvedených pohybových aktivit a dalších doplňujících cvičení. Proto je kladen důraz na motivaci pro vykonávání pohybové aktivity a individuální nastavení programu pro zúčastněnou skupinu.

Ankety se účastnilo 32 respondentů. Správně vyplněno bylo 24 anket. Zpracování proběhlo do tabulky (Tab. 6) znázorňující odpovědi všech respondentů a poté do tabulek znázorňujících preference žen a mužů.

Tabulka 6. Párové srovnávání všech respondentů.

n = 24	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	PREFERENCE	POŘADÍ
K1		1	3	4	5	6	1	1	3	5.
K2			3	4	5	6	7	8	0	8.
K3				4	5	6	3	3	4	4.
K4					4	4	4	4	7	1.
K5						6	5	5	5	3.
K6							6	6	6	2.
K7								7	2	6.
K8									1	7.

Vysvětlivky:

K1	PETANQUE, KUBB, KROKET
K2	NOHEJBAL
K3	BADMINTON
K4	STOLNÍ TENIS
K5	SKUPINOVÁ CVIČENÍ
K6	KONDIČNÍ CHŮZE, BĚH
K7	PŘEHAZOVANÁ, VOLEJBAL
K8	FLORBAL, FOTBAL

Tabulka 7. Celkové preference všech respondentů (n=24)

1.	STOLNÍ TENIS	95
2.	KONDIČNÍ CHŮZE, BĚH	91
3.	SKUPINOVÁ CVIČENÍ	87
4.	BADMINTON	86
5.	PETANQUE, KUBB, KROKET	70
6.	PŘEHAZOVANÁ, VOLEJBAL	68
7.	FLORBAL, FOTBAL	52
8.	NOHEJBAL	48

Z výzkumu vyplývá (Tab. 7), že nejpreferovanější pohybovou aktivitou je stolní tenis. Tato pohybová aktivita je oblíbená jak u žen, tak u mužů. Ovlivňujícím faktorem tohoto výsledku může být snadná dostupnost prostorů, kde lze stolní tenis hrát. Psychiatrická léčebna ve Šternberku disponuje „pinpongárnou“ a pacientům jsou k dispozici stoly na stolní tenis i na některých odděleních. Dalším ovlivňujícím faktorem je celková oblíbenost této pohybové aktivity v České republice. Stolní tenis je často vyhledávanou aktivitou při volnočasových aktivitách na dovolených atd.

Na druhém místě je kondiční chůze a běh. Tato pohybová aktivita je snadno dostupná pacientům i ve volném čase a je vyhledávána jak ženami, tak muži. Jedním z ovlivňujících faktorů může být vybudovaná kondiční stezka v areálu Psychiatrické léčebny ve Šternberku. Tu lze pouze projít, lze si vypůjčit vybavení na Nordic Walking, anebo ji lze absolvovat během. Terapeut volnočasových aktivit David Hubáček pacientům nabízí možnost osobních konzultací a správné výuky techniky chůze i běhu a to i mimo stanovené časy volnočasových aktivit pod jeho vedením. Dalším ovlivňujícím faktorem preference této pohybové aktivity mohou být intrapersonální faktory – tedy vnitřní motivy pro udržení kondice, regulaci tělesné hmotnosti a současné popularizace běhu díky různým závodům, soutěžím atd.

Na třetím místě se umístila skupinová cvičení. Tato skupinová cvičení jsou sestavována individuálně skutečně zúčastněné skupině. Vzhledem ke vzdělání z oblasti fyzioterapie vedoucího terapeuta volnočasových aktivit Davida Hubáčka je charakter tohoto cvičení na vysoké úrovni a je sestaven z posilovacích a kompenzačních cviků s možností zapojení dostupných pomůcek. To umožňuje pacientům komplexní cvičení. Tyto faktory lze brát jako ovlivňující pro preference z výše uvedených pohybových aktivit.

Na čtvrtém místě je badminton. Výběr této aktivity může být ovlivněn tím, že je badminton často volen jako alternativa pro míčové sporty. Pokud se pacienti nechtějí účastnit míčových sportů z jakýchkoli důvodů, mají často k dispozici vybavení na badminton a mohou

paralelně hrát. Ovlivňující faktor tedy může být volba preference před ostatními pohybovými aktivitami, zejména před míčovými sporty.

Na pátém místě se umístila skupina pétanque, kubb, kriket. Tyto pohybové aktivity byly dány dohromady do jednoho balíku z důvodu podobného charakteru, časové a pohybové náročnosti na účastníky. Při sestavování týdenního rozvrhu terapeutem volnočasových aktivit Davidem Hubáček je snaha o domluvu s pacienty. Ovlivňujícími faktory preferencí může být aktuální sestava skupiny, vnitřní i vnější motivy a také věk skupiny. Tyto činnosti bývají preferovány pacienty s vyšším věkem a to z důvodu nižší pohybové náročnosti na účastníky těchto aktivit. Lze však naopak využít taktizování, které je přínosem pro rozvoj myšlení a paměti.

Na šestém místě se nachází přehazovaná, volejbal. Ke sloučení těchto aktivit došlo z důvodu volby jednotlivé aktivity na základě úrovně skupiny. Přehazovaná je brána jako příprava pro volejbal. Ovlivňujícími faktory jsou úroveň celé skupiny na základě zkušeností s volejbalem a také celková skladba skupiny, kdy aktivnější účastníci mohou rozhodnout o programu. Pasivnější účastníci se potom mohou rozhodnout o začlenění nebo o alternativním programu.

Na sedmém místě najdeme fotbal, florbal a na osmém místě nohejbal. Koncové pořadí těchto aktivit je ovlivněno především menším zastoupením mužů v celkové skupině respondentů. Ovlivňujícím faktorem pro preferování ostatních aktivit ženami mohou být historický kontext, rizikovost zranění při těchto kontaktních sportech, nízké dovednosti potřebné pro hru a vnitřní i vnější motivy jednotlivých pacientek.

Tabulka 8. Párové srovnávání preferencí žen.

n = 18	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	PREFERENCE	POŘADÍ
K1		1	3	4	5	6	1	1	3	5.
K2			3	4	5	6	7	8	0	8.
K3				4	5	6	3	3	4	4.
K4					5	4	4	4	6	2.
K5						5	5	5	7	1.
K6							6	6	5	3.
K7								7	2	6.
K8									1	7.

