

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**LÉČEBNÁ TĚLESNÁ VÝCHOVA JAKO SOUČÁST KOMPLEXNÍ
TERAPIE ŽEN LÉČÍCÍCH SE ZE ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU**

Bakalářská práce

Autor: Gabriela Keharová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Ing. Hana Konečná, Ph.D.

Datum odevzdání: 4. 5. 2011

Abstrakt

Téma této práce zní: „Léčebná tělesná výchova jako součást komplexní terapie žen léčících se ze závislosti na alkoholu.“ Závislostí na alkoholu trpí v České republice desítky tisíc lidí, z nichž je 25% mužů a 10% žen.

V první části bakalářské práce jsou charakterizovány obecné znaky závislosti a alkoholismus jako takový. Hlavní část práce a výzkum jsou zaměřeny na ženský alkoholismus. Výzkum probíhal za spolupráce 5 pacientek, které se léčily ze závislosti na alkoholu v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr. Testovaná skupina pacientek byla zkoumána po dobu necelých 3 měsíců. Cílem práce bylo sledování vlivu léčebné tělesné výchovy na fyzické a duševní zdraví abstinujících žen. Byly položeny 3 výzkumné otázky: Zlepší se celková tělesná kondice abstinujících žen po absolvování dvaceti cvičebních jednotek? Budou se abstinující ženy cítit po cvičení psychicky lépe? Ovlivní pravidelné cvičení spánkový režim abstinujících žen?

Cvičení se zaměřovala na zlepšení kondice a rovnováhy, relaxační cvičení. Pro zjištění efektu byl použit semistrukturovaný rozhovor se ženami a pozorování. Data byla vyhodnocena kvalitativní obsahovou analýzou.

U všech pacientek došlo ke zlepšení tělesné kondice, které záviselo na počtu absolvovaných cvičebních jednotek. S tělesnou zdatností souvisí i rovnovážné schopnosti, které se také více či méně zlepšily. Výsledky dotazníků, jež pacientky během výzkumu vyplňovaly pro zjištění efektu cvičení na spánek, prokázaly, že cvičení v rámci výzkumu neovlivnilo jejich spánkový režim. Všechny pacientky byly zainstruovány k domácímu cvičení a pokračování v kinezioterapii. Ke zjištění efektu cvičení byla vybrána kontrolní skupina 5 žen léčících se ze závislosti na alkoholu, které se neúčastnily CJ.

Na základě kladných odpovědí na první dvě výzkumné otázky a porovnání naměřených hodnot zkoumané skupiny s výsledky kontrolní skupiny je možné potvrdit pozitivní vliv léčebné tělesné výchovy na fyzické i duševní zdraví abstinujících žen.

Tato práce bude sloužit jako podklad pro úvahy o pevném začlenění LTV do komplexní terapie žen léčících se ze závislosti na alkoholu.

Abstract

The topic of the thesis is: „Physiotherapy as a Part of Complex Therapy of Women Treated for Alcoholism”. Tens of thousands of people, namely 25 % of men and 10 % of women suffer from alcohol addiction in the Czech Republic.

The first part of the Bachelor Thesis characterizes general attributes of addiction and alcoholism as such. The main part of the work and the research are focused on women's alcoholism. The research was performed in cooperation with 5 patients treated for alcohol addiction in the Psychiatric Clinic Červený Dvůr. The tested group of patients was monitored for less than 3 months. The aim of the work was to monitor the influence of therapeutic physical training on physical and mental health of women abstaining from alcohol. Three research questions were asked: Will the overall fitness of abstaining women improve after taking twenty training units? Will the women feel better after the training? Will regular exercise influence the sleep regime of the abstaining women?

The exercises were focused on improvement of condition and balance, relaxation exercises. Semi-structured interview with the women and monitoring were involved to examine the effect. The data were processed by means of qualitative content analysis.

Improvement of fitness depending on the number of the undertaken exercise units was seen in all the patients. The balance abilities, which also more or less improved, relate to the fitness. The results of the questionnaires filled in by the patients during the research to examine the effect of the exercises on sleep showed that the exercises within the research had no influence on the sleep regime. All the patients were instructed in home exercising followed by kinesiotherapy. A control group of five women treated from alcohol addiction not participating in the exercises was chosen for examination of the exercise effect.

Upon positive replies to the first two research questions, and comparison of the values measured in the research group and those measured in the control group the positive influence of therapeutic physical training on physical and mental health of women abstaining from alcohol may be confirmed.

This work will serve as an input for consideration of permanent integration of physiotherapy in complex therapy of women treated for alcoholism.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Léčebná tělesná výchova jako součást komplexní terapie žen léčících se ze závislosti na alkoholu“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou, ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Souhlasím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 4. 5. 2011

.....
Gabriela Keharová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí práce doc. PhDr. Ing. Haně Konečné, Ph.D. za její cenné rady a připomínky, které mi poskytla ke zpracování bakalářské práce. Dále děkuji pacientkám, které se zúčastnili mého výzkumu za ochotu, čas a dokonalou spolupráci. V neposlední řadě patří poděkování vedení a ošetrovatelskému týmu Psychiatrické léčebny Červený Dvůr za možnost a poskytnutí prostorů k provedení výzkumu.

Obsah

Úvod	9
1. Současný stav	10
1.1 Závislost	10
1.1.1 Definice závislosti	10
1.1.2 Znaky závislosti.....	10
1.1.3 Druhy závislostí.....	12
1.2 Alkoholismus.....	13
1.2.1 Alkohol	13
1.2.2 Faktory vzniku alkoholismu.....	18
1.2.3 Vývoj závislosti na alkoholu.....	19
1.2.4 Možnosti léčby alkoholismu	21
1.3 Alkoholismus žen.....	24
1.3.1 Specifika alkoholismu žen	25
1.3.2 Alkoholismus žen a rodina.....	26
1.3.3 Společenská tolerance alkoholismu žen	27
2. Cíl práce a výzkumné otázky	29
2.1 Cíle	29
2.2 Výzkumné otázky	29
3. Metodika	30
3.1 Použité metody	30
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru.....	30
4. Výsledky	31
4.1 Kazuistika č. 1	31
4.2 Kazuistika č. 2	34
4.3 Kazuistika č. 3	37
4.4 Kazuistika č. 4	40
4.5 Kazuistika č. 5	43
4.6 Průběh terapie	46
4.6.1 Rozbor CJ.....	46

4.6.2 Výstupní vyšetření.....	47
4.6.2.1 Pacientka A.....	47
4.6.2.2 Pacientka B.....	50
4.6.2.3 Pacientka C.....	53
4.6.2.4 Pacientka D.....	56
4.6.2.5 Pacientka E.....	59
4.6.3 Kontrolní skupina.....	62
4.6.3.1 Porovnání výsledků kontrolní a zkoumané skupiny.....	63
5. Diskuze.....	65
6. Závěr.....	68
7. Seznam použitých zdrojů.....	69
8. Klíčová slova.....	74
9. Seznam použitých zkratek.....	75
10. Seznam příloh.....	76

Úvod

Alkohol je látka, se kterou je spojena spousta otázek. Kdy? Proč? S kým? Lidé jsou odjakživa velice zvědaví, proto hledají odpovědi na tyto otázky. Někteří pijí alkoholické nápoje s přáteli při slavnostní příležitosti, když chtějí mít dobrou náladu, druzí jimi zapíjí o samotě žal. Následky působení alkoholu jsou však u všech stejné. Alkohol poškozují fyzické i duševní zdraví, způsobuje rodinné a společenské problémy. Podle vztahu k alkoholu je možné každého zařadit do jedné ze skupin: „abstinent“, „občasný konzument“, „píják“, „závislý“.

Závislostí na alkoholu trpí v České republice desítky tisíc lidí. Statistiky, které vypracovali odborníci pod vedením doktora Csémyho uvádí alarmující počet 550 tisíc závislých na alkoholu v roce 2010. V přepočtu má v ČR problémy s alkoholem 25% mužů a 10% žen.¹

V bakalářské práci se zabývám alkoholismem jako takovým. Hlavní část práce a výzkum jsou zaměřeny na ženský alkoholismus, který je v naší společnosti stále do jisté míry tabu, přestože alkoholiček přibývá. Alkoholismus žen má svá specifika ve vzniku, vývoji, následcích fyzických, psychických i společenských. Pokud je léčba závislosti zahájena včas, ženy ji většinou kladně přijímají a přináší dobré výsledky. Existuje několik typů psychiatrických zařízení s různorodými programy léčby.

Cílem této práce je sledování vlivu léčebné tělesné výchovy, jako nezbytné složky léčebného programu, na zdraví abstinujících žen. Téma práce jsem si vybrala, protože léčba alkoholismu ve spojitosti s fyzioterapií není obvyklá. S psychiatrickým pacientem se můžeme setkat v léčebnách, kde se fyzioterapie neprovádí, přestože odborně a pravidelně vedená cvičení posilují fyzické i duševní zdraví. Na ženy jsem se zaměřila, protože mají obvykle cvičení spojené s krásou, zábavou, zdravím, uvědoměním a skrz tyto hodnoty je možné posílit i jejich fyzické schopnosti a duševní stabilitu.

¹ MLČOCH, Z. *Alkoholik. cz* [online]. 10. 7. 2009 [cit. 2011-04-25]. Úvod. URL: <<http://www.alkoholik.cz/zavislost/>>.

1. Současný stav

1.1 Závislost

1.1.1 Definice závislosti

10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí uvádí: „Závislost je soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládnání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritizace užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav.“²

Nešpor doplňuje, že diagnostika závislosti na droze se může stanovit, až pokud u jedince došlo během jednoho roku ke třem nebo více znakům závislosti.

1.1.2 Znaky závislosti

Silná touha nebo pocit puzení užívat látku (craving, bažení), potíže v sebeovládání, tělesný odvykací stav, růst tolerance, zanedbávání jiných potěšení či zájmů, pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků, jsou hlavními znaky závislosti, které zdůrazňuje ve své knize Nešpor.³

a) Craving, bažení

Craving popisuje Popov jako dychtivost po droze, kterou závislý není schopen ovládnout.⁴ Podle Nešporovy definice má dychtivost oproti prostému chtění zcela jiné projevy, kterými jsou například aktivace určitých částí mozku, oslabená paměť, zhoršený postřeh, abnormální nález elektrické aktivity sítnice, zvýšená tepová frekvence

² WHO/ÚZIS ČR. *MKN-10 Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* [online]. 10. 3. 2010 [cit. 2010-12-11]. URL: <<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>>

³ NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 152 s. ISBN 80-7178-432-X.

⁴ POPOV, P. Závislost na alkoholu: Psychiatrie-závislosti. *Interní medicína pro praxi*. 2002, roč. 4, č. 10, s. 4-7. ISSN 1212-7299.

systolického krevního tlaku, vyšší aktivita potních žláz, snížená kožní teplota a vyšší slinění.

b) Potíže v sebevládní

Nešpor předpokládá souvislost potíží v sebevládní se znakem předchozím, cravingem. Rizikové prostředí může být spouštěčem bažení, které zhoršuje sebevládní. Do skupiny rizikových prostředí řadíme například restauraci, bar, rockový klub.⁵ V České republice je alkohol „legální drogou“, proto si mnohdy pacienti ze začátku léčby těžko přiznávají svoji závislost na alkoholu, když ho běžně konzumuje většina dospělé populace v naší zemi, jak zmiňuje Popov.⁶ Špatné sebevládní se kromě pobytu v rizikovém prostředí objevuje při dlouhodobém vyčerpání, únavě, úzkosti, při užívání jiné návykové látky než je ta, na které je pacient závislý, špatném vnímání sama sebe, neznalosti svých emocí.

c) Tělesný odvykací stav

Každá psychoaktivní látka má po vysazení při jejím předchozím dlouhodobém užívání typické odvykací příznaky. Bolesti hlavy, pocení, zrychlený tep, vyšší krevní tlak, epileptické záchvaty, nevolnost, zvracení, halucinace, nespavost, psychomotorický neklid, delirium tremens, Korsakova psychóza.

d) Růst tolerance

K dosažení stejného účinku návykové látky je jí potřeba vyšší množství, neboť stejné dávky mají nižší účinek, než tomu bylo na počátku užívání látky. Růst tolerance může vzniknout na podkladě nižší reaktivity centrálního nervového systému na návykovou látku.⁷

⁵ NEŠPOR, K. Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 152 s. ISBN 80-7178-432-X.

⁶ POPOV, P. Závislost na alkoholu: Psychiatrie-závislosti. Interní medicína pro praxi. 2002, roč. 4, č. 10, s. 4-7. ISSN 1212-7299.

⁷ NEŠPOR, K. Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 152 s. ISBN 80-7178-432-X.

e) *Zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů*

Zanedbávání zájmů pramení z upřednostnění užívání návykové látky a zvýšeného množství času k jejímu získávání.⁸

f) *Pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků*

Pacient musí být o škodlivosti návykové látky informován.⁹

1.1.3 *Druhy závislostí*

Závislosti rozdělujeme podle typu užívané látky. 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí uvádí následující druhy závislostí, které sdílejí společný jmenovatel a tím je psychoaktivní látka:

- „F10. poruchy vyvolané požíváním alkoholu,
- F11. poruchy vyvolané požíváním opioidů,
- F12. poruchy vyvolané požíváním kanabinoidů,
- F13. poruchy vyvolané užíváním sedativ nebo hypnotik,
- F14. poruchy vyvolané požíváním kokainu,
- F15. poruchy vyvolané požíváním jiných stimulancií,
- F16. poruchy vyvolané požíváním halucinogenů,
- F17. poruchy vyvolané užíváním tabáku,
- F18. poruchy vyvolané užíváním organických rozpouštědel,
- F19. poruchy vyvolané požíváním několika látek a požíváním jiných psychoaktivních látek.“¹⁰

Mezi nedrogové závislosti řadíme například patologické hráčství, závislost na moderních technologiích, krásě, práci, sexu a pornografii, patologickém nakupování.¹¹

⁸ WHO/ÚZIS ČR. *MKN-10 Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* [online]. 10. 3. 2010 [cit. 2010-12-11]. URL: <<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>>

⁹ POPOV, P. Závislost na alkoholu: Psychiatrie-závislosti. *Interní medicína pro praxi*. 2002, roč. 4, č. 10, s. 4-7. ISSN 1212-7299.

¹⁰ WHO/ÚZIS ČR. *MKN-10 Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* [online]. 10.3.2010 [cit. 2010-2-18]. URL: <<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>>

¹¹ KLIMEŠOVÁ, M. *Moderní nedrogové závislosti*: diplomová práce. Český Krumlov, 2010. 80 s.

Pavlovský dodává, že závislost na psychoaktivní látce může být fyzická či psychická. Fyzická závislost se projevuje několik dní, po vysazení či snížení dávky návykové látky, v podobě nepříjemných tělesných příznaků jako například třes, pocení, křeče, průjem. Psychická závislost přetrvává i několik let. Závislý má touhu po navození dalších příjemných duševních stavů.¹²

1.2 Alkoholismus

Popov charakterizuje alkoholismus jako nadměrnou konzumaci alkoholických nápojů.¹³

Americký lékař Benjamin Rush první popsal alkoholismus jako poruchu vůle v roce 1774 a tím tak dal podnět pro medicínsko-psychologické úvahy o alkoholu. Do této doby byly problémy s alkoholem odsuzované jako neřest či dílo ďábla. Pijáci alkoholu byli doživotně vylučováni ze společnosti do útulku společně s duševně nemocnými a zločinci.¹⁴

Termín „alkoholismus“ je připisován švédskému lékaři Manussu Hussovi, použil ho poprvé v roce 1849.¹⁵ Alkoholem se dále zabýval doktor Jellinek, který roku 1942 definoval dodnes platný model „onemocnění závislosti na alkoholu“. Roku 1968 byla závislost na alkoholu = alkoholismus, uznána zákonem jako choroba.¹⁶

1.2.1 Alkohol

Pojmenování alkohol pochází z arabštiny a znamená nejjemnější z jemného, jak uvádějí němečtí lékaři Göhlert a Kühn.¹⁷ Griffith popisuje alkohol jako chemickou látku, která je součástí alkoholických nápojů a její chemický vzorec je C₂H₅OH (etanol, etylalkohol). Alkohol je při pokojové teplotě bezbarvou kapalinou snadno

¹² PAVLOVSKÝ, P. Duševní poruchy vyvolané účinky psychoaktivních látek (F10-F19). In Pavlovský, P.; Malá, E. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. s. 51-57. ISBN 80-7178-700-0.

¹³ POPOV, P. Alkohol. In Kalina K. a kolektiv. *Drogy a dorgové závislosti 1: Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 151-157. ISBN 80-86734-05-6.

¹⁴ LINDENMEYER, J. *Závislost' od alkoholu*. Trenčín: F, 2009. 137 s. ISBN 978-80-88952-54-1.

¹⁵ POPOV, P. Alkohol. In Kalina K. a kolektiv. *Drogy a dorgové závislosti 1: Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 151-157. ISBN 80-86734-05-6.

¹⁶ LINDENMEYER, J. *Závislost' od alkoholu*. Trenčín: F, 2009. 137 s. ISBN 978-80-88952-54-1.

¹⁷ GÖHLERT, Fr.-Ch.; KÜHN, F. *Od návyku k závislosti*. 1. vyd. Praha: Ikar, 2001. 144 s. ISBN 80-7202-950-9.

míchatelnou s vodou. Ve své čisté formě má C_2H_5OH stahující účinky v ústech a odpornou chuť. Alkoholické nápoje vznikají pomocí výrobních procesů fermentace a destilace.¹⁸

Göhlert a Kühn vysvětlují, že alkohol se po požití vstřebává v žaludku, sliznicí v ústech, hltanu, hlavní množství však v tenkém střevě. Rychlost vstřebávání je závislá na přítomnosti jídla v trávicím traktu, na teplotě alkoholického nápoje a na přítomnosti oxidu uhličitého v něm. V lidském organismu se etylalkohol přemění hydrogenací na acetylaldehyd, následně na acetát a dále až na konečné produkty oxid uhličitý a vodu. Acetylaldehyd je hlavní látkou, která působí na mozek.¹⁹

Hned po požití alkoholu začíná jeho vstřebávání, největší část alkoholu je odbourána v játrech, část je vyloučena močí a zanedbatelný díl odejde z plic s vydechnutým vzduchem nebo se vypotí. Hladina alkoholu v krvi zobrazuje rovnováhu mezi tím, jak a za jak dlouho se alkohol vstřebal a rychlostí, jakou se ho organismus zbavil, jak upozorňuje Griffith.²⁰ Alkoholová intoxikace se dělí do tří stádií, která se liší počtem promile. 0,5 až 1,5 promile označujeme jako lehkou opilost, 1,5 až 2,5 promile je opilost středního stupně, nad 2,5 promile se jedná o těžkou opilost, otravu alkoholem, při alkoholismu nad 5 promile dochází ke smrti, jak vyjmenovává Pavlovský.²¹

1.2.1.1 Působení alkoholu na lidský organizmus

Zima varuje, že alkohol ireverzibilně ovlivňuje řadu vitálně důležitých orgánů.²² Dlouhodobý účinek ethanolu poškozuje centrální nervový systém. U dlouhodobých pijáků se pomocí počítačové tomografie a magnetické rezonance podařilo prokázat, že dochází k zániku až 20% nervových buněk ve frontálním laloku mozkové kůry, jak

¹⁸ GRIFFITH, E. Záhadná molekula: *Mýty a skutečnosti o alkoholu*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství lidové noviny, 2004. 209 s. ISBN 80-7106-696-6.

¹⁹ GÖHLERT, Fr.-Ch.; KÜHN, F. *Od návyku k závislosti*. 1. vyd. Praha: Ikar, 2001. 144 s. ISBN 80-7202-950-9.

²⁰ GRIFFITH, E. Záhadná molekula: *Mýty a skutečnosti o alkoholu*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství lidové noviny, 2004. 209 s. ISBN 80-7106-696-6.

²¹ PAVLOVSKÝ, P. Duševní poruchy vyvolané účinky psychoaktivních látek (F10-F19). In Pavlovský, P; Malá, E. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. s. 51-57. ISBN 80-7178-700-0.

²² ZIMA, T. et al. *Poškození jater, pankreatu a trávicího traktu alkoholem*. 1. vyd. Praha: Medprint, 1996. 196 s. ISBN 80-902036-1-2.

zmiňuje doktor Mlčoch.²³ Kolář konkrétně popisuje frontální lalok, který se dělí na 5 oblastí, v nichž jsou uloženy neurony ovlivňující svalovou kontrakci a pohyb na kontralaterální části těla, vypracovává a modifikuje se zde hybný program, zajišťuje kontrola pohybu očí, schopnost mluveného slova, psaný projev, emoční chování a kognitivní funkce. Mezi typické poruchy, které jsou důsledkem poškození frontálního laloku, řadíme parézy končetin, tonicko – klonické křeče, parézy volných pohledů, neschopnost plynulé řeči, gramatické chyby i ve větné skladbě, poruchy učení, osobnosti, ztrátu iniciativy, nezájem o okolí, apatii, postižení paměti, ztrátu smyslu pro vhodné chování v konkrétních situacích.²⁴

S frontální kůrou je vlákny propojen hypothalamus, který ovlivňuje a kontroluje mnoho životních funkcí, působí na centra autonomního systému a ovlivňuje přenos emocí z limbického systému. Hypothalamus má vliv na sexuální chování, řídí příjem potravin a tekutin, reguluje tělesnou teplotu a má vliv na biorytmy. Toxické působení alkoholu ovlivňuje sexuální potenci, spánkový rytmus a dřívější žíznivost, která je typická pro alkoholiky, jak charakterizuje Elišková.²⁵

Mozeček je část mozku, která zabezpečuje koordinaci pohybů, rovnováhu a svalový tonus. Zpracovává informace, které přicházejí z proprioceptorů (receptory ve svalech, šlachách a kloubech), vestibulárního aparátu, thalamu a mozkové kůry. Toxický vliv alkoholu v určité fázi alkoholového opojení způsobí mozečkový syndrom, který se projevuje jako porucha rovnováhy (ataxie), chůze, stoje, kolísání, kymácení (titubace), chybné zacílení pohybu (dysmetrie), roztřesené písmo, hlasitá, explozivní řeč.²⁶ Poruchu rovnováhy můžeme vyšetřit pomocí testu „Čapí stoj“ (viz příloha 2).²⁷

Poškození periferního nervového systému bývá vlivem škodlivého působení alkoholu difúzní nebo vícečetné postižení jednotlivých nervů, mluvíme o takzvané

²³ Tělo a alkohol - jak působí alkohol na orgány a mozek. In Mlčoch, Z. *Alkoholik. cz* [online]. 10. 7. 2009 [cit. 2011-04-05]. URL: <http://www.alkoholik.cz/zavislost/psychika_a_telo/telo_a_alkohol_jak_pusobi_alkohol_na_organy_a_mozek.html>.

²⁴ KOLÁŘ, P.; DRUGA, R. Korové syndromy a jejich vyšetření. In Kolář P. et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2009. s. 84-92. ISBN 978-80-7262-657-1.

²⁵ ELIŠKOVÁ, M.; NAŇKA, O. *Přehled anatomie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 309 s. ISBN 80-246-1216-X.

²⁶ AMBLER, Z. *Neurologie pro studenty lékařské fakulty*. Praha: Karolinum, 2001. 399 s. ISBN 80-246-0080-3.

²⁷ MUCHOVÁ, M.; TOMÁNKOVÁ, K. Cvičení na balanční plošině. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 143 s. ISBN 978-80-247-2948-0.

polyneuropatii. Alkoholová polyneuropatie se vyskytuje asi u 20% chronických alkoholiků. Není způsobena pouze přímým toxickým vlivem na nervy, ale také nutriční a vitamínovou nedostatečností, především vitamínu B1 (thiamin), jenž slouží k metabolismu cukrů a produkci energie. Polyneuropatie se projevuje symetricky, akrálně na dolních končetinách s pozitivními senzitivními a motorickými příznaky jako je mravenčení, brnění, pocit stažení, bolest.

Alkohol mnohdy bývá spouštěčem epilepsie. Epilepsie je nemoc nervového systému, která je charakterizována opakovanými epileptickými záchvaty. U alkoholiků jsou typické velké záchvaty (grand mal), které začínají náhlou ztrátou vědomí s pádem, následují tonické křeče postihující veškeré svalstvo, poté je pozáchvatová fáze s hypotonií a často inkontinencí, probrání se, dezorientace, bolest hlavy, vyčerpanost, jak uvádí Ambler.²⁸

Z následujících životně důležitých orgánů, které alkohol poškozuje, Stříteský zmiňuje kardiovaskulární aparát. Kardiomyopatie je označení pro skupinu onemocnění srdečního myokardu, jenž nejsou na podkladě ischemie. Myopatie je svalové onemocnění, kde je hlavním klinickým příznakem svalová slabost. Subjektivně se kardiomyopatie projevuje dušností, únavností.²⁹ Mlčoch vysvětluje, že pro vaskulární aparát jsou hrozbou například cévní mozkové příhody nebo porucha srážení krve v důsledku nedostatečnosti srážecích faktorů, které jsou absorbovány do krve z jater, jejichž funkce jsou změněny nadužíváním alkoholu.³⁰

Zima ve své knize píše o vlivu alkoholu na gastrointestinální trakt. Největšímu vlivu je vystavena horní část trubice trávicího traktu, kam řadíme dutinu ústní, orofarynx, jícen, žaludek a duodenum.³¹ Alkohol v dutině ústní, hltanu, jícnu i žaludku narušuje sliznici a zvyšuje se tak riziko vzniku rakoviny, obzvláště je-li užívání

²⁸ AMBLER, Z. *Neurologie pro studenty lékařské fakulty*. Praha: Karolinum, 2001. 399 s. ISBN 80-246-0080-3.

²⁹ STŘÍTESKÝ, J. *Patologie*. 1. vyd. Olomouc: Epava, 2001. 338 s. ISBN 80-86297-06-3.

³⁰ Tělo a alkohol - jak působí alkohol na orgány a mozek. In Mlčoch, Z. *Alkoholik. cz* [online]. 10. 7. 2009 [cit. 2011-04-05]. URL: <http://www.alkoholik.cz/zavislost/psychika_a_telo/telo_a_alkohol_jak_pusobi_alkohol_na_organy_a_mozek.html>.

³¹ ZIMA, T. et al. *Poškození jater, pankreatu a trávicího traktu alkoholem*. 1. vyd. Praha: Medprint, 1996. 196 s. ISBN 80-902036-1-2.

alkoholu spojeno s kouřením.³² Dalšími předpokládanými onemocněními při chronickém abúzu jsou refluxní nemoc jícnu spojená s poruchou motility jícnu, Mallory-Weissův syndrom, jenž se vyskytuje po opakovaném a namáhavém zvracení a to v podobě krvácení z trhliny v esofagogastrické junkci (přechod jícnu do žaludku), difúzní spazmy jícnu, Barretův jícen. Barretův jícen je záměna dlaždicového epitelu jícnu za žaludeční nebo střevní cylindrický epitel a predisponuje k pozdějším komplikacím jako jsou vznik vředu, stenóza. V žaludku se velké množství alkoholu vstřebává a metabolizuje. Po požití koncentrovaného alkoholu se mohou objevit změny na žaludeční sliznici. V extrémním případě se ze změn na sliznici rozvíjí peptický vřed nebo hemoragická gastropatie, která je popisována edémem, křehkostí a prokrvácením sliznice. Klinicky se projevuje zvracením, nauzeou, bolestmi v epigastriu, hematemézou a melenou. Dolní úsek trávicí trubice, tenké a tlusté střevo, jsou kromě přímého toxického působení alkoholu postiženy i špatným nutričním stavem alkoholika. Chronické zneužívání alkoholu je obvyklou příčinou průjmů, malabsorpce, malnutrice, snížení tělesné hmotnosti.

Do trávicí trubice vylučuje své produkty pankreas (slinivka břišní). Chronická pankreatida je výsledkem intenzivního patologického účinku alkoholu ve slinivce. Makroskopické vyšetření ukazuje, že u chronické pankreatitidy je pankreas zvětšen, tuhý a uzlovitého tvaru. Histologický nález popisuje náhradu sekreční tkáně sliznice za vazivovou. Klinickými projevy jsou dyspeptické obtíže, chronické bolesti, průjmy. Možnými komplikacemi jsou rakovina, diabetes mellitus, ostrukční ikterus při stenóze choledochu, stenóza duodena, porucha glukózové tolerance.³³

Nešpor, Zima a Csémy se zabývají onemocněními jater, která jsou nejznámějšími onemocněními spojenými se zneužíváním alkoholu a na něž zemřou ročně stovky mužů i žen. Při pití velkého množství alkoholu se v játrech hromadí mastné kyseliny, které se podílí na rozvoji jaterní stenózy. Dlouhodobou konzumací alkoholu se snižuje vstřebávání iontů, stopových prvků a dalších látek v tenkém střevě. Celkové poškození

³² SINGER, M.V.; TEYSSEN, S. *Alkohol und Alkoholfolkrankheiten*. 2. vyd. Germany: Springer, 2005. 640 s. ISBN 3-540-22552-8.