Vysvětlivky:

K1	PETANQUE, KUBB, KROKET
K2	NOHEJBAL
K3	BADMINTON
K4	STOLNÍ TENIS
K5	SKUPINOVÁ CVIČENÍ
K6	KONDIČNÍ CHŮZE, BĚH
K7	PŘEHAZOVANÁ, VOLEJBAL
K8	FLORBAL, FOTBAL

Tabulka 9. Celkové preference žen.

1.	SKUPINOVÁ CVIČENÍ	72
2.	STOLNÍ TENIS	67
3.	KONDIČNÍ CHŮZE, BĚH	66
4.	BADMINTON	62
5.	PETANQUE, KUBB, KROKET	57
6.	PŘEHAZOVANÁ, VOLEJBAL	50
7.	FLORBAL, FOTBAL	25
8.	NOHEJBAL	23

Z výsledků je patrné, že ženy nejvíce preferují skupinová cvičení, která lze individuálně zaměřit nejen na kompenzační cviky, ale i posilování problematických partií a udržení celkové kondice a hmotnosti. Na dalších místech se umístil stolní tenis, kondiční chůze, běh, badminton, pétanque, kubb, krocket a přehazovaná, volejbal. Nejméně preferovaný je potom nohejbal a florbal, fotbal. Ovlivňujícími faktory, jak bylo popsáno výše, jsou vnitřní i vnější motivy, chybějící dovednosti pro tento sport, celkově vnímaný mužský charakter této aktivity. Nicméně na základě pozorování, byť je florbal na spodní příčce preferencí, je vnímán pacientkami jako agresivnější sport, při kterém je možné se snadno vybit a odreagovat. To některé z nich vnímají jako přínos.

Tabulka 10. Párové srovnávání preferencí mužů.

n = 6	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	PREFERENCE	POŘADÍ
K1		2	3	4	5	6	7	8	0	8.
K2			2	4	2	2	2	8	5	3.
K3				4	3	3	7	8	3	5.
K4					4	4	4	4	7	1.
K5						6	7	8	1	7.
K6							7	8	2	6.
K7								8	4	4.
K8									6	2.

Vysvětlivky:

K1	PETANQUE, KUBB, KROKET
K2	NOHEJBAL
K3	BADMINTON
K4	STOLNÍ TENIS
K5	SKUPINOVÁ CVIČENÍ
K6	KONDIČNÍ CHŮZE, BĚH
K7	PŘEHAZOVANÁ, VOLEJBAL
K8	FLORBAL, FOTBAL

Tabulka 11. Celkové preference mužů.

1.	STOLNÍ TENIS	30
2.	FLORBAL, FOTBAL	27
3.	NOHEJBAL	25
4.	PŘEHAZOVANÁ, VOLEJBAL	20
5.	BADMINTON	18
6.	KONDIČNÍ CHŮZE, BĚH	17
7.	SKUPINOVÁ CVIČENÍ	15
8.	PETANQUE, KUBB, KROKET	13

Z tabulky vyplývá, že preference mužů a žen jsou rozdílné. Na prvním místě se nachází stolní tenis, který se i v preferencích žen umístil na předních pozicích. Tomu odpovídá i celkové vyhodnocení. Další aktivity jsou už téměř v obráceném pořadí. Ovlivňujícími faktory jsou

především rozdílné vnímání florbalu, fotbalu a nohejbalu v kontextu společnosti, výchovně-vzdělávacího procesu i vnitřních a vnějších motivů pacientů. Na předních pozicích se umístily pohybové aktivity, které se hrají v kolektivu nebo dvojicích a na spodních příčkách se umístily aktivity individuálně zaměřené kromě skupiny pétanque, kubb, kroket, která je muži vnímána spíše jako odpočinková a nemá dostatečné pohybové využití.

5. 2 Databáze pohybových aktivit realizovaných v rámci volnočasových aktivit Psychiatrické léčebny ve Šternberku

Sestavená databáze obsahuje pohybové aktivity realizované v Psychiatrické léčebně v rámci volnočasových aktivit probíhajících v terapeutickém bloku pod odborným vedením Davida Hubáčka. Některé aktivity byly pro účely obsažení širšího souboru respondentů sloučeny do jedné položky, pro účely anketního šetření. Databáze obsahuje stručnou charakteristiku hry a stručná pravidla, která pro účely této databáze dostačuje. Detailně rozepsaná pravidla lze najít na stránkách jednotlivých svazů zastřešujících níže zmíněné pohybové aktivity nebo v odborné literatuře věnované tomuto tématu.

Na základě pozorování a dotazovací metody cílené na terapeuta volnočasových aktivit Davida Hubáčka obsahuje databáze poznámky z praktického průběhu těchto aktivit přímo v Psychiatrické léčebně ve Šternberku. Dle jeho odborného názoru jsou pohybové aktivity oblíbenou součástí denního režimu. Pro jejich realizaci poskytuje areál léčebny dostatek prostoru, zázemí a široký výběr možností dalšího využití. Ovšem vzhledem k nízké týdenní dotaci pohybových aktivit (viz Příloha 4) pro jednotlivá oddělení je poměrně těžké cílit tyto pohybové aktivity na zlepšení kondičních schopností hospitalizovaných pacientů. Zaměřuje se tedy na optimalizování a posilování vztahu pacientů k pravidelné pohybové aktivitě a jejich motivaci pro realizaci těchto a dalších pohybových aktivit ve svém volném čase.

PETANQUE

Pétanque je původem z Francie a hra je určena 1-3 členným družstvům. Ta se snaží umístit své koule co nejbližší cíli, který tvoří tzv. Jack (jinak košonek nebo prasátko). Princip hry je velmi jednoduchý, ale dokonalé zvládnutí techniky a taktiky vyžaduje pravidelný trénink. Ke hře se používají koule o průměru 70-80mm, tzv. Jack je ze dřeva, průměr 25-35mm. První družstvo je vylosováno mincí. Hráč z tohoto družstva nakreslí na zem kruh, ve kterém bude stát a z něho vyhodí tzv. Jack (nesmí být blíže jak 1m k jakékoli překážce). Poté hází první kouli pokud možno, co nejbližší tzv. Jacku. Následně se do kruhu postaví protihráč a hází svou kouli co nejbližší tzv. Jacku. Může tak učinit i vyražením soupeřovy koule nebo

posunutím tzv. Jacka. Vždy hraje hráč družstva, které prohrává, až do doby, kdy se ujme vedení nebo spotřebuje všechny koule. Body se sčítají na závěr, když ani jedno družstvo nemá žádné koule. Vítězné družstvo získává jeden bod za každou kouli, která je blíže tzv. Jackovi než první nejbližší koule poraženého družstva. Hráč družstva, které vyhrálo, hází tzv. Jacka z místa, kde ležel v závěru hry. Celkovým vítězem je družstvo s celkovým počtem 13 bodů (Česká asociace pétanque klubů, n.d.).

Psychiatrická léčebna ve Šternberku zatím nedisponuje speciálním hřištěm na petaque, ale jeho výstavba je v plánu. Hra se realizuje převážně na posečené travnaté ploše. Pro účely zapojení všech účastníků a využití plné časové dotace bývá často hra zjednodušena.

KUBB

Kubb je hra proti sobě stojících dvou týmů. Princip spočívá v přesném házení kolíků na soupeřovi kubby ve snaze je shodit a získat tak nad soupeřem výhodu do dalších herních situací. Hrací pole je velké 5m x 8m. Hrací figury jsou jeden král, deset kubbů, šest vrhacích kolíků a čtyři rohové kůly. Počáteční rozestavení hracích figur je následující, na každé základní čáře je rozmístěno pět kubbů. Král stojí uprostřed hracího pole na půlicí čáře. Každý tým má jednu polovinu hracího pole. Hra začíná rozhozem dvou libovolných hráčů (každý z jednoho týmu). Nahlas napočítáme do tří a na „tři“ oba hráči najednou hodí. Čí kolík skončí blíže u krále (aniž by ho porazil), má na výběr buď zahájit hru nebo si vybrat stranu. Na začátku hry týmy stojí za svou základní čárou a jeden z nich má všech šest kolíků a zahajuje první hrací kolo. Týmy se střídají v tom, kdo zahajuje hrací kolo a kubby se tak přelévají z jedné poloviny hřiště na druhou. Vznikají tak výhodné situace i sporné momenty. Hra končí v okamžiku, kdy se jednomu týmu úmyslně nebo omylem podaří shodit krále. Tento tým pak vítězí, pokud na soupeřově polovině nestojí žádný kubb, a tento tým prohrává, pokud na soupeřově polovině zůstaly stát kubby (Kubb, 2007).

V areálu léčebny je hřiště vytyčeno na travnaté ploše. Dle úrovně skupiny hrají pacienti buď podle pravidel a s danými rozměry hřiště – tato varianta je vždy ze začátku složitější na vysvětlování a pochopení, ale hra potom pacienty velmi zaujme a sami si hlídají a vyhodnocují jednotlivé herní situace podle pravidel, nebo se hraje na zmenšeném hřišti, aby byla zvýšená šance pro trefení kubbu i pro začátečníky a pravidla lze zjednodušit tak, že sražený kubb jde mimo hru. To u pacientů vyvolává radost z dílčích úspěchů.

KROKET (ZAHRADNÍ KROKET)

Hra je typická dvěma kolíky, širokými drátěnými brankami v počtu 9-10, lehkými dřevěnými koulemi o menším průměru a relativně krátkými holemi s miniaturními kladivy na konci. Hra je realizovatelná téměř v jakémkoli terénu. Hrají proti sobě dvě strany (dva hráči, nebo dvě skupiny). Vyhrává ta strana, která oběma svými koulemi projede všech 6 branek ve stanoveném pořadí a dotkne se jimi středového kolíku. Hráč, který projel brankou, má právo na úder navíc. Pokud svou koulí zasáhne jinou kouli, zvedá ji a přikládá ke kouli zasažené. Široká škála různých úderů, potencionální postavení koulí na kurtu atd. činí ze hry vysoce taktický souboj (Asociace českomoravského kroketu, 2004).

V Psychiatrické léčebně ve Šternberku probíhá kroket na travnaté ploše, pravidla bývají zjednodušena podle počtu účastníků a jejich úrovně.

NOHEJBAL

Dnes dosahuje nohejbal mezinárodní úrovně, ale jedná se o ryze český sport, jehož počátky sahají do roku 1922. Název nohejbal je odvozen od slova volejbal. Spojuje prvky fotbalu, jako je kopání do míče, hlavičkování a volejbalu, tedy síť, tři doteky celkem a jeden dotek míče. Podobnost s tenisem vychází ze stejné výšky sítě a jednoho dopadu míče. Mezinárodní název je footballteniss. Pro hru je potřeba volný prostor nejlépe o rozměrech 25x15 m, do výšky nejméně 7 m, volný prostor v hale potom 24x14x6 m. Herní prostor musí mít jednotný povrch. Hřiště je čarami rozděleno na herní prostory v rozměrech podle zápasu jednotlivců, dvojic či trojic. Síť hřiště rozděluje na dvě shodná herní pole. Všechny čáry jsou součástí herního pole. Hraje se lepeným míčem z přírodní nebo umělé kůže, který je schválený nohejbalovým svazem. Účastníky hry jsou buď jednotlivci proti sobě, nebo družstva, která vede kapitán. Ten má za povinnost účastnit se losování, žádat v případě potřeby rozhodčího o oddechový čas, žádat o střídání hráčů, komunikovat s rozhodčím. Set je část zápasu jednotlivce, dvojice nebo trojice. Set končí, získá-li jeden ze soupeřů 10 bodů. Set vyhrává strana, která získala první určený počet bodů. V zápase se hráči mohou střídat, střídání ohlašuje rozhodčímu kapitán nebo trenér zvoláním „střídáme“. Účel hry je zahrát míč do soupeřova pole dovořeným způsobem tak, aby jej soupeřovi hráči nemohli zachytit a vrátit do hry, zabránit soupeři zahrát míč do svého vlastního pole, zachytit míč zahráný soupeřem do svého vlastního pole a rozehrát zachycený míč do útočné akce (Pravidla nohejbalu, n.d.).

Tento sport dává prostor pacientům docílit poměrně rychlého viditelného progresu, což může být motivačním prvkem. Dále se v tomto sportu mohou konat turnaje a to buď mezi

léčebnami (např. v roce 2018 turnaj v Psychiatrické léčebně v Kroměříži) nebo mezi odděleními.

BADMINTON

Badminton je olympijský individuální raketový sport, jehož přímým předchůdcem je indická *poona*. Při hře jednotlivců nebo dvojic odpalují hráči přes síť pomocí rakety košík (míček) a snaží se, aby protivník udělal chybu. Tou je zahrání míčku mimo vymezené území, neodehrání míčku správně. Na rozdíl od tenisu se míček neodráží od země a je nutné hrát přímo z voleje. Jedná se o nejrychlejší raketový sport. Pro hru je potřebná hbitost, postřeh a výborná kondice. Rychlost smetče dosahuje u špičkových hráčů až 300km/h. Zápas se hraje na dva vítězné sety do 21 bodů. Bod získá hráč za každou vítěznou výměnu. Pro výhru je nutné minimálně dvoubodové vedení. Vítěz setu podává v následujícím setu jako první. Hráči mění strany vždy po skončení setu. Hra musí být plynulá od prvního podání do ukončení zápasu (Stručná pravidla badmintonu, n.d.).