³³ ZIMA, T. et al. *Poškození jater, pankreatu a trávicího traktu alkoholem*. 1. vyd. Praha: Medprint, 1996. 196 s. ISBN 80-902036-1-2.

jater účinkem alkoholu zvyšuje riziko vzniku rakoviny a také zhoršuje průběh jaterních onemocnění, která nevznikla na podkladě nadužívání alkoholu.³⁴ Ehrmann a kolektiv řadí jaterní alkoholickou cirhózu mezi nejsledovanější a nejobávanější onemocnění jater. Cirhóza je difúzní proces, který vede k uzlovité přestavbě jaterní struktury. Klinický obraz cirhózy je velmi pestrý, od bezpříznakového stavu až k obrazu jaterního selhání. Nebezpečnými důsledky tohoto onemocnění je celkové selhání jater a portální hypertenze.³⁵

Z dýchací soustavy jsou nejvíce u alkoholiků ohroženy plíce, které jsou náchylné k infekcím.

Kosti závislých na alkoholu předčasně stárnou, klouby jsou bolestivé kvůli zánětům a snižuje se celková tělesná kondice.³⁶

1.2.2 Faktory vzniku alkoholismu

Existuje mnoho faktorů, které přispívají k rozvoji závislosti na alkoholu. Kudrle rozdělil předpoklady pro vznik závislosti do 4 kategorií: biologický předpoklad, psychologický předpoklad, sociální předpoklad, spirituální předpoklad.

Zájem o své tělo, pohyb, starost o výživu, fyzické zdraví, včasná léčba nemocí, prevence úrazů, genetické vlivy patří mezi biologické předpoklady vzniku závislosti na alkoholu.³⁷ Nešpor ve své práci píše, že lidé, jejichž rodiče byli závislí na alkoholu, by se alkoholu měli zcela vyhýbat, protože by se mohli stát závislými velice rychle.

U jednovaječných dvojčat je riziko rozvoje závislosti vyšší než u dvojčat dvojvaječných.³⁸

³⁴ NEŠPOR, K., ZIMA, T., CSÉMY L. Poškození jater alkoholem. *České pracovní lékařství*. 2005, roč. 6, č. 4, s. 222-223. ISSN 1212-6721.

³⁵ EHRMANN, J., EHRMANN, J. jr., SCHNEIDERKA, P. *Alkohol a játra*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 166 s. ISBN 80-247-1048-X.

³⁶ SINGER, M.V.; TEYSSEN, S. *Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten*. 2. vyd. Germany: Springer, 2005. 640 s. ISBN 3-540-22552-8.

³⁷ KUDRLE, S. Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci a kvalifikované pomoci. In Kalina K. a kolektiv. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 18-21. ISBN 978-80-247-1411-0.

³⁸ NEŠPOR, K. *Zůstat spřízlivý: praktické návody pro ty, kteří mají problémy s alkoholem, a jejich blízké*. 1. vyd. Brno: Host, 2006. 236 s. ISBN 80-7294-206-9.

Psychologické faktory stojící u zrodu patologického zneužívání návykových látek jsou pocity nudy, zvědavost na mimořádné prožitky, nedostatek vlastního programu, špatné či narušené hranice, nízké sebehodnocení. Do této kategorie patří i psychologie rodinného kruhu. Pocity vyčlenění z komunity lidí, rasová odlišnost, touha identifikovat se se silnější skupinou, společenský status rodiny, úroveň sociální zajištěnosti a prostředí, kde jedinec žije, jsou častými rizikovými faktory, které Kudrle řadí do kategorie sociálního předpokladu vzniku závislosti. Jako podkategorii uvádí Kudrle sociokulturní faktory – popularizace, reklama, módní trendy.³⁹

Nešpor popisuje rodinné prostředí, které hraje významnou roli v životě jedince, formuje jeho osobnost, tělesnou a duševní odolnost, nabízí mu vzory a modely, se kterými se bude setkávat, pracovní prostředí, ukazuje životní situace. Alkoholismus v rodině se podepisuje na všech jejích členech a negativně ovlivňuje výše vyjmenovaná kritéria. Vedle rodiny hraje nezastupitelnou roli kolektiv vrstevníků.⁴⁰

Spirituální předpoklad rozpracovali Anonymní alkoholici ve svých 12 krocích k uzdravě. Rizikovým spirituálním faktorem je absence smyslu života, duchovních hodnot a duchovní autority, jenž je možné obnovit vztahem k Vyšší moci.⁴¹

1.2.3 Vývoj závislosti na alkoholu

Závislost na alkoholu se rozvíjí v několika fázích, které dále rozebírají Göhlert a Kühn. Rychlost prolínání mezi jednotlivými fázemi až po konečné stádium je přímo úměrná typu a věku, kdy začal postižený pít.

V počáteční fázi je pití alkoholu pouze příležitostné. Během pár let může dojít ke zvýšení tolerance a pití alkoholu se stává denním zvykem.

Druhá fáze je prodromální. Přibývá konzumace alkoholu a jeho tolerance. Závislý utajuje své pití, protože okolí si již všimlo jeho nadměrného pití a poukázalo na něj.

³⁹ KUDRLE, S. Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci a kvalifikované pomoci. In Kalina K. a kolektiv. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 18-21. ISBN 978-80-247-1411-0.

⁴⁰ NEŠPOR, K. *Zústat spřízlivý: praktické návody pro ty, kteří mají problémy s alkoholem, a jejich blízké*. 1. vyd. Brno: Host, 2006. 236 s. ISBN 80-7294-206-9.

⁴¹ KUDRLE, S. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In Kalina K. a kolektiv. *Drogy a dorgové závislosti 1: Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 91-94. ISBN 80-86734-05-6.

V tomto stádiu vývoje jsou typické výpadky krátkodobé paměti – „okénka“, stále myšlení na alkohol, první pocity viny.

Třetí je fáze kritická, která se vyznačuje ztrátou kontroly a abstinence, vytvořením výrazné psychické závislosti, sebelítostí, dochází k prohloubení problémů v rodině a zaměstnání, k zúžení či ztrátě zájmů. Konzument si nepřipouští svou závislost a považuje se za zdravého. Svě jednání se snaží kompenzovat krátkými abstinencemi. Avšak i přesto dochází k úbytku pracovní výkonnosti, intelektuálním výkonům, emociální instabilitě, kolísáním nálad, změně sociálního postavení a celkové struktury osobnosti.

Konečnou fází je chronická závislost na alkoholu. Hlavním a nejzávažnějším znakem je orgánové postižení, na jehož základě se snižuje alkoholová tolerance, která se během prvních fází lineárně zvyšovala. K orgánové destrukci se přidružuje duševní rozklad až demence závislého.⁴²

V lékařství se vývoj závislosti na alkoholu dělí do 5 typů podle Jellinekovy typologie závislosti. Jednotlivé typy jsou pojmenovány prvními písmeny řecké abecedy, jak uvádí Skála:

„Typ alfa – „problémové pití“, zneužívání alkoholu k odstranění úzkosti či deprese, mnohdy pití o samotě

Typ beta – „společenské pití“, příležitostné pití, časté pití ve společnosti, somatické poškození

Typ gama – „anglosaský typ“, závislost na alkoholu, nekontrolovatelné pití, zvyšující se tolerance vůči alkoholu, se somatickým se objevuje i poškození psychické

Typ delta – „románský typ“, denní konzumace alkoholu, pravidelné udržování „hladinky“ bez zjevné opilosti, vážná somatická závislost a poškození organismu

Typ epsilon – „kvartální pijáctví“, periodické pijácké excesy s různě dlouhými obdobími abstinence.“⁴³

⁴² GÖHLERT, Fr.-Ch.; KÜHN, F. *Od návyku k závislosti*. 1. vyd. Praha: Ikar, 2001. 144 s. ISBN 80-7202-950-9.

⁴³ SKÁLA, J. et al. *Závislost na alkoholu a jiných látkách*. Praha: Avicenum, 1987. 206 s.

1.2.4 Možnosti léčby alkoholismu

Léčba alkoholismu je založena především na psychiatrické péči, která je komplexní a poskytuje ji multidisciplinární tým odborníků. Psychiatrická léčba zahrnuje psychoterapii, farmakoterapii, dietoterapii, pracovní terapii, kinezioterapii, balneoterapii.

Pavlovský popisuje existenci několika typů psychiatrických zařízení – ambulantní, intermediární, či lůžkové. V ambulantním zařízení se alkoholová závislost diagnostikuje, léčí a provádí se preventivní opatření. Péče v intermediárních zařízeních je v rozsahu mezi ambulantní a hospitalizační péčí. Pro osoby závislé na psychoaktivních látkách jsou zde zřízeny speciální terapeutické komunity. Mezi lůžková zařízení patří psychiatrické léčebny, psychiatrická oddělení nemocnic a psychiatrické kliniky při fakultních nemocnicích.⁴⁴

Dvořáček doplňuje, že psychiatrické léčebny poskytují různě dlouhodobou psychiatrickou péči. Pro léčbu závislosti na alkoholu je indikována střednědobá léčba, jež trvá 3-6 měsíců. Závislí zde v rámci své léčby po celou dobu plní strukturovaný program, který zahrnuje skupinové terapie, individuální a rodinné terapie, sociální práci, farmakoterapii, program prevence relapsu, rehabilitační aktivity jako je pracovní terapie, sport, zátěžové programy a trénink sociálních dovedností.⁴⁵

Psychoterapie je terapeutická metoda, pomocí které se terapeut snaží příznivě ovlivnit psychický chorobný proces závislosti, jak přibližuje Malá. Používanými prostředky psychoterapie jsou slova, mlčení, emoce, edukace aj. Hlavními cíli psychoterapie jsou odstranění chorobných příznaků a dosažení pozitivních osobnostních změn.⁴⁶

Bayer specifikuje farmakoterapii – součást komplexní léčby alkoholismu. Existují léky podporující psychoterapeutický proces. Jedním z nich je například Campral, lék,

⁴⁴ PAVLOVSKÝ, P. Psychiatrický pacient a ošetřovatelství. In Pavlovský, P; Malá, E. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. s. 113-122. ISBN 80-7178-700-0.

⁴⁵ DVOŘÁČEK, J. Střednědobá ústavní léčba. In Kalina K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 195-200. ISBN 80-86734-05-6.

⁴⁶ MALÁ, E. Psychoterapie. In Pavlovský, P; Malá, E. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. s. 106-110. ISBN 80-7178-700-0.

který potlačuje craving. Zvláštním preparátem, jenž se podává od konce 40. let, je senzitivující lék Antabus. Pokud má závislý na počátku své léčby silné abstinenci příznaky, je možné mu pro mírnění podat léky jako Heminevirin, Diazepam, Tiapridal. Po zmírnění symptomů se tyto léky během pár dní vysazují. Komplikací odvykacího stavu bývá rozvoj deliria tremens, které může být spojeno s dehydratací, kardiální dekompenzací, bronchopneumonií. Delirium tremens je doprovázeno velkou úmrtností, proto je nutná hospitalizace na specializovaném zařízení. Hepatoprotektiva a vitamíny patří k podpůrné farmakoterapii.⁴⁷

Dietoterapie neboli léčebná výživa je určena každému jedinci „na míru“ během celé léčby. Stravovací program má pravidelný režim a je sestaven podle somatického stavu a potřeb pacienta.

Pracovní terapie má své místo ve všech typech psychiatrických zařízení a patří k významným rehabilitačním technikám při resocializaci pacienta, jak píše Radimský.⁴⁸ Pracovní terapie zahrnuje tvořivé činnosti a úkony, kterými pacienti spolupracují při obsluze zařízení. Přebírají tak zodpovědnost za konkrétní činnosti. Podle podmínek léčebny se v rámci pracovní terapie pacienti podílí na údržbě areálu, úklidu, drobných opravách. Dalšími funkcemi jsou funkce v léčebném společenství, například důvěrník skupiny, předseda samosprávy aj.⁴⁹

Kinezioterapie, pohybová terapie je nedílnou součástí komplexní terapie. Kalina srovnává indikace rehabilitace v jednotlivých zařízeních. V ambulantních zařízeních je léčebná tělesná výchova (dále LTV) doplňkovou, žádoucí dle možností. Při léčbě v denních stacionářích je LTV důležitou složkou programu, při ústavní detoxifikaci je LTV žádoucí dle možností, u krátko–střednědobé ústavní léčby je důležitou složkou

⁴⁷ BAYER, D. Farmakoterapie závislosti a psychologických komplikací komorbidit. In Kalina K. a kolektiv. *Drogy a dorgové závislosti 2: Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 195-200. ISBN 80-86734-05-6.

⁴⁸ RADIMSKÝ, M. Léčba prací. In Radimský, M. a kolektiv. *Psychiatrie II. 2. přeprac. vyd.* Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. s. 46-47. ISBN 80-7013-350-3.

⁴⁹ DVORÁČEK, J. Střednědobá ústavní léčba. In Kalina K. a kolektiv. *Drogy a dorgové závislosti 2: Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 195-200. ISBN 80-86734-05-6.

programu a pouze v léčebnách se střednědobou až dlouhodobou léčbou je LTV popisována jako nezbytná složka programu.⁵⁰

Lozgeselle zdůrazňuje hlavní cíl kinezioterapie, kterým je obrátit pacientův postoj rezignace v aktivitu a přes zvýšení tělesné kondice posílit jeho duševní stabilitu.⁵¹ Tělesnou kondici je možné změřit pomocí Ruffierovy zkoušky (viz příloha 1).⁵² Pohybová terapie přispívá k radosti z vlastního osobnostního rozvoje. Obsahem cvičení bývají podněty k přijetí vlastního těla, omezení regrese, zprostředkování zážitků z úspěchu a ovládnutí neúspěchu, podpora realistického sebehodnocení, zacházení se stavy uvolnění a vzrušení, učení se sociálnímu způsobu chování, jednání ve skupině (férovost, dodržování pravidel hry), vyzkoušení rivality a konkurence na sportovní rovině, integrace a objevení stávajících pohybových schopností. Každá pohybová aktivita potřebuje vhodný prostor a dostatek času.⁵³ Radimský upozorňuje na rozmanitost cvičení s přihlédnutím ke stavu a onemocnění pacienta. Vhodná jsou prostná cvičení, pořadová cvičení, ze sportu plavání, atletické disciplíny a turistika, hippoterapie.⁵⁴

Hatláková podrobněji rozebírá zařazení cvičení podle stádia léčby. Na počátku léčby je vhodné zařazovat relaxační, zdravotní, taktilní nebo jógová cvičení. Následně doporučuje cvičit aktivní relaxaci ke snížení tenze a posílení integrovanosti psychiky, u žen formou tance a dramaterapie. V další fázi jsou ideální programy zvyšující sebedůvěru a důvěru v druhé, to znamená hry v přírodě, lanové dráhy. Pro již pokročilou léčbu jsou nabízeny prohybové programy s aerobní zátěží, u žen je to běh, gymnastická cvičení, sportovní hry. Jednotlivé terapie vede zkušený fyzioterapeut,

⁵⁰ KALINA, K. Diagnostické závěry a indikace k léčbě, párování potřeb a intervencí. In Kalina K. a kolektiv. *Drogy a dorgové závislosti I: Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 254-260. ISBN 80-86734-05-6.