Tento sport je vhodný pro průpravná nebo doplňující cvičení. Důraz je kladen na zvládnutí techniky. Často je vybírán jako alternativní program při neúčasti pacientů na blocích s míčovými hrami.

STOLNÍ TENIS

Stolní tenis známý také jako ping pong je bezkontaktní míčový sport hraný s pálkou. Na rozdíl od podobných sportů jako tenis, squash nebo badminton tvoří hrací plochu stůl nad úrovní země. Ten je sítkou rozdělen na dvě poloviny. Hrají buď jednotlivci dvouhru nebo ve dvojicích proti sobě jako čtyřhra. Hra je zahájena podáním. Princip spočívá ve snaze vrátit míček na polovinu soupeře. Míček nesmí proletět sítkou ani hrací deskou. Nehrající ruka se nesmí dotknout hrací desky. Hraje se na lichý počet setů a to 3, 5 nebo 7. Vyhrává ten, kdo dosáhne první 11 bodů a rozdíl musí být minimálně o dva body. Podání se střídá po dvou a od stavu 10:10 po jednom (Česká asociace stolního tenisu, n.d.).

Tento sport je v Psychiatrické léčebně ve Šternberku velmi oblíbený, což dokládají i stoly určené pro stolní tenis, které lze najít na některých oddělení. To znamená, že kromě oficiální „pinpongárny“ se mohou pacienti v tomto sportu realizovat i ve svém volném čase bez dozoru. Sami potom sestavují systém turnajů i jednotlivých zápasů.

SKUPINOVÁ CVIČENÍ

Skupinová cvičení mají několik významů. Pro účely této databáze bude stanoveno vymezení dle skutečně realizované pohybové aktivity v Psychiatrické léčebně ve Šternberku. Cvičení probíhá nejčastěji ve vnitřních prostorách tělocvičny na žíněnkách nebo míčích (gymballech). Nejčastěji se účastní skupina okolo 10 osob. Obsah cvičení je sestaven z kompenzačních cviků pro posílení svalů s tendencí k ochabování, protahování svalů s tendencí ke zkracování a cviky pro napřímené držení těla. Cvičení je přizpůsobeno úrovni skupiny a lze zařadit i posilovací cvičení na problematické partie zejména žen.

KONDIČNÍ CHŮZE

Chůze je nejpřirozenější způsob pohybu. Je ideálně zvolenou pohybovou aktivitou pro každý věk. Aby měla chůze přínos pro naše zdraví, je vhodné ji provádět v kondičním tempu s rychlostí pohybu 5-9 km/h a frekvencí 120-150 kroků/min. Kondiční chůzi lze provádět prakticky kdekoli a kdykoli. Důležitá je vhodná obuv (Škopek, 2010).

Pacienti Psychiatrické léčebny ve Šternberku ji nemohou bez souhlasu opustit, proto ke kondiční chůzi využívají areál, který mimo jiné nabízí přímo kondiční stezku. Tu lze projít i s vypůjčením speciálních holí pro Nordic walking.

BĚH

Běh je pro náš organismus mnohem náročnější než chůze. Při běhu se zrychluje dech i srdeční činnost a komplexní pohyb zatíží tělo více než procházka. Důležité je dbát na správnou techniku běhu. Obzvláště pro starší osoby a osoby s nadváhou se doporučuje začínat chůzí nebo tzv. indiánským během a to z důvodu rizika zranění. Běh je v současnosti velmi populární především ve formě různých hromadných běhů, závodů a půlmaratonů.

Před samotným během je důležité věnovat pozornost rozcvičení, jako prevenci úrazů pohybového ústrojí. Pacienti Psychiatrické léčebny ve Šternberku mohou pro běh využít kondiční stezky a odborné průpravy.

PŘEHAZOVANÁ

Přehazovaná je vhodnou přípravou pro volejbal, ze kterého vychází. Jedná se o kolektivní hru pro 6 hráčů v poli. Hřiště je shodné s hřištěm na volejbal (9x18 m), čáry jsou součástí hřiště. Síť dělicí hřiště na dvě poloviny je volejbalová, výška sítě je 210 cm. Hraje se s volejbalovým míčem. Družstvo může být smíšené, dívčí nebo chlapecké. Před zahájením utkání se losuje výběr strany. Utkání se hraje na 2 vítězné sety do 15 bodů s rozdílem

minimálně dvou bodů. Míč je možné chytit rukama nebo odrazit některou částí těla. S míčem lze udělat pouze 3 kroky a je možné ho odehrát při výskoku. S míčem je zakázáno běhat, držení míče je povoleno pouze na 5 sekund. Míč se nahrává jednoruč nebo obouruč vrchem. Jsou povoleny pouze 3 dotyky míče na družstvo, chycení nebo odraz. Hráči nesmějí vstoupit do soupeřova pole, přešlápnout středovou čáru, ani se dotknout sítě kteroukoli částí svého těla (Pravidla přehazované, n.d.).

VOLEJBAL

Volejbal je míčový sport, ve kterém se dvě družstva po 6 hráčích snaží odehrát míč na soupeřovu polovinu tak, aby ho soupeř nezpracoval a míč se dotkl země. Volejbal pochází z USA a dnes je populární po celém světě. Hrají ho muži i ženy.

Volejbal je hra pro dvě družstva na hřišti rozděleném sítí. Ve hře je vždy šest hráčů každého družstva, během setu se uskuteční maximálně šest střídání, vyjma tzv. libera. Utkání se hraje na 3 vítězné sety. Jednotlivé sety se hrají na 25 bodů. Vítězný počet bodů musí být s minimálním dvoubodovým rozdílem. Účelem hry je poslat míč přes síť na zem do pole a zabránit soupeřovi o totéž. V každém družstvu lze provést pouze tři odbití. Hřiště je obdélník o rozměrech 18x9 m, síť rozděluje hřiště na dvě poloviny. Míč musí být kulatý s povrchovou vrstvou kůže a duší z gumy. Hra začíná podáním, které se provádí ze zadní čáry. Při přehození sítě má družstvo na zpracování a připravení následného útoku 2 nahrávky na vlastní polovině a při 3 dotyku s míčem musí družstvo přehazovat na soupeře. Bránící tým může blokovat soupeřovu smeč tím, že vyskočí těsně u sítě s pažemi vztaženými proti síti (Volejbal, n.d.).

FLORBAL

Florbal se hraje na hřišti 20x40 m, které je ohraničeno mantinely vysokými 50 cm. Proti sobě hrají dvě družstva s pěti hráči v poli a brankářem. Hraje se 3x20 minut na dvě branky, přestávky jsou 10 minut. Hráči v poli mohou míček odehrát pouze hokejkou do úrovně kolen. Míček lze zpracovat nohou, ale nelze tak vstřelit gól. Hra tělem mezi hráči se toleruje. Hra hlavou nebo výskok je zakázaný. Brankář hokejku nepoužívá a může míček odrazit kteroukoli částí těla nebo ho chytit, pokud stojí ve vymezeném brankovišti, nesmí dostat nahrávku od spoluhráče a při výhozu se míček musí dotknout své poloviny hřiště (Pravidla florbalu, n.d.).

FOTBAL

Fotbal (česky kopaná) je velmi populární kolektivní míčová hra. Hrají dvě družstva po jedenácti hráčích proti sobě. Hrací plocha musí být obdélníková, pomezí čára musí být vždy delší než čára branková. Délka maximálně 120 m, minimálně 90 m. Šířka maximálně 90 m a minimálně 45 m. Hrací plocha musí být vyznačena viditelnými čarami. Středová čára dělí hřiště na dvě poloviny a uprostřed je vyznačena středová značka spolu se středovým kruhem. Na obou koncích je vyznačeno brankové a pokutové území. V každém rohu hrací plochy se nachází praporek. Každé družstvo má nejvýše jedenáct hráčů včetně brankaře. Utkání se hraje na dva poločasy po 45 minutách. Před zahájením utkání losují družstva minci a to, které vyhraje, určuje branku, na kterou bude v prvním poločase útočit. Druhé zahajuje utkání výkopem (Stručná pravidla fotbalu, n.d.).

6 ZÁVĚRY

Hlavním cílem této práce je určit preference pacientů v oblasti vybraných pohybových aktivit realizovaných v psychiatrické léčebně ve Šternberku. Tento cíl se podařilo naplnit. Výsledky jsou graficky zpracovány a budou poskytnuty Psychiatrické léčebně ve Šternberku a terapeutovi volnočasových aktivit Davidu Hubáčkovi pro další zpracování. Důležitou součástí těchto výsledků jsou faktory, které preference ovlivňují. Teoreticky je tato problematika popsána v kapitole 2.3 Preference, z výsledků je potom patrné, že s těmito faktory se dá dále pracovat. Některé lze ovlivnit snadno, a to volbou vhodných a preferovaných aktivit pro danou skupinu, jiné jsou ovlivnitelné hůře z důvodu komplexního pohledu léčebny na volnočasové aktivity pro pacienty. Jedná se o stanovený časový rozvrh, tedy časovou dotaci pro jednotlivá oddělení a postavení volnočasových aktivit v systému terapií. S reformou psychiatrické péče úzce souvisí i terminologické zakotvení volnočasových aktivit do systému terapií a nároky na vzdělání terapeuta volnočasových aktivit. Ovlivňujícím faktorem je také samotná skupina a vlivy jednotlivých diagnóz na pacienty.

Dílčím cílem této práce je sestavení databáze pohybových aktivit realizovaných v rámci volnočasových aktivit v Psychiatrické léčebně ve Šternberku. Tyto volnočasové aktivity probíhají paralelně s ostatními terapiemi. Tento cíl se podařilo naplnit. Výsledkem je databáze pohybových aktivit obsahující stručný popis pravidel a průběhu hry a jednotlivé popisy jsou doplněny o specifika v rámci realizace v Psychiatrické léčebně ve Šternberku. Databáze může sloužit jako podklad pro sestavování volnočasových aktivit pro osoby s duševním onemocněním.

Stanovené výzkumné otázky:

- Jaké mohou být faktory ovlivňující preference pacientů Psychiatrické léčebny ve Šternberku?

Teoretické podklady pro tuto problematiku byly zpracovány v rámci kapitoly 2.3 Preference této práce. Pokud budeme vycházet z Ekologického modelu vlivu (obr. 1) jsou u osob s duševním onemocněním na prvním místě motivy intrapersonální. Zde se nejvíce projeví aspekty duševního onemocnění a tím může být ovlivněn celý přístup k trávení volného času formou pohybových aktivit a ochota k účasti na volnočasových aktivitách nabízených Psychiatrickou léčebnou ve Šternberku. Dalšími faktory zasahujícími

do preferencí pacientů jsou společenské a demografické faktory. Vnímání společností, stigmatizace a samotné postoje společnosti vůči osobám s duševním onemocněním mohou být ovlivňujícím faktorem při výběru trávení volného času. Významný vliv má vznik komunit za zdmi léčeben, které vytváří podpůrné zázemí pro pacienty, a i po propuštění se sem pacienti vracejí pro podporu a pochopení u ostatních. V trávení volného času se tyto komunity často věnují různým turnajům a soutěžím. Mezi další faktory ovlivňující preference pacientů v Psychiatrické léčebně ve Šternberku patří samotné zázemí léčebny. Jedná se o možnosti pacientů využít prostorů pro pohybovou aktivitu i mimo stanovené časy terapií. Mezi další faktory můžeme zařadit celkový zdravotní stav a tělesnou kondici, sociální zázemí pacientů, úroveň vykonávané pohybové aktivity před hospitalizací, vztahy na odděleních a v neposlední řadě také vztah k osobě organizátora volnočasových aktivit (jeho postoje, vyjadřování, přístup atd.)

- Jaký je přínos realizovaných volnočasových aktivit pro pacienty v Psychiatrické léčebně ve Šternberku?

Volnočasové aktivity jsou připravovány pro skupiny pacientů dle jednotlivých oddělení. Vzhledem k nízké časové dotaci a heterogenitě jednotlivých skupin nelze přímo zacílit na rozvoj jednotlivých dovedností a schopností z oblastní pohybových aktivit. U jednotlivých pacientů se také liší délka pobytu, nastupují a jsou propouštěni v různých termínech. Nelze tedy spoléhat ani na stálost stejných účastníků ve skupinách. Je tedy důležité zacílit na vytvoření pozitivního vztahu k pohybovým aktivitám a aktivnímu trávení volného času. A dále umožnit pacientům se zúčastnit volnočasových aktivit dle svých možností s přesahem do jejich volného času a pracovat s jejich motivací pro vykonávání těchto činností. Přínosem také může být navazování přátelství a důvěry při aktivním trávení volného času.