⁵¹ LOZGESELLE, M. et. al. *Physiotherapie in der Psychiatrie*. Germany: Georg Thieme Verlag, 2004. 192 s. ISBN 3-13-129521-X.

⁵² Pohybová aktivita. In *Zdravý životní styl* [online]. 27. 1. 2006 [cit. 2011-04-17]. URL : <<http://www.vyziva.estranky.cz/clanky/Pohybova-aktivita/Test-telesne-zdatnosti.html>>.

⁵³ LOZGESELLE, M. et. al. *Physiotherapie in der Psychiatrie*. Germany: Georg Thieme Verlag, 2004. 192 s. ISBN 3-13-129521-X.

⁵⁴ RADIMSKÝ, M. Léčebná tělesná výchova. In Radimský, M. a kolektiv. *Psychiatrie II*. 2. přeprac. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. s. 44-45. ISBN 80-7013-350-3.

který určuje adekvátní zátěž cvičení, kvalitu a připravenost programu. Kinezioterapie má vyšší účinnost, probíhá-li v malých skupinách do 12 osob.⁵⁵

Babková se zabývá vlastní cvičební jednotkou. Jednotka je 30-45 minut dlouhá a opakuje se 2x-3x týdně. Strukturálně se dělí na úvodní část, hlavní část, volnou část a závěr. Úvodní část obsahuje organizační záležitosti, seznámení se s náplní jednotky, rozcvičení, zahřátí těla, navození dobré nálady, přípravu k dalšímu cvičení. V hlavní části jsou zařazeny cviky k protažení zkrácených svalů, posilovací cviky, cviky na obratnost, vytrvalost, nácvik správného držení těla. Taneční prvky a pohybové hry naplňují třetí fázi jednotky, volnou část. Na závěr je hlavním úkolem zklidnění, proto cvičíme relaxaci a prvky z dechové gymnastiky. Při skupinové léčebné tělesné výchově je dobré využití hudby.⁵⁶

Podle definice Poděbradského a Vařky je balneoterapie terapií využívající přírodní léčebné zdroje jako jsou léčivé vody, peloidy a podnebí. Peloidy, kašoviny vznikly v přírodě geologickými procesy a podle obsahu organických látek se dělí na humolity a bahna. Léčba peloidy má silný psychologický účinek.

Klimatoterapie se zabývá účinky klimatu na organismus. Faktory hodnotící klima jsou zeměpisná šířka, vzdálenost od moře, nadmořská výška, činitelé. Podle celkového působení na organismus určujeme klima šetřící, mírně tonizující (vhodné pro léčbu psychiatrických onemocnění), silně tonizující a vystupňované tonizující.⁵⁷

1.3 Alkoholismus žen

Straka píše o alkoholismu žen, který je stále do jisté míry společenským tabu. Muži alkoholici jsou více akceptováni než ženy alkoholičky. Tento dvojitý metr je právě příčinou toho, že odborná veřejnost ví o alkoholičkách méně. Od 80. let minulého století stoupl ženský alkoholismus a s ním i počet úmrtí žen. 98% žen alkoholiček

⁵⁵ HÁTLOVÁ, B. *Kinezioterapie: Pohybová cvičení v léčbě psychických poruch*. 2. přeprac. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 167 s. ISBN 80-246-0719-0.

⁵⁶ BABKOVÁ, A. Léčebná tělesná výchova v psychiatrii. In Hromádková, J. a kolektiv. *Fyzioterapie*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství H&H, 2002. s. 257-286. ISBN 80-86022-45-5.

⁵⁷ POĎEBRADSKÝ, J.; VAŘEKA, I. *Fyzikální terapie I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 264 s. ISBN 80-7169-661-7.

zemřelo v domácím prostředí. Ženský organizmus je vůči alkoholu daleko více zranitelnější.⁵⁸

1.3.1 Specifika alkoholismu žen

Ženy jsou považovány za „silnější“ pohlaví, díky vyšší odolnosti vůči nemocem nebo dožívání se vyššího věku, pro vztah k alkoholu to ale neplatí. Ženy mají menší játra, tedy i méně enzymů štěpících alkohol a méně obsahu vody v těle, ve které se alkohol rozpouští, proto jsou dříve opilé než muži, i když vypily stejné množství alkoholu. A také proto se u žen závislost na alkoholu vytváří v kratším časovém úseku, jak uvádí Nešpor.⁵⁹ Pravidelná konzumace alkoholu snižuje tvorbu ženských i mužských pohlavních hormonů. Důsledkem toho může být hormonální deficit, porucha funkce vaječníků až neplodnost. Bylo prokázáno nadužívání alkoholu v premenstruálním období. Ohrožení existuje u žen v přechodu.

Orgánové poškození se u alkoholiček projevuje časněji než u alkoholiků. Jedná se především o poškození jater, srdečního svalu, mozku, respiračního systému a zvyšuje se i riziko vzniku rakoviny prsu.

U žen dochází dříve k poruše duševního zdraví. Pití alkoholu mnohdy navazuje na krizovou životní situaci, deprese či úzkosti. Neobvyklá není ani současná konzumace tlumivých léků, jež nese další rizika pro somatický i psychický stav. Ženy pijí tajně a o samotě.

Žena pod vlivem alkoholu je častěji vystavena sexuálnímu násilí. Problémy se zákonem jsou spíše dominantou závislých mužů.

Alkoholismus žen vede k rodinným problémům, které bývají prvním impulsem pro léčbu závislosti. Specifickým problémem týkajícím se rodiny je rozvoj fetálního

⁵⁸ STRAKA, L. a kolektiv. Mortalita žien v súvislosti s pozitím vysokých dávok alkoholu. *Gynekolog*. 2009, roč. 18, č. 3, s. 93-97. ISSN 1210-1133.

⁵⁹ NEŠPOR, K. Alkohol a jiné návykové látky u žen - identifikace a časná intervence. In Mlčoch, Z. *Alkoholik. cz* [online]. 10. 7. 2009 [cit. 2011-04-05]. URL: <<http://www.alkoholik.cz/zavislost/ke-stazeni/online-knihy/category/1-online-knihy.html>>.

alkoholového syndromu dítěte ženy alkoholičky, jak společně poznamenávají Nešpor a Zima.⁶⁰

Pokud je léčba žen závislých na alkoholu zahájena včas, přináší dobré výsledky. Ženy dobře přijímají psychoterapii, relaxační techniky, léčebnou tělesnou i pracovní výchovu.⁶¹

1.3.2 *Alkoholismus žen a rodina*

Nešpor a Csémy citují ve svém článku „Alkohol a těhotenství“ Kuklu a kolektiv, kteří změřili, že v České republice alkoholické nápoje před otěhotněním pije ¾ žen. Třetina z nich dále pije i během prvních tří měsíců těhotenství a dalších 16 % i mezi 3. až 6. měsícem.⁶²

Zneužívání alkoholu je u gravidních žen často spojeno i s různými sociálními poruchami jako je bezdomovectví, nezaměstnanost, prostituce, kriminalita.⁶³

Účinkům abúzu alkoholu není vystavena jen žena, ale působí i na plod, u nějž se rozvíjí fetální alkoholový syndrom. J. B. Novotný a Z. Novotný popisují fetální alkoholový syndrom (dále FAS) jako komplex syndromů, které se mohou vyskytnout u plodu matky, jež během těhotenství konzumovala alkohol. Čtyřmi základními znaky FAS jsou faciální abnormality (výrazně tenký horní ret, ploché filtrum, úzká palpebrální štěrбина, dismorfické boltce, mikrocefalie), poruchy růstu (odchylka váhy či délky), dysfunkce centrální nervové soustavy (mírná a střední mentální retardace, poruchy učení, patomorfologické změny na mozku), konzumace alkoholu matkou během těhotenství. Mezi další poruchy plodu můžeme zařadit vrozené anomálie srdce, urogenitálního systému a skeletu, poruchy sluchu, autistické znaky nebo imunodeficit.

⁶⁰ NEŠPOR, K., ZIMA, T. Alkohol u žen – specifická rizika. *Alkoholismus a drogové závislosti*. 2001, roč. 36, č. 4-5, s. 277-279. ISSN 0862-0350.

⁶¹ NEŠPOR, K. Alkohol a jiné návykové látky u žen - identifikace a časná intervence. In MLČOCH, Z. *Alkoholik. cz* [online]. 10. 7. 2009 [cit. 2011-04-05]. URL: <<http://www.alkoholik.cz/zavislost/ke-stazeni/online-knihy/category/1-online-knihy.html>>.

⁶² NEŠPOR, K., CSÉMY, L. Alkohol v těhotenství. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2005, roč. 101, č. 9, s. 433-443. ISSN 1212-0383.

⁶³ DROBNÁ, H., VELEMÍNSKÝ, M. *Problematika drogových závislostí matek a novorozencov*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, 2000. 128 s. ISBN 80-7040-407-8.

V České republice je diagnostika FAS nedostatečná, určuje se pouze na základě obličejových abnormalit. V zahraničí existuje několik screeningových testů.⁶⁴

Petrášová ve svém článku v MF Dnes píše o zvýšení počtu alkoholiček v České republice, pětina z nich začala pít právě na mateřské dovolené. Psychoterapeutka Plocová zodpověděla otázku, proč to tak je: „Ženy dnes rodí později a v tu dobu už jsou zvyklé mít všechno – kariéru, zážitky z cest, přátele a koníčky. A najednou je dítě uzavře mezi čtyři stěny.“⁶⁵

Alkoholismus ženy matky je jedním z faktorů pro vznik závislosti u dítěte. Pro své dcery se alkoholičky stávají identifikačním vzorem, například zdrojem rezignace na uspokojení ze ženské role nebo návodem, jak řešit citové problémy pomocí alkoholu, jak varuje Hajný.⁶⁶

1.3.3 Společenská tolerance alkoholismu žen

Kalina se věnuje gender problematice užívání alkoholu. Vobořil definuje pojem „gender“ nejen jako rozdíl mezi muži a ženami v akademických či jakkoli jinak zkoumaných problémech, ale v praxi především upozorňuje na tzv. „ženskou otázku“.

K specifickým charakteristikám žen užívající alkohol patří jejich stigmatizace, problémy jsou více skrývané, tabuizované a méně uvědomované než problémy mužů. Právě tyto charakteristiky vedou k tomu, že ženy si své problémy nepřipouští a mnohdy si je neuvědomují ani jejich rodiny či pomáhající profesionálové, kteří by měli ženy podpořit ve vyhledání léčby. Systémové, strukturální, kulturní i osobnostní bariéry zabraňují ženám zneužívajícím alkohol v přístupu ke službám, proto jsou zde častěji zastoupeni muži. Vobořil potvrzuje tento fakt studiemi, jež ukazují poměr využívání služeb žen a mužů, který je 1:3, kdežto poměr užívání návykových látek je 1:2.

Fenomén dvojí deviace je podstatou sociologické genderové specifčnosti, píše Ettore ve své knize *Women and Substance USE* a je citován v příspěvku Vobořila. Žena

⁶⁴ NOVOTNÝ, J.B., NOVOTNÝ, Z. Současné trendy v diagnostice fetálního alkoholového syndromu. *Česko-slovenská pediatrie*. 2009, roč. 64, č. 5, s. 251-256. ISSN 0069-2328.

⁶⁵ PETRÁŠOVÁ, L. Alkoholiček přibýlo, ženy často začnou pít na mateřské. *MF DNES*. 18. 12. 2010.

⁶⁶ HAJNÝ, M. Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti. In Kalina K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 195-200. ISBN 80-86734-05-6.

je společností vnímána jako deviant pro samotné užívání a současně pro zklamání v ženské roli. Společnost tak vyvíjí tlak na ženu a brání jí vystoupit z anonymity.⁶⁷

Heller a Pecinovská zmiňují, že v posledních desetiletích se zvýšila společenská tolerance konzumace alkoholu ženami, ale stále zde existuje kritický postoj k závislé ženě. Faktory ovlivňující závislost žen na alkoholu souvisejí s mužskou kulturou a chováním mužů. K užívání a udržování v abúzu bývají ženy přiváděny právě svými mužskými partnery. Zároveň také prožívají traumata, emoční a sexuální zneužívání od svých partnerů a berou drogy či léky ze skupiny sedativ, aby se s tím vypořádaly.

Vobořilova studie dokládá, že sedativa, například benzodiazepiny, lékaři ženám předepisují třikrát častěji než mužům. Publikace UNODC udává sociální faktory ve smyslu vzdělání, zaměstnání a financí, ve kterých jsou také ženy oproti mužům znevýhodněny.⁶⁸

⁶⁷ VOBOŘIL, J. Gender – ženy jako specifická skupina. In Kalina K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 254-260. ISBN 80-86734-05-6.

⁶⁸ KALINA, K. Ženy a muži jako specifické cílové skupiny. In Kalina K. a kolektiv. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. s. 265-268. ISBN 978-80-247-1411-0.

2. Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle

- 1) Sledovat vliv léčebné tělesné výchovy na fyzické a duševní zdraví žen léčících se ze závislosti na alkoholu.
- 2) Pozorovat vliv léčebné tělesné výchovy na spánkový režim abstinujících žen.

2.2 Výzkumné otázky

- 1) Zlepší se celková tělesná kondice abstinujících žen po absolvování dvaceti cvičebních jednotek?
- 2) Budou se abstinující ženy cítit po cvičení psychicky lépe?
- 3) Ovlivní pravidelné cvičení spánkový režim abstinujících žen?

3. Metodika

3.1 Použité metody

Se zřetelem na malý pozorovaný vzorek byl proveden kvalitativní výzkum. Hlavní metodou výzkumu byla případová studie. Použitými technikami studie byl semistrukturovaný rozhovor a pozorování. Během semistrukturovaného rozhovoru byly zjišťovány osobní údaje, odběr osobní, rodinné, pracovní a sociální anamnézy, nynějších a dalších onemocnění pacientek, efektivnost terapie. V rámci pozorování byl proveden kineziologický rozbor, který obsahuje vyšetření stoje statické a dynamické, vyšetření chůze. Dále byla vyšetřena tělesná zdatnost pomocí Ruffierovy zkoušky založené na měření tepové frekvence před a po zátěži. K ověření rovnováhy byl použit test „Čapí stoj“. Následně byla realizována terapie v praxi, sekundární odběr dat a jejich analýza.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkum byl proveden v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr v rozmezí tří měsíců. Cílovou skupinu výzkumu tvořilo 5 žen léčících se ze závislosti na alkoholu. Výsledky terapie byly zpracovány formou kazuistik. K ověření účinnosti terapie byla vybrána kontrolní skupina 5 žen léčících se také ze závislosti na alkoholu, které se neúčastnily cvičení.