- Jaký vliv má terminologie v oblasti terapií a pohybových aktivit na problematiku realizace volnočasových aktivit v Psychiatrické léčebně ve Šternberku?

Tento vliv je patrný zejména ve vymezení kompetencí a časové dotaci pro jednotlivé bloky pohybových aktivit. Oblast terapií má obrovský význam při komplexní léčbě duševního onemocnění. Pokud by pohybové aktivity vykonávané v rámci psychoterapie vzešly více v povědomí lékařských i nelékařských pracovníků Psychiatrické léčebny ve Šternberku a byly by podloženy literaturou a výzkumem, dalo by se pracovat na větší

časové dotaci a výzkumu v oblasti vlivu jednotlivých pohybových aktivit na duševní onemocnění. Psychomotorická terapie by se tak stala součástí léčby, tak jak je tomu třeba u ergoterapie apod. S tím úzce souvisí i stanovení pracovníků pro realizaci psychomotorické terapie.

Doporučení pro praxi

Z pozice studenta aplikovaných pohybových aktivit a osoby se zájmem v oblasti aplikovaných pohybových aktivit a duševního onemocnění spatřuji potenciál v možnosti praxe našich studentů v Psychiatrické léčebně ve Šternberku. V rámci výuky v oblasti psychiatrie a aplikovaných pohybových aktivit lze díky odborníkům z oboru psychiatrie a znalostem z oblasti pohybových aktivit z dalších předmětů vzdělávat odborníky na tuto problematiku a potencionální zaměstnance psychiatrických léčeben, kteří budou nejen prakticky vytvářet programy pohybových aktivit pro pacienty léčeben, ale budou se také zabývat výzkumem, terminologií a celkovým přínosem pohybových aktivit na duševní zdraví.

7 SOUHRN

V této práci byly zjištěny preference pacientů v Psychiatrické léčebně ve Šternberku. Dle dostupných výsledků jsou preference ovlivněny vnitřními i vnějšími faktory, na kterých se podílí samotní pacienti, prostředí léčebny i systém dostupnosti pohybových aktivit v psychiatrických léčebnách v České republice. Nejpreferovanější pohybovou aktivitou je stolní tenis, dále kondiční chůze, běh, skupinová cvičení, badminton, pétanque, kubb, kriket, přehazovaná, volejbal, florbal, fotbal a nohejbal. Bylo zjištěno, že tyto preference jsou přímo ovlivněny zastoupením žen a mužů ve skupině respondentů. Preference žen jsou v pořadí skupinová cvičení, stolní tenis, kondiční chůze, běh, badminton, pétanque, kubb, kriket, přehazovaná, volejbal, florbal, fotbal, nohejbal. Zatímco preference mužů jsou následně v pořadí stolní tenis, florbal, fotbal, nohejbal, přehazovaná, volejbal, badminton, kondiční chůze, běh, skupinová cvičení, pétanque, kubb, kriket.

Sestavená databáze pohybových aktivit realizovaných v rámci volnočasových aktivit v Psychiatrické léčebně ve Šternberku je souhrnem popisu stručných pravidel a průběhu jednotlivých aktivit. Jednotlivé pohybové aktivity se v rámci jednoho bloku prolínají. Tuto databázi lze použít pro sestavování pohybových aktivit v rámci volného času pro osoby s duševním onemocněním.

Doplňující avšak významný přínos k celkové problematice mají zodpovězené výzkumné otázky.

8 SUMMARY

This thesis explored the preferences of the patients from Šternberk Psychiatric Hospital. According to the available results these preferences are influenced by internal and external factors on which the patients themselves, the environment of the hospital and the system of physical activities in psychiatric hospitals of the Czech Republic participate. The most sought-after activity is table tennis, followed closely by fitness walking, running, group exercises, badminton, pétanque, kubb, croquet, catch, volleyball, floorball, football and football tennis, in this specific order. It was found that these preferences are influenced greatly by the percentage of men and women in the respondent group. Women's preferences are in this order: group exercises, table tennis, fitness walking, running, badminton, pétanque, kubb, croquet, catch, volleyball, floorball, football and football tennis. However, the preferences of men have been found to be in this order: table tennis, floorball, football, football tennis, catch, volleyball, badminton, fitness walking, running, group exercises, pétanque, kubb, croquet.

The database of physical activities that are realized during the leisure time activities in the Šternberk Psychiatric Hospital is the sum of the rules and processes of individual activities. Physical activities within each block overlap. The purpose and usefulness of this database lies in the potential to construct physical activities and programmes for the leisure time of people with mental illnesses.

The field of study should benefit from the answered research questions overall.

9 REFERENČNÍ SEZNAM

Asociace českomoravského kroketu. (2004). *Pravidla*. Retrieved 14. 8. 2004 from the World Wide Web: http://www.krocket.org/pravidla/9wicket_pravidla.php.

Anonymous (n. d.). *Pravidla nohejbalu*. Retrieved 22. 2. 2016 from the World Wide Web: <https://www.sportex.cz/clanky/pravidla-nohejbalu/>.

Anonymous (n. d.). *Stručná pravidla badmintonu*. Retrieved 5. 1. 2012 from the World Wide Web: http://www.badmintonweb.cz/strucna_pravidla_badmintonu.htm.

Anonymous (n. d.). *Volejbal*. Retrieved 12. 3. 2018 from the World Wide Web: <http://volejbal.adamovsky.eu/pravidla.htm>.

Bajer, P. (2008). Sociální práce s lidmi s duševní nemocí. *Sociální práce, 1(2008), 1-3*.

Bunc, V. (2006). Energetická náročnost pohybových aktivit a její využití pro ovlivňování tělesné hmotnosti. In R. Vobr, (Ed.), *Disportare* (p. 9714). České Budějovice: Jihočeská univerzita.

Česká asociace pétanque klubů. (n. d.). *Pravidla pétanque*. Retrieved 9. 3. 2018 from the World Wide Web: <http://petanque.cstv.cz/>.

Česká asociace stolního tenisu. (n. d.). *Pravidla stolního tenisu*. Retrieved 4. 3. 2010 from the World Wide Web: <http://www.pingpong.cz/911.htm>.

Fraser, S., Brown, W., Whiteford, H., Burton, N. (2014). Physical activity preferences and attitudes in adults with mental illness at a private psychiatric hospital. *Journal of Science and Medicine in Sport, 37(18), 136-162*.

Fraser, S., Chapman, J., J., Brown, W., Whiterford, H., Burton, N. (2015). Physical activity attitudes and preferences among inpatient adults with mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing, 24, 413–420*.

- Hátlová, B., Ségard-Adámková, M., Wedlichová, I., Louková, T., Bašný, Z. (2014). Historická a teoretická východiska psychomotorické terapie. *Československá psychologie*, 1(8), 82-94.
- Happell, B., Scott, D., Platania-Phung, Ch., Nankivell, J. (2012). Nurses' views on physical activity for people with serious mental illness. *Mental health and physical activity*, 5 (2012), 4-12.
- Heesch, K., van Gellecum, Y., van Uffelen, J., Burton, N., Brown, W. (2014). Relationships between physical activity, walking and health-related quality of life in women with depressive symptoms. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 37(18), 136-162.
- Hodaň, B. (1997). *Úvod do teorie tělesné kultury*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Hodaň, B. (2006). *Sociokulturní kinantropologie I. Úvod do problematiky*. Brno: Masarykova univerzita.
- Hodaň, B. (2007). *Sociokulturní kinantropologie II. Systémové pojetí tělesné kultury*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Hodgson, H., M., McCulloch, H., P., Fox, K., R. (2011). The experiences of people with severe and enduring mental illness engaged in a physical activity programme integrated into mental health service. *Mental health and physical activity*, 4 (2011), 23-29.
- Hovorková, L. (2012). *Pohybová aktivita v psychiatrických léčebnách*. Diplomová práce, Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.
- Jankovský, J., Pfeiffer, J., Švestková, O. (2005). *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita.
- Kubb. (2007). *Pravidla*. Retrieved 22. 3. 2007 from the World Wide Web: <http://www.kubb.cz/pravidla/>.

Kudláček, M., & Frömel, K. (2012). *Sportovní preference a pohybová aktivita studentek a studentů středních škol*. Olomouc: Univerzita Palackého.

Linduška, P. (2016). *Pohybová aktivita a sportovní preference studentů Univerzity Palackého v Olomouci*. Diplomová práce, Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.

Máhrová, G., Venglářová, M. (2008). *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada.

Martikainen, S., Pesonen, A., Lahti, J., Heinonen, K., Tammelin, T., Kajantie, E., Eriksson, J., Strandberg, T., Rääkkönen, K. (2012). Physical activity and psychiatric problems in children. *The journal of pediatric*, 161, 160-162.

Ministerstvo zdravotnictví (2013).

Ministerstvo zdravotnictví (2014). *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. Praha: Geoprint.

Ministerstvo zdravotnictví (2018). *Rozhovor s Ministrem zdravotnictví*. Retrieved 19. 4. 2018 from the World Wide Web: http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministr-vojtech-v-rozhovoru-pro-zdravotnicky-denik-predstavil-sve-priority_14638_3693_1.html.

Psychiatrie (2016). *Česká psychiatrická společnost*. Retrieved 5. 4. 2014 from the World Wide Web: <https://www.psychiatrie.cz/index.php/reforma>.

Psychiatrie (2018). *Psychiatrická společnost ČLS JEP*. Retrieved 24. 3. 2010 from the World Wide Web: <https://www.psychiatrie.cz/index.php/kdo-jsme-co-chceme-co-muzeme>.

Psychiatrická léčebna Šternberk (2016). *Z historie psychiatrické léčebny Šternberk*. Retrieved 28. 1. 2010 from the World Wide Web: <https://www.plstbk.cz/index.php/z-historie-psychiatricke-lecebny-sternberk>.

Psychiatrická léčebna Šternberk (2018). *Mapa areálu*. Retrieved 18. 5. 2014 from the World Wide Web: <https://www.plstbk.cz/index.php/mapa-arealu>.

Praško, J. (2003). *Psychiatrie pro střední zdravotnické školy*. Praha: Informatorium.

Stejskal, P. (2004). *Proč a jak se zdravě hýbat*. Břeclav: Presstempus.

Synková, L. (2009). *Ucelená rehabilitace u osob s duševním onemocněním*. Diplomová práce, Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, České Budějovice.

ÚZIS (2018). *WHO, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR*. Retrieved 3. 7. 2018 from the World Wide Web: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.

Wright, A., K., Everson-Hock, E., Taylor, H. (2009). The effect of physical activity on physical and mental health among individuals with bipolar disorder: A systematic review. *Mental health and physical activity*, 2, 86-94.

World Health Organisation (2004). *Ztracená léta života v důsledku nemoci*. Retrieved 10. 5. 2016 from the World Wide Web: [http://www.who.cz/ztracená léta života v důsledku nemoci](http://www.who.cz/ztracená_léta_života_v_důsledku_nemoci).

World Health Organization (2018). *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva: WHO.

10 PŘÍLOHY

Příloha 1. Informovaný souhlas.



Fakulta
tělesné kultury

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Název studie (projektu): PREFERENCE POHYBOVÝCH AKTIVIT U OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM HOSPITALIZOVANÝCH V PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNĚ VE ŠTERNBERKU (diplomová práce)

Jméno:

Účastník je do studie zařazen pod číslem:

1. Já, níže podepsaný(á) souhlasím se svou účastí na výzkumném šetření.
2. Byl(a) jsem podrobně informován(a) o cíli studie, o jejích postupech, a o tom, co se ode mě očekává. Beru na vědomí, že prováděná studie je výzkumnou činností.
3. Porozuměl(a) jsem tomu, že účast ve studii mohu kdykoli přerušit či ze studie odstoupit. Účast ve studii je dobrovolná.
4. Při zařazení do studie budou osobní data uchována s plnou ochranou důvěrnosti dle platných zákonů ČR. Je zaručena ochrana důvěrnosti osobních dat. Při vlastním provádění studie mohou být osobní údaje poskytnuty jiným subjektům pouze bez identifikačních údajů, tzn. anonymní data pod číselným kódem. Rovněž pro výzkumné a vědecké účely mohou být moje osobní údaje poskytnuty pouze bez identifikačních údajů nebo s mým výslovným souhlasem.
5. Porozuměl jsem tomu, že mé jméno se nebude nikdy vyskytovat v referátech o této studii. Já naopak nebudu proti použití výsledků z této studie.

Podpis účastníka:

Datum:

Příloha 2. Anketa vlastní konstrukce.