Skupinové terapie probíhaly 2x týdně ve večerních hodinách a o víkendu v osobním volnu pacientek. Každá cvičební jednotka trvala 40 minut, obsahovala úvodní, hlavní a závěrečnou část. Cvičení doprovázela hudba. U tří pacientek proběhla terapie 18x, u dvou kvůli ukončení terapie pouze 15x a 13x. První a poslední CJ byl proveden kineziologický rozbor a testování tělesné zdatnosti a rovnováhy. Před a po každé CJ pacientky popisovaly svou náladu a pocity. Během celého výzkumu pacientky vyplňovaly dotazník, který se týkal vlivu cvičení na jejich spánkový režim.

Všechny pacientky byly seznámeny s průběhem výzkumu, jednotlivých CJ a souhlasily s účastí na výzkumu, zpracováním osobních dat a zveřejněním fotografií ze cvičení.

4. Výsledky

4.1 Kazuistika č. 1

PACIENTKA A

Věk: 29 let, *Výška:* 165 cm, *Váha:* 54 kg, *BMI:* 19 (normální), *Krevní tlak:* 130/70 mmHg

osobní anamnéza: pac. prodělala běžné dětské choroby, problémy s alkoholem od 18 let, bez vážnějších úrazů

nosognozie odpovídá

farmakoterapie: bez léků

abusus: alkohol, káva, kouří (10 cigaret denně), drogy experimentálně

rodinná anamnéza: otec alkoholik, problémy s bývalým přítelem toxikomanem

pracovní anamnéza: asistentka ředitele, středoškolské vzdělání s maturitou

sociální anamnéza: nyní žije s rodiči v rodinném domě, ale v brzké době přestěhování do vlastního bytu

nynější onemocnění: syndrom závislosti na alkoholu, bez somatických či jiných psychických onemocnění

VSTUPNÍ VYŠETŘENÍ: 18. 11. 2010

Kineziologický rozbor :

- *Vyšetření aspektů:*
 - *Statické vyšetření:*

Celkový vzhled: normostenik

Výživa: štíhlý

Konstituční rysy: hypermobilita

Kostra: normální

Barva kůže: přiměřená

Držení těla: vadné

Vyšetření stoje:

a) frontální rovina dorzálně:

valgózní postavení pat, asymetrie Achillových šlach (dex. silnější), symetrie kontur lýtek, symetrie kontur stehen, asymetrie subgluteálních rýh (sin. výše), symetrie tonu hýžďových svalů, asymetrie spinae illiace posterior superior (sin. výše), asymetrie hřebenu pánevních kostí (sin. výše), asymetrie taile (dex. hlubší), symetrie paravertebrálních svalů, asymetrie dolních úhlů lopatek (sin. výše), symetrie mediálních úhlů lopatek, asymetrie výšky ramen (sin. výše), asymetrie thorakobrachiálních trojúhelníků (dex. větší), asymetrie ušních boltců (sin. výše)

b) frontální rovina ventrálně:

asymetrie zatížení chodidel (med. hrana více bilat.), příčná klenba propadlá (bilat.), podélná klenba funkční, symetrie lýtek, asymetrie patel (valgozita bilat.), symetrie kontur stehen, asymetrie spinae illiace anterior superior (sin. výše), symetrie pupku, symetrie tonu břišních svalů, symetrie sternu, asymetrie clavicul (sin. výše), asymetrie výšky ramen (sin. výše), symetrie obličeje

c) sagitální rovina:

předsunutá držení hlavy, protrakce ramen (bilat.), L hyperlordóza, anteverze pánve

➤ *Dynamické vyšetření:*

břišní typ dýchání, dobrá dynamika páteře, Rombergův test stoje - (I. stoj prostý, II. stoj spatný, III. stoj spatný se zavřenými očima) negativní, Trendelenburg – Duchennova zkouška – negativní

Vyšetření chůze:

pravidelná, rytmická chůze, stejná délka kroku, větší zátěž mediální hrany chodidla, špatné odvíjení plosky od podložky při nároku, výraznější souhyb PHK

- *Vyšetření palpací:*

zkrácené svaly: mm. pectorales, m. trapezius (horní sestupná část), mm. scaleni, m. sternocleidomastoideus, m. levator scapulae, mm. adductores

oslabené svaly: mm. rhomboidei, m. rectus abdominis, mm. obliqui abdominis, m. tensor fasciae latae, m. gluteus medius

hypertonické svaly: m. trapezius (horní část), mm. paravertebrales

- *Test tělesné zdatnosti – Ruffierova zkouška:*

Index 19,2 = nedostatečná tělesná kondice

- *Vyšetření rovnováhy – Čapí stoj*

PDK – 25 s. = nadprůměrné rovnovážné schopnosti

LDK – 28 s. = nadprůměrné rovnovážné schopnosti

ZÁVĚR VYŠETŘENÍ:

U pacientky A bylo zjištěno vadné držení těla, které může být způsobené plochonožím a špatným zatížením chodidel projevujícím se i při chůzi, zkrácené a oslabené svaly šíje, trupu a DKK. Pacientka nemá potíže s rovnováhou. Výsledný index kondičního testu vyšel nedostatečný. Pac. A na cvičení přišla mnohdy podrážděná a rozčilená.

Cílem terapie je nácvik správného držení těla, aktivace HSS, cviky na plochonoží, cviky pro zlepšení kondice, protahování zkrácených a posilování oslabených svalů, relaxační cvičení.

4.2 Kazuistika č. 2

PACIENTKA B

Věk: 45 let, *Výška:* 173 cm, *Váha:* 72 kg, *BMI:* 24 (normální), *Krevní tlak:* 150/85 mmHg

osobní anamnéza: pac. prodělala běžné dětské choroby, v mládí atletika – běh, poranění menisků levého kolenního kloubu v 16 letech, recidivující podvrtnutí kotníků

farmakoterapie: Antabus, léky na snížení krevního tlaku

abusus: alkohol

rodinná anamnéza: nedávné úmrtí obou rodičů, sebevražda bratra, vdaná, 3 děti

pracovní anamnéza: úřednice, středoškolské vzdělání s maturitou

sociální anamnéza: žije s manželem a dětmi v rodinném domě

nynější onemocnění: syndrom závislosti na alkoholu, somatický i psychický stav kompenzován

VSTUPNÍ VYŠETŘENÍ : 18. 11. 2010

Kineziologický rozbor :

- *Vyšetření aspektů:*

➤ *Statické vyšetření:*

Celkový vzhled: normostenik

Výživa: štíhlý

Konstituční rysy: hypertonus

Kostra: normální

Barva kůže: přiměřená

Držení těla: vadné

Vyšetření stoje:

a) frontální rovina dorzálně:

symetrické postavení pat, symetrie Achillových šlach, symetrie kontur lýtek, symetrie kontur steh, asymetrie subgluteálních rýh (sin. výše), symetrie tonu hýžďových svalů, symetrie spinae iliace posterior superior, asymetrie hřebenů pánevních kostí (sin. výše),

symetrie taile, symetrie paravertebrálních svalů, asymetrie dolních úhlů lopatek (sin. výše), symetrie mediálních úhlů lopatek, asymetrie výšky ramen (sin. výše), symetrie thorakobrachiálních trojúhelníků, asymetrie ušních boltců (sin. výše)

b) frontální rovina ventrálně:

asymetrie zatížení chodidel (med. hrana více bilat.), příčná klenba propadlá (bilat.), podélná klenba propadlá (bilat.), symetrie lýtek, asymetrie patel (valgozita bilat.), symetrie kontur stehen, asymetrie spinae illiace anterior superior (sin. výše), symetrie pupku, symetrie tonu břišních svalů, symetrie sternu, asymetrie clavicul (sin. výše), asymetrie výšky ramen (sin. výše), symetrie obličeje

c) sagitální rovina:

předsunutě držení hlavy, gibus C/Th, zvýšená Th kyfóza, protrakce ramen (bilat.)

➤ *Dynamické vyšetření:*

hrudní typ dýchání, blokáda C/Th přechodu, Th páteře, Rombergův test stoje - (I. stoj prostý, II. stoj spatný, III. stoj spatný se zavřenýma očima) negativní, Trendelenburg – Duchennova zkouška – pozitivní (PDK)

Vyšetření chůze:

pravidelná, rytmická chůze, stejná délka kroku, špatné odvíjení plosky od podložky při nároku, náklon trupu vpravo

• *Vyšetření palpací:*

zkrácené svaly: mm. pectorales, mm. scaleni, m. sternocleidomastoideus, m. levator scapulae, m. quadratus lumborum, m. semitendinosus, m. semimebranosus, mm. adductores femoris, m. triceps surae

oslabené svaly: mm. rhomboidei, m. rectus abdominis, mm. obliqui abdominis, m. gluteus maximus, m. gluteus medius, m. gluteus minimus, m. deltoideus, m. biceps brachii, m. triceps brachii

hypertonické svaly: m.trapezius (horní část), mm. paravertebrales

- *Test tělesné zdatnosti – Ruffierova zkouška:*

Index 13,2 = podprůměrná tělesná kondice

- *Vyšetření rovnováhy – Čapí stoj*

PDK – 9 s. = slabé rovnovážné schopnosti

LDK – více než 30 s. = výborné rovnovážné schopnosti

ZÁVĚR VYŠETŘENÍ:

U pacientky B bylo zjištěno vadné držení těla, které může být způsobeno plochonožím a špatným zatížením chodidel, blokády v Th páteři, oslabené břišní, mezilopatkové, hýžděové svaly a zkrácené svaly šíje, hrudníku, zadní strany DKK, zad. Pacientka má potíže s rovnováhou na PDH. Výsledný index kondičního testu vyšel podprůměrný.

Cílem terapie je nácvik správného držení těla, cviky na plochonoží, posílení oslabených a protažení zkrácených svalů, cviky pro zlepšení kondice, relaxační cvičení.

4.3 Kazuistika č. 3

PACIENTKA C

Věk: 37 let, *Výška:* 157 cm, *Váha:* 49 kg, *BMI:* 19 (normální), *Krevní tlak:* 130/60 mmHg

osobní anamnéza: pac. prodělala běžné dětské choroby, na vážnější úrazy či onemocnění si nevzpomíná

farmakoterapie: vazodilatační léčba

abusus: drogy, alkohol, cigarety

rodinná anamnéza: svobodná, bývalý přítel toxikoman

pracovní anamnéza: nezaměstnaná, středoškolské vzdělání ekonomického směru s maturitou

sociální anamnéza: žije s rodiči, několikrát z domu vyhozena, ale mohla se kdykoli vrátit

nynější onemocnění: syndrom polymorfní závislosti – opioidy, alkohol, somatický i psychický stav kompenzován, hypacusis perceptiva

VSTUPNÍ VYŠETŘENÍ : 18. 11. 2010

Kineziologický rozbor :

- *Vyšetření aspektů:*

- *Statické vyšetření:*

Celkový vzhled: normostenik

Výživa: štíhlý

Konstituční rysy: hypertonus

Kostra: normální

Barva kůže: přiměřená

Držení těla: vadné

Vyšetření stoje:

a) frontální rovina dorzálně:

symetrické postavení pat, asymetrie Achillových šlach (sin. silnější), symetrie kontur lýtek, symetrie kontur stehen, symetrie subgluteálních rýh, symetrie tonu hýžďových svalů, symetrie spinae illiace posterior superior, symetrie hřebenů pánevních kostí, symetrie taile, symetrie paravertebrálních svalů, symetrie dolních úhlů lopatek, symetrie mediálních úhlů lopatek, symetrie výšky ramen, symetrie thorakobrachiálních trojúhelníků, symetrie ušních boltců

b) frontální rovina ventrálně:

asymetrie zatížení chodidel (med. hrana více bilat.), halux valgus (bilat.), příčná klenba propadlá (bilat.), podélná klenba propadlá (bilat.), symetrie lýtek, asymetrie patel (valgozita bilat.), symetrie kontur stehen, symetrie spinae illiace anterior superior, symetrie pupku, symetrie tonu břišních svalů, symetrie sternu, symetrie clavicul, symetrie výšky ramen, symetrie obličeje

c) sagitální rovina:

protrakce ramen (bilat.), zvýšená L lordóza, anteverze pánve

➤ *Dynamické vyšetření:*

hrudní typ dýchání, blokáda SIS (bilat.), Rombergův test stoje - (I. stoj prostý, II. stoj spatný, III. stoj spatný se zavřenýma očima) pozitivní v II. a III. stupni, Trendelenburg – Duchennova zkouška – negativní

Vyšetření chůze:

pravidelná, rytmická chůze, stejná délka kroku, špatné odvíjení plosky od podložky při nároku

- *Vyšetření palpací:*

zkrácené svaly: mm. pectorales, mm. scaleni, m. sternocleidomastoideus, m. quadratus lumborum, m. semitendinosus, m. semimembranosus, m. triceps surae

oslabené svaly: mm. rhomboidei, m. rectus abdominis, mm. obliqui abdominis, m. deltoideus, m. triceps brachii

hypertonické svaly: m. trapezius (horní část), mm. paravertebrales

- *Test tělesné zdatnosti – Ruffierova zkouška:*

Index 16,8 = nedostatečná tělesná kondice

- *Vyšetření rovnováhy – Čapí stoj*

PDK – 0 s. = slabé rovnovážné schopnosti

LDK – 0 s. = slabé rovnovážné schopnosti

ZÁVĚR VYŠETŘENÍ:

U pacientky C bylo zjištěno vadné držení těla, které může být způsobeno plochonožím a špatným zatížením chodidel, oslabenými a zkrácenými svaly trupu, DKK. Pacientka má potíže s rovnováhou, které mohou být způsobené poruchou sluchové ostrosti či postižením vestibulo-kochleárního aparátu, které zatím nebylo diagnostikováno. Výsledný index kondičního testu vyšel nedostatečný.

Cílem terapie je nácvik správného držení těla, aktivace HSS, cviky na plochonoží, cviky pro zlepšení kondice a rovnováhy, posílení oslabených a protažení zkrácených svalů, relaxační cvičení.

4.4 Kazuistika č. 4

PACIENTKA D

Věk: 31 let, *Výška:* 168 cm, *Váha:* 67 kg, *BMI:* 23 (normální), *Krevní tlak:* 110/70 mmHg

osobní anamnéza: pac. prodělala běžné dětské choroby, závislost na drogách a alkoholu od 18 let, hepatitida typu B ve 20 letech

farmakoterapie: bez léků

abusus: drogy, alkohol, cigarety

rodinná anamnéza: svobodná

pracovní anamnéza: nezaměstnaná, vyučená v oboru cukrářka

sociální anamnéza: žije s rodiči, nyní se obává přímého kontaktu s rodiči i bratrem

nynější onemocnění: syndrom polymorfni závislosti – pervitin, alkohol, bez přidružených somatických či psychických onemocnění

VSTUPNÍ VYŠETŘENÍ : 21. 11. 2010

Kineziologický rozbor :

- *Vyšetření aspektů:*

➤ *Statické vyšetření:*

Celkový vzhled: normostenik

Výživa: normální

Konstituční rysy: hypotonie

Kostra: normální

Barva kůže: přiměřená

Držení těla: vadné

Vyšetření stoje:

a) frontální rovina dorzálně:

symetrické postavení pat, asymetrie Achillových šlach (dex. silnější), symetrie kontur lýtek, symetrie kontur stehien, symetrie subgluteálních rýh, symetrie tonu hýžděových svalů, asymetrie spinae illiace posterior superior (dex. výše), symetrie hřebenů

pánevních kostí, asymetrie taile (dex. hlubší), symetrie paravertebrálních svalů, symetrie dolních úhlů lopatek, symetrie mediálních úhlů lopatek, asymetrie výšky ramen (dex. výše), asymetrie thorakobrachiálních trojúhelníků (dex. větší), symetrie ušních boltců

b) frontální rovina ventrálně:

symetrie zatížení chodidel, příčná klenba funkční, podélná klenba funkční, symetrie lýtek, symetrie patel, symetrie kontur stehen, asymetrie spinae illiace anterior superior (dex. výše), symetrie pupku, symetrie tonu břišních svalů, symetrie sternu, asymetrie clavicul (dex. výše), asymetrie výšky ramen (dex. výše), symetrie obličeje

c) sagitální rovina:

protrakce ramen (bilat.), zvýšená L lordóza, anteverze pánve

➤ *Dynamické vyšetření:*

hrudní typ dýchání, šikmé postavení pánve, blok SIS (dex.), Rombergův test stoje - (I. stoj prostý, II. stoj spatný, III. stoj spatný se zavřenýma očima) negativní, Trendelenburg – Duchennova zkouška – negativní

Vyšetření chůze:

pravidelná, rytmická chůze, nestejná délka kroku, vytáčení levého boku

• *Vyšetření palpací:*

zkrácené svaly: mm. pectorales, m. trapezius (dex., horní sestupná vlákna), quadratus lumborum, m. semitendinosus, m. semimembranosus, m. triceps surae

oslabené svaly: mm. rhomboidei, m. rectus abdominis, mm. obliqui abdominis, mm. glutei, mm. vasti quadriceps femoris, m. deltoideus, m. triceps brachii

hypertonické svaly: m. trapezius (horní část), mm. paravertebrales

• *Test tělesné zdatnosti – Ruffierova zkouška:*

Index 7,6 = průměrná tělesná kondice

- *Vyšetření rovnováhy – Čapí stoj*

PDK – 3 s. = slabé rovnovážné schopnosti

LDK – 14 s. = podprůměrné rovnovážné schopnosti

ZÁVĚR VYŠETŘENÍ:

U pacientky D bylo zjištěno vadné držení těla, které může být způsobené oslabenými, zkrácenými svaly. Pacientka má potíže s rovnováhou. Výsledný index kondičního testu vyšel průměrný.

Cílem terapie je nácvik správného držení těla, aktivace HSS, cviky pro zlepšení kondice a rovnováhy, posílení oslabených a protažení zkrácených svalů, relaxační cvičení.

4.5 Kazuistika č. 5

PACIENTKA E

Věk: 50 let, *Výška:* 157 cm, *Váha:* 55 kg, *BMI:* 22 (normální), *Krevní tlak:* 130/70 mmHg

osobní anamnéza: pac. prodělala běžné dětské choroby, epilepsie, artróza nosných kloubů, DM II. typu

farmakoterapie: antiepileptika, antidiabetika

abusus: alkohol, cigarety (15 denně)

rodinná anamnéza: rodina (s výjimkou sestry – schizofrenie) bez vážných psychických či fyzických onemocnění, rozvedená, přítel, bez dětí

pracovní anamnéza: v invalidním důchodu, vyučená v oboru kuchař

sociální anamnéza: žije s přítelem

nyňější onemocnění: syndrom závislosti na alkoholu (recidiva), somatický i psychický stav relativně kompenzován, astmoidní bronchitida, alkoholová hepatopatie

VSTUPNÍ VYŠETŘENÍ : 18. 11. 2010

Kineziologický rozbor :

- *Vyšetření aspektů:*
 - *Statické vyšetření:*

Celkový vzhled: normostenik

Výživa: normální

Konstituční rysy: hypotonus

Kostra: normální

Barva kůže: přiměřená

Držení těla: vadné

Vyšetření stoje:

a) frontální rovina dorzálně:

symetrické postavení pat, asymetrie Achillových šlach (sin. silnější), symetrie kontur lýtek, symetrie kontur steh, symetrie subgluteálních rýh, symetrie tonu hýžd'ových

svalů, symetrie spinae illiace posterior superior, symetrie hřebenů pánevních kostí, asymetrie taile (dex. hlubší), symetrie paravertebrálních svalů, asymetrie dolních úhlů lopatek (dex. výše), symetrie mediálních úhlů lopatek, asymetrie výšky ramen (dex. výše), asymetrie thorakobrachiálních trojúhelníků (dex. větší), asymetrie ušních boltců (dex. výše)

b) frontální rovina ventrálně:

symetrie zatížení chodidel, příčná klenba funkční, podélná klenba funkční, symetrie lýtek, symetrie patel, symetrie kontur stehen, asymetrie spinae illiace anterior superior (dex. výše), symetrie pupku, symetrie tonu břišních svalů, symetrie sternu, asymetrie clavicul (dex. výše), asymetrie výšky ramen (dex. výše), symetrie obličeje

c) sagitální rovina:

předsunutě držení hlavy, protrakce ramen (bilat.)

➤ *Dynamické vyšetření:*

hrudní typ dýchání, blokáda SIS (dex.), blokáda horních žebere, Rombergův test stoje - (I. stoj prostý, II. stoj spatný, III. stoj spatný se zavřenýma očima) pozitivní ve III. stupni, Trendelenburg – Duchennova zkouška – negativní

Vyšetření chůze:

pravidelná, rytmická chůze, stejná délka kroku – drobné kroky, výraznější souhyb LHK

• *Vyšetření palpací:*

zkrácené svaly: mm. pectorales, m. trapezius (horní sestupná část), m. levator scapulae, mm. scaleni, m. sternocleidomastoideus, m. iliopsoas

oslabené svaly: mm. rhomboidei, m. rectus abdominis, mm. obliqui abdominis, mm. vasti quadriceps femoris, mm. glutei, m. deltoideus, m. triceps brachii

hypertonické svaly: m. trapezius (horní část), mm. paravertebrales

- *Test tělesné zdatnosti – Ruffierova zkouška:*

Index 10,4 = podprůměrná tělesná kondice

- *Vyšetření rovnováhy – Čapí stoj*

PDK – 16 s. = průměrné rovnovážné schopnosti

LDK – 26 s. = nadprůměrné rovnovážné schopnosti

ZÁVĚR VYŠETŘENÍ:

U pacientky E bylo zjištěno vadné držení těla, které může být způsobené bronchitidou a následnou blokádou žebber, oslabenými a zkrácenými svaly. Pacientka má potíže s rovnováhou na PDK. Výsledný index kondičního testu vyšel podprůměrný.

Cílem terapie je nácvik správného držení těla, aktivace HSS, DG, cviky pro zlepšení kondice a rovnováhy, posílení oslabených a protažení zkrácených svalů, relaxační cvičení.

4.6 Průběh terapie

4.6.1 Rozbor CJ

➤ ÚVODNÍ ČÁST CJ

rozcvičení – modifikace chůze, tanec, prvky zumbly

➤ HLAVNÍ ČÁST CJ

Strečink (zaměřený na zkrácené svaly dle kineziologických rozborů pacientek, viz příloha 4)

Posilovací cviky (zaměřené na oslabené svaly dle kineziologických rozborů pacientek, viz příloha 4)

Cviky pro zlepšení rovnováhy (viz příloha 4)

jóga – balanční polohy

Cviky pro zlepšení vytrvalosti

modifikace běhu na místě, poskoky, skoky přes švihadlo

Cviky pro správné držení těla

aktivace HSS, DG, škola zad, cvičení dle Schrottové, Brunkowové, Brüggera

Strečink

viz úvodní strečink hlavní části CJ, pomalejší tempo cvičení s delšími výdržemi v krajních polohách, protahování je synchronizované s dýcháním

➤ ZÁVĚREČNÁ ČÁST CJ

Relaxace:

Schultzův autogenní trénink – relaxace formou představ tíže, tepla, tepu, dechu

Progresivní relaxace E. Jacobsona – vědomé uvolňování svalstva

DG – nácvik dechové vlny, lokalizované dýchání.⁶⁹

⁶⁹ BUZKOVÁ, K. Fitness jóga. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 168 s. ISBN 80-247-1525-2.

4.6.2 Výstupní vyšetření

4.6.2.1 Pacientka A

absolvovala 18 CJ

Kineziologický rozbor výstupní: 20. 1. 2011

- Vyšetření aspekci

Vyšetření stoje:

- a) frontální rovina dorzálně: symetrie postavení pat, symetrie dolních úhlů lopatek, symetrie výšky ramen
- b) frontální rovina ventrálně: symetrie zatížení chodidel, symetrie patel, symetrie clavicul, symetrie výšky ramen
- c) sagitální rovina: snížení L hyperlordozy

Vyšetření chůze: symetrické zatížení chodidel, symetrický souhyb HKK

- Vyšetření palpaci

Zkrácené svaly: částečné protažení mm. pectorales, m. trapezius (horní sestupná část), mm. scaleni, m. sternocleidomastoideus, m. levator scapulae, mm. adductores femoris

Oslabené svaly: zvýšení svalové síly mm. rhomboidei, m. serratus anterior, m. rectus abdominis, mm. obliqui abdominis, mm. gluteii

Hypertonické svaly: uvolnění mm. paravertebrales

- Test tělesné zdatnosti – Ruffierova zkouška:

Index 17,6 = nedostatečná tělesná kondice

- Vyšetření rovnováhy – Čapí stoj

PDK – více než 30 s. = výborné rovnovážné schopnosti

LDK – více než 30 s. = výborné rovnovážné schopnosti

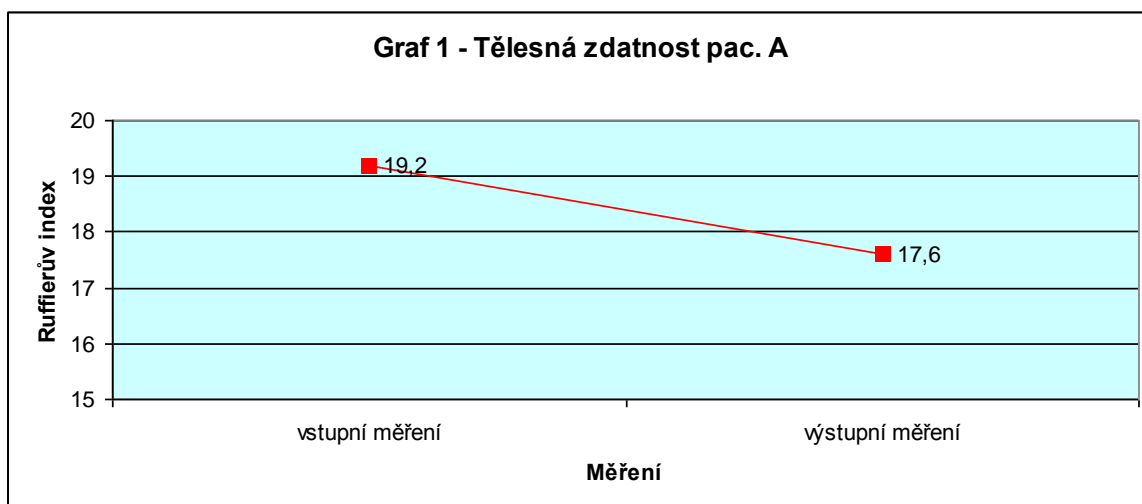
ZÁVĚREČNÉ HODNOCENÍ TERAPIE:

Objektivní:

Došlo k celkovému zlepšení držení těla a tím i upravení vadného stereotypu chůze. Přetrvává anteverze a mírné šikmé postavení pánve. Zkrácené svaly šíje, hrudníku a

vnitřní strany stehien se podařilo částečně protáhnout a oslabené mezilopatkové, břišní i hýžd'ové svaly posílit. Pacientka byla zainstruována k autoterapii a domácímu cvičení.

Došlo ke zlepšení kondice měřené podle „Testu tělesné zdatnosti“ (viz příloha 1; graf 1) a rovnováhy, která je nyní na obou DKK stejná. Podle testu „Čapí stoj“ (viz příloha 2) jsou rovnovážné schopnosti pacientky A hodnoceny jako výborné.