Fakulta
tělesné kultury

ANKETA VLASTNÍ KONSTRUKCE

určena pacientům Psychiatrické léčebny ve Šternberku

Vážený pane, vážená paní,

dovolte mi Vás oslovit jako cenný zdroj informací pro výzkum v oblasti preference pohybových aktivit.

Jmenuji se Lenka Hovorková a jsem studentkou Univerzity Palackého v Olomouci, fakulty tělesné kultury, obor aplikované pohybové aktivity.

Tato krátká anketa je anonymní a získané výsledky budou použity jako výzkumný podklad pro diplomovou práci s názvem Preference pohybových aktivit u osob s duševním onemocněním v psychiatrické léčebně ve Šternberku. Celkové výsledky budou nabídnuty Psychiatrické léčebně ve Šternberku k optimalizaci a inovaci plánovaných činností v oblasti pohybových aktivit.

Věk: _____

Pohlaví: muž - žena

Oddělení: _____

V tabulce na další straně se nachází 28 políček, z nichž každé obsahuje dvě pohybové aktivity (nebo skupinu pohybových aktivit). Z dvojice vždy zakroužkujte možnost, kterou preferujete před druhou možností.

Ukázka:

<p>MOŽNOST 1</p> <p>^</p> <p>MOŽNOST 2</p>
--

Některé pohybové aktivity jsou uváděné ve skupině z důvodu výběru vhodných aktivit sportovním terapeutem. Ze skupiny pohybových aktivit vyberte tu, se kterou máte zkušenost a tu porovnejte s možností 2.

PETANQUE, KUBB, KROKET X NOHEJBAL	NOHEJBAL X BADMINTON	BADMINTON X STOLNÍ TENIS	SKUPINOVÁ CVIČENÍ X KONDIČNÍ CHŮZE, BĚH
BADMINTON X PŘEHAZOVANÁ, VOLEJBAL	STOLNÍ TENIS X PETANQUE, KUBB, KROKET	PŘEHAZOVANÁ, VOLEJBAL X NOHEJBAL	PETANQUE, KUBB, KROKET X BADMINTON
KONDIČNÍ CHŮZE, BĚH X PETANQUE, KUBB, KROKET	PŘEHAZOVANÁ, VOLEJBAL X SKUPINOVÁ CVIČENÍ	PETANQUE, KUBB, KROKET X SKUPINOVÁ CVIČENÍ	FLORBAL, FOTBAL X NOHEJBAL
SKUPINOVÁ CVIČENÍ X NOHEJBAL	KONDIČNÍ CHŮZE, BĚH X BADMINTON	NOHEJBAL X KONDIČNÍ CHŮZE, BĚH	STOLNÍ TENIS X SKUPINOVÁ CVIČENÍ
STOLNÍ TENIS X PŘEHAZOVANÁ, VOLEJBAL	PŘEHAZOVANÁ, VOLEJBAL X FLORBAL, FOTBAL	FLORBAL, FOTBAL X SKUPINOVÁ CVIČENÍ	STOLNÍ TENIS X KONDIČNÍ CHŮZE, BĚH
FLORBAL, FOTBAL X PETANQUE, KUBB, KROKET	SKUPINOVÁ CVIČENÍ X BADMINTON	KONDIČNÍ CHŮZE, BĚH X PŘEHAZOVANÁ, VOLEJBAL	FLORBAL, FOTBAL X STOLNÍ TENIS
BADMINTON X FLORBAL, FOTBAL	PŘEHAZOVANÁ, VOLEJBAL X PETANQUE, KUBB, KROKET	NOHEJBAL X STOLNÍ TENIS	KONDIČNÍ CHŮZE, BĚH X FLORBAL, FOTBAL

Pokud Vám není něco jasné, ptejte se.

Děkuji za Váš čas.

Lenka Hovorková, 2018

Příloha 3. Žádost etické komise Psychiatrické léčebny ve Šternberku.



Fakulta
tělesné kultury

ŽÁDOST PRO ETICKOU KOMISY

Název: PREFERENCE POHYBOVÝCH AKTIVIT U OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM HOSPITALIZOVANÝCH V PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNĚ VE ŠTERNBERKU

Forma projektu: DIPLOMOVÁ PRÁCE

Autor: LENKA HOVORKOVÁ

Vedoucí práce: MGR. ONDŘEJ JEŠINA, PH.D.

Konzultant: DAVID HUBÁČEK

Žádám tímto o souhlas etické komise psychiatrické léčebny ve Šternberku s výzkumným šetřením v oblasti pohybových aktivit osob s duševním onemocněním. Cílem diplomové práce je zjistit preference k pohybovým aktivitám u dospělých osob s duševním onemocněním hospitalizovaných v psychiatrické léčebně ve Šternberku. Šetření bude probíhat anketou vlastní konstrukce, obsahující techniku párového srovnávání určujícího preference vybraných pohybových aktivit. Součástí je informovaný souhlas. Výsledky budou k dispozici terapeutovi volnočasových aktivit v psychiatrické léčebně ve Šternberku a konzultantovi této práce Davidu Hubáčkovi k optimalizaci a inovaci plánových činností v oblasti pohybových aktivit.

Příloha 1: Informovaný souhlas

Příloha 2: Anketa vlastní konstrukce

Příloha 4. Týdenní rozvrh volnočasových aktivit pro jednotlivá oddělení.

	6.30 - 7.00	7.00 - 7.30	7.30 - 8.00	8.00 - 8.30	8.30 - 9.00	9.00 - 9.30	9.30 - 10.00	10.00 - 10.30	10.30 - 11.00	11.00 - 12.00	12.00 - 13.00	13.00 - 13.30	13.30 - 14.00	14.00 - 14.30	14.30 - 15.00	15.00 - 15.30	15.30 - 16.00	16.00 - 16.30
Po	17 odd				21A tělocvična		15B tělocvična		o			23A odd						
Út	17 odd				21A tělocvična		1 odd		o			21A tělocvična	5A těl.	17 odd.		17 tělocvična		
St	17 odd			17 odd,v	7A,B tělocvična		3B tělocvična		o			23B odd	21B tělocvična	Sportovní hry tělocvična				
Čt	17 odd				21A tělocvična		7A,B tělocvična		3B těl	o		5A těl.	17 odd		5B tělocvična			
Pá	17 odd			17 odd,v	15A tělocvična		21B tělocvična		3B těl	o		21A tělocvična						

Příloha 5. Mapa areálu Psychiatrické léčebny ve Šternberku.