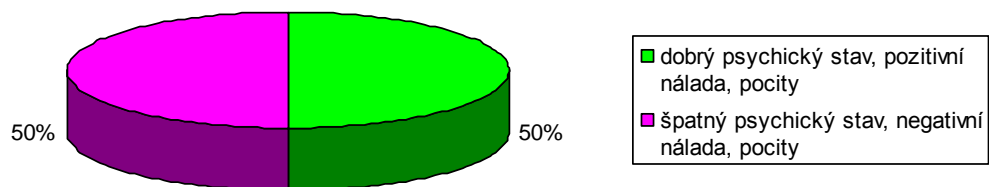
(Pozn. čím nižší je hodnota Ruffierova indexu, tím lepší je tělesná zdatnost)

Zdroj: archiv autora

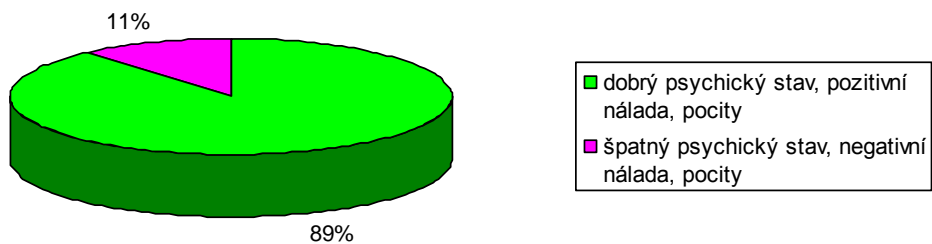
Subjektivní:

Pacientka A se po cvičení cítila psychicky i fyzicky lépe, měla dobrou náladu (viz graf 2a, 2b). Cvičení pro ni bylo příjemným odreagováním od pravidelného režimu v léčebně. Spánkový režim nebyl cvičením nijak ovlivněn. (viz graf 3)

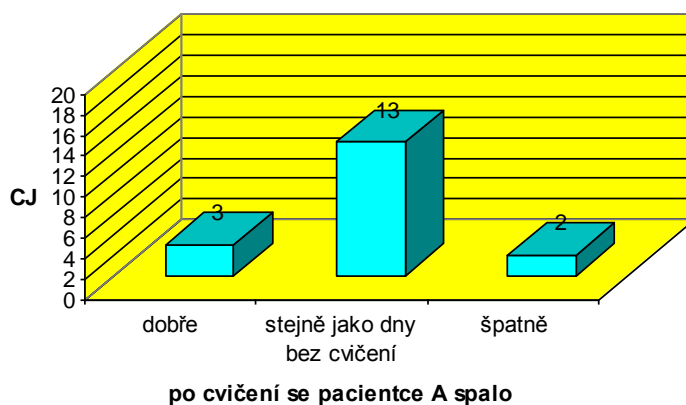
Graf 2a - Psychický stav, nálada, pocity před cvičením pac. A



Graf 2b - Psychický stav, nálada, pocity po cvičení pac. A



Graf 3 - Spánkový režim pac. A



Zdroj: archiv autora

4.6.2.2 Pacientka B

absolvovala 18 CJ

Kineziologický rozbor výstupní: 3. 2. 2011

- Vyšetření aspektů

Vyšetření stoje:

a) frontální rovina dorzálně: symetrie subgluteálních rýh, symetrie hřebenů pánevních kostí, symetrie dolních úhlů lopatek, symetrie výšky ramen

b) frontální rovina ventrálně: symetrie zatížení chodidel, symetrie patel, symetrie spinae illiace anterior, symetrie clavicul, symetrie výšky ramen

c) sagitální rovina: mírné předsunuté držení hlavy, snížená protrakce ramen

- odstranění blokády C/Th přechodu, Th páteře

Vyšetření chůze: zlepšení stereotypu chůze, minimalizace úklonu trupu vpravo

- Vyšetření palpací

Zkrácené svaly: protažení mm. pectorales, mm. scaleni, m. sternocleidomastoideus, m. levator scapulae, m. quadratus lumborum, částečné protažení m. semitendinosus, m. semimebranosus, mm. adductores femoris, m. triceps surae

Oslabené svaly: zvýšení svalové síly mm. rhomboidei, m. rectus abdominis, mm. obliqui abdominis, m. gluteus maximus, m. deltoideus, m. triceps brachii

Hypertonické svaly: uvolnění mm. paravertebrales

- Test tělesné zdatnosti – Ruffierova zkouška:

Index 10 = průměrná tělesná kondice

- Vyšetření rovnováhy – Čapí stoj

PDK – 15 s. = průměrné rovnovážné schopnosti

LDK – více než 30 s. = výborné rovnovážné schopnosti

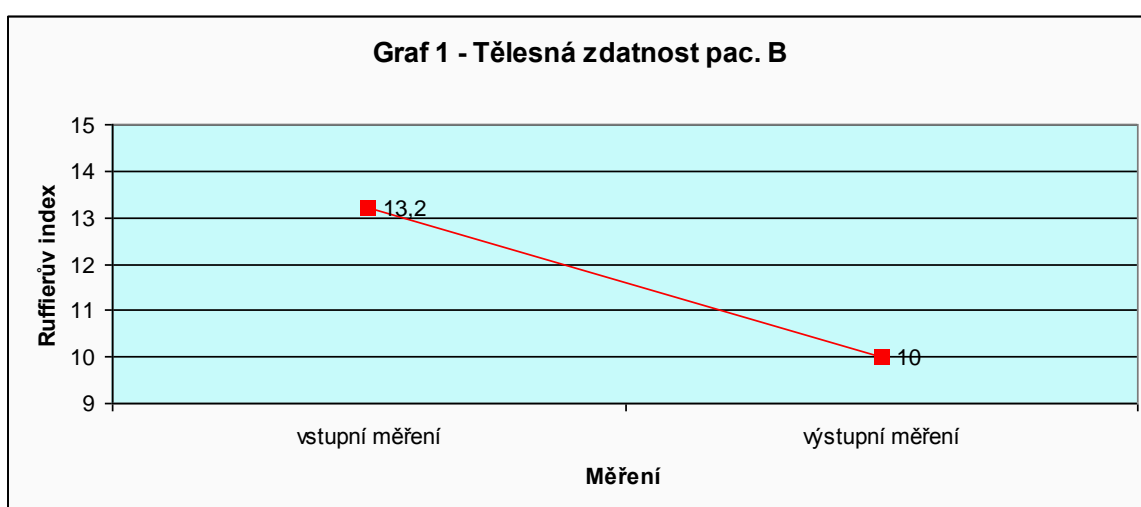
ZÁVĚREČNÉ HODNOCENÍ TERAPIE:

Objektivní:

Došlo k celkovému zlepšení držení těla, upravení vadného stereotypu chůze s přetrvávajícím mírným úklonem trupu vpravo. Zkrácené svaly šíje, hrudníku se podařilo optimálně protáhnout, zkrácené svaly DKK částečně protáhnout. Zvýšila se

svalová síla mezilopatkových, břišních, hýždřových svalů a výrazně síla svalů ramenního pletence. Pacientka byla zainstruována k autoterapii a domácímu cvičení.

Došlo ke zlepšení kondice měřené podle „Testu tělesné zdatnosti“ (viz příloha 1; graf 1) a rovnováhy, která i přes zlepšení stále není na obou DKK stejná. Podle testu „Čapí stoj“ (viz příloha 2) jsou rovnovážné schopnosti pacientky B na PDK hodnoceny jako průměrné, na LDK jako výborné.



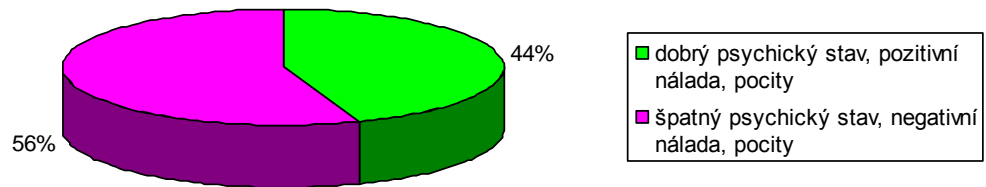
(Pozn. čím nižší je hodnota Ruffierova indexu, tím lepší je tělesná zdatnost)

Zdroj: archiv autora

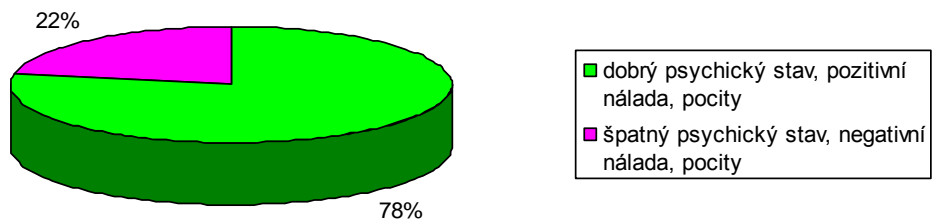
Subjektivní:

Pacientka B se po cvičení cítila psychicky i fyzicky lépe, uvolněně (viz graf 2a, 2b). Měla dobrý pocit z toho, že dělá něco zdravého pro své tělo. Spánkový režim nebyl cvičením nijak ovlivněn. (viz graf 3)

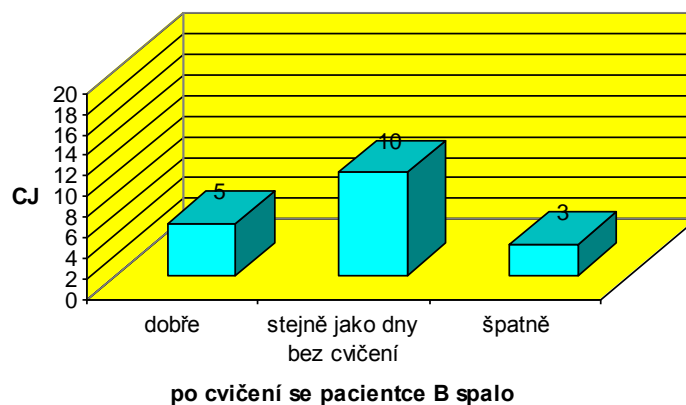
Graf 2a - Psychický stav, nálada, pocity před cvičením pac. B



Graf 2b - Psychický stav, nálada, pocity po cvičení pac. B



Graf 3 - Spánkový režim pac. B



Zdroj: archiv autora

4.6.2.3 Pacientka C

absolvovala 18 CJ

Kineziologický rozbor výstupní: 6. 2. 2011

- Vyšetření aspektů

Vyšetření stoje:

- a) frontální rovina dorzálně: symetrie Achillových šlach
 - b) frontální rovina ventrálně: symetrie zatížení chodidel
 - c) sagitální rovina: snížená protrakce ramen, snížení přetížení L páteře, střední postavení pánve
- odstraněna blokáda SIS

Vyšetření chůze: zlepšení práce nohy, upraven stereotyp chůze

- Vyšetření palpací:

Zkrácené svaly: částečné protažení mm. pectorales, mm. scaleni, m. sternocleidomastoideus

Oslabené svaly: zvýšení svalové síly mm. rhomboidei, m. serratus anterior, m. rectus abdominis, mm. obliqui abdominis

Hypertonické svaly: uvolnění m. trapezius (horní část), mm. paravertebrales

- Test tělesné zdatnosti – Ruffierova zkouška:

Index 10,8 = průměrná tělesná kondice

- Vyšetření rovnováhy – Čapí stoj

PDK – 4 s. = slabé rovnovážné schopnosti

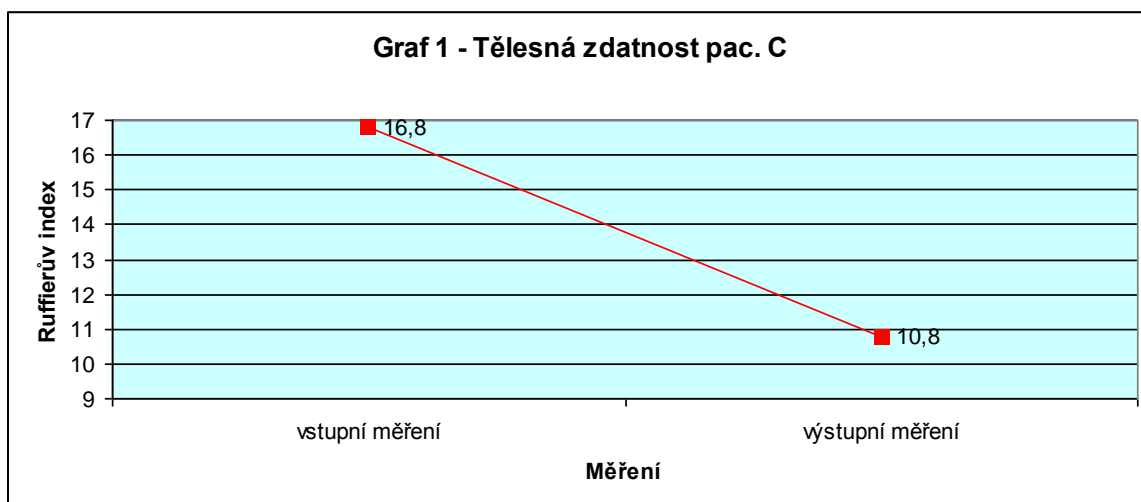
LDK – 6 s. = slabé rovnovážné schopnosti

ZÁVĚREČNÉ HODNOCENÍ TERAPIE:

Objektivní:

Došlo k úpravě zatížení chodidel a tím k celkovému zlepšení držení těla, úpravě vadného stereotypu chůze. Podařilo se částečně protáhnout svaly hrudníku a šije. Přetrvává zkrácení svalů zadní strany DKK. Zvýšila se svalová síla mezilopatkových a břišních svalů. U svalů ramenního pletence a paže nebylo zvýšení síly výrazné. Pacientka byla zainstruována k autoterapii a domácímu cvičení.

Došlo ke zlepšení kondice měřené podle „Testu tělesné zdatnosti“ (viz příloha 1; graf 1a) Rovnováha nebyla zlepšena, podle testu „Čapí stoj“ (viz příloha 2) jsou rovnovážné schopnosti pacientky C hodnoceny jako slabé.



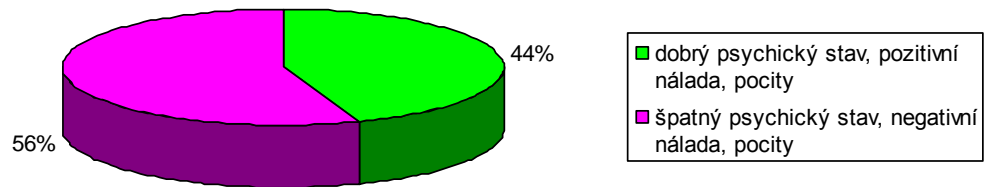
(Pozn. čím nižší je hodnota Ruffierova indexu, tím lepší je tělesná zdatnost)

Zdroj: archiv autora

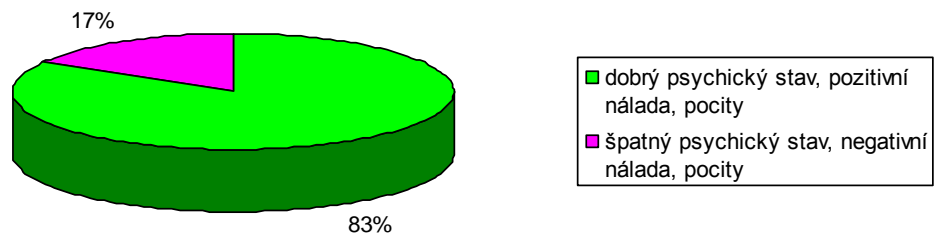
Subjektivní:

Pacientka C se po cvičení cítila psychicky lépe a měla lepší náladu než před cvičením. (viz graf 2a, 2b). Cvičení nemělo vliv na spánkový režim pac. C. (viz graf 3)

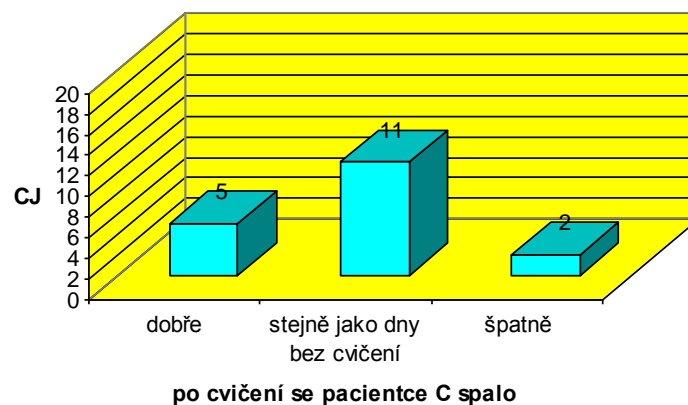
Graf 2a - Psychický stav, nálada, pocity před cvičením pac. C



Graf 2b - Psychický stav, nálada, pocity po cvičení pac. C



Graf 3 - Spánkový režim pac. C



Zdroj: archiv autora

4.6.2.4 Pacientka D

absolvovala 15 CJ

Kineziologický rozbor výstupní: 13. 1. 2011

- Vyšetření aspekci

Vyšetření stoje:

a) frontální rovina dorzálně: symetrie spinae illiace posterior superior, symetrie výšky ramen, symetrie thorakobrachiálních trojúhelníků

b) frontální rovina ventrálně: symetrie spinae illiace anterior superior, symetrie clavicul, symetrie výšky ramen

c) sagitální rovina: střední postavení pánve

- odstranění bloku SIS

Vyšetření chůze : upravení vadného stereotypu chůze

- Vyšetření palpací:

Zkrácené svaly: protažení m. quadratus lumborum, m. semitendinosus, m. semimembranosus, m. triceps surae

Oslabené svaly: zvýšení svalové síly m. rectus abdominis, mm. obliqui abdominis, mm. glutei, mm. vasti quadriceps femoris, m. deltoideus, m. triceps brachii

Hypertonické svaly: uvolnění mm. paravertebrales

- Test tělesné zdatnosti – Ruffierova zkouška:

Index 2,8 = velmi dobrá tělesná kondice

- Vyšetření rovnováhy – Čapí stoj

PDK – 10 s. = podprůměrné rovnovážné schopnosti

LDK – 16 s. = průměrné rovnovážné schopnosti

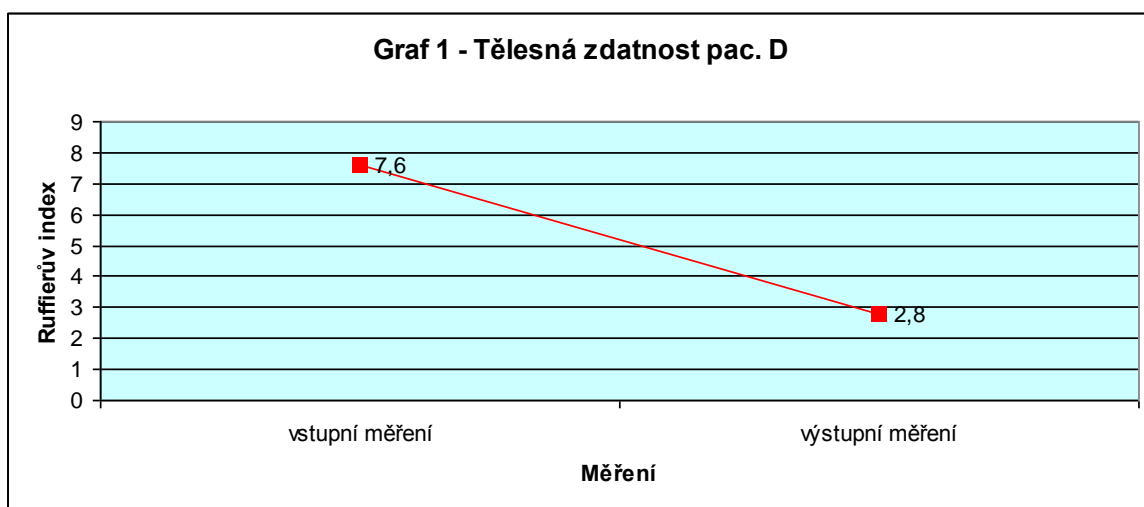
ZÁVĚREČNÉ HODNOCENÍ TERAPIE:

Objektivní:

Došlo k celkovému zlepšení držení těla, úpravě vadného stereotypu chůze. Zkrácené svaly beder a zadní strany DKK jsou optimálně protaženy. U svalů šíje a hrudníku přetrvává zkrácení a proto i mírná protrakce ramen. Zvýšila se svalová síla

svalů ramenního pletence a paže, mezilopatkových, břišních, hýžd'ových a stehenních svalů. Pacientka byla zainstruována k autoterapii a domácímu cvičení.

Došlo ke zlepšení kondice měřené podle „Testu tělesné zdatnosti“ (viz příloha 1; graf 1) Rovnováha i přes zlepšení stále není na obou DKK stejná. Podle testu „Čapí stoj“ (viz příloha 2) jsou rovnovážné schopnosti pacientky D na PDK hodnoceny jako podprůměrné, na LDK jako průměrné.



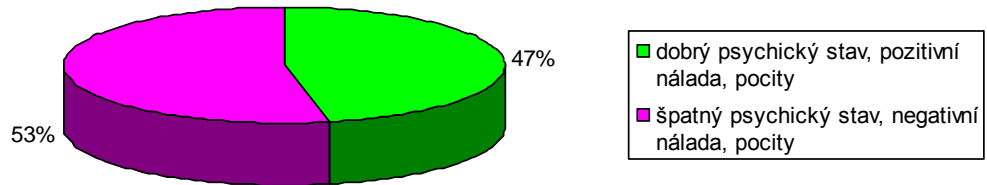
(Pozn. čím nižší je hodnota Ruffierova indexu, tím lepší je tělesná zdatnost)

Zdroj: archiv autora

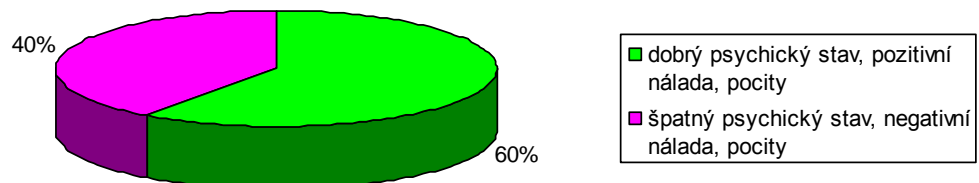
Subjektivní:

Pacientka D se po cvičení cítila psychicky dobře. Občas byla fyzicky unavená. (viz graf 2a, 2b). Spánkový režim pac. D nebyl cvičením ovlivněn (viz graf 3)

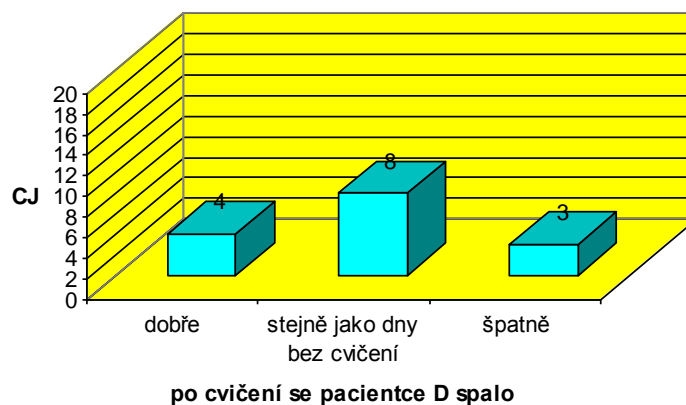
Graf 2a - Psychický stav, nálada, pocity před cvičením pac. D



Graf 2b - Psychický stav, nálada, pocity po cvičení pac. D



Graf 3 - Spánkový režim pac. D



Zdroj: archiv autora

4.6.2.5 Pacientka E

absolvovala 13 CJ

Kineziologický rozbor výstupní: 28. 12. 2010

- Vyšetření aspekci

Vyšetření stoje:

a) frontální rovina dorzálně: symetrie dolních úhlů lopatek, symetrie výšky ramen, symetrie thorakobrachiálních trojúhelníků

b) frontální rovina ventrálně: symetrie spinae iliace anterior superior, symetrie clavicul, symetrie výšky ramen

c) sagitální rovina: mírné předsunuté držení hlavy, protrakce ramen

- odstranění blokády SIS, blokády horních žeber

Vyšetření chůze: úprava stereotypu chůze – prodloužení kroku, symetrický souhyb HKK

- Vyšetření palpaci

Zkrácené svaly: protažení mm. pectorales, m. trapezius (horní sestupná část), m. levator scapulae, mm. scaleni, m. sternocleidomastoideus, m. iliopsoas

Oslabené svaly: posílení mm. rhomboidei, m. serratus anterior

Hypertonické svaly: uvolnění m. trapezius (horní část), mm. paravertebrales

- Test tělesné zdatnosti – Ruffierova zkouška:

Index 10 = průměrná tělesná kondice

- Vyšetření rovnováhy – Čapí stoj

PDK – 23 s. = nadprůměrné rovnovážné schopnosti

LDK – více než 30 s. = výborné rovnovážné schopnosti

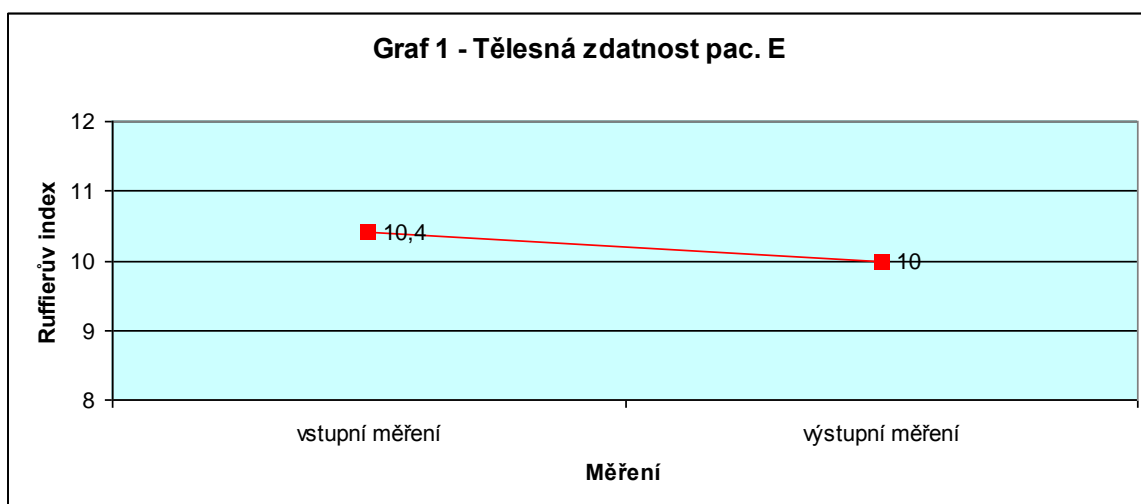
ZÁVĚREČNÉ HODNOCENÍ TERAPIE:

Objektivní:

Došlo k celkovému zlepšení držení těla, upravení vadného stereotypu chůze. Podařilo se upravit šikmé postavení pánve, odstranit blokádu SIS a žeber. Pacientce se začalo lépe dýchat. Zkrácené svaly šíje a hrudníku jsou dostatečně protažené. Mezilopatkové svaly a sval pilovitý byly posílené. Svalová síla se významně nezvýšila

u břišních a svalů HKK a DKK. Pacientka byla zainstruována k autoterapii a domácímu cvičení.

Došlo ke zlepšení kondice měřené podle „Testu tělesné zdatnosti“ (viz příloha 1; graf 1). Rovnováha se také mírně zlepšila, ale stále není na obou DKK stejná. Podle testu „Čapí stoj“ (viz příloha 2) jsou rovnovážné schopnosti pacientky E na PDK hodnoceny jako nadprůměrné, na LDK jako výborné.



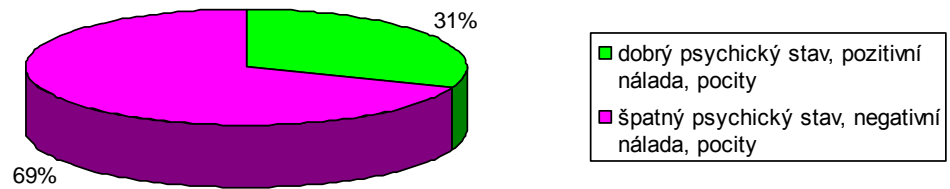
(Pozn. čím nižší je hodnota Ruffierova indexu, tím lepší je tělesná zdatnost)

Zdroj: archiv autora

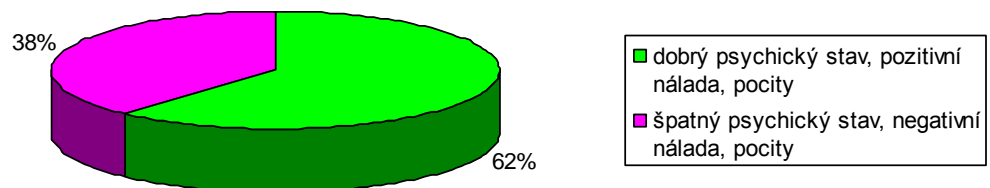
Subjektivní:

Pacientka E se po cvičení cítila dobře naladěná, občas byla fyzicky unavená, měla potíže s palcem na PDK (viz graf 2a, 2b). Spánkový režim pac. E nebyl cvičením ovlivněn (viz graf 3).

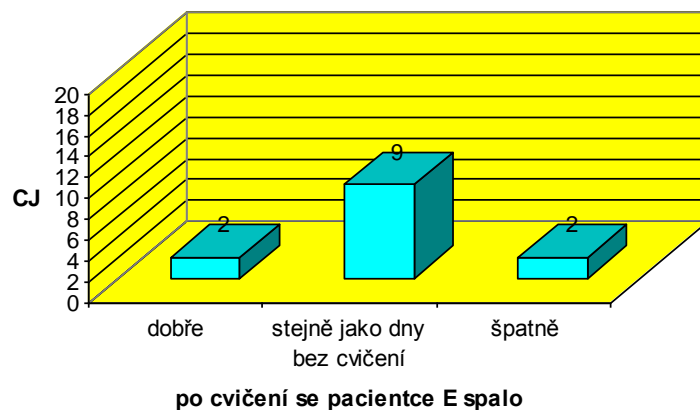
Graf 2a - Psychický stav, nálada, pocity před cvičením pac. E



Graf 2b - Psychický stav, nálada, pocity po cvičení pac. E



Graf 3 - Spánkový režim pac. E



Zdroj: archiv autora

4.6.3 Kontrolní skupina

Pacientka I – 60 let, syndrom závislosti na alkoholu

test / měření	test tělesné zdatnosti	test rovnováhy
vstupní vyšetření – 21.11.2010	21,6	PDK 11 s., LDK 15 s.
výstupní vyšetření – 13.1.2011	20,4	PDK 14 s., LDK 15 s.

Pacientka II – 28 let, syndrom polymorfní závislosti – pervitin, alkohol

test / měření	test tělesné zdatnosti	test rovnováhy
vstupní vyšetření – 21.11.2010	10,2	PDK 18 s., LDK 25 s.
výstupní vyšetření – 13.1.2011	9,6	PDK 20 s., LDK 30 s.

Pacientka III – 42 let, syndrom závislosti - alkohol

test / měření	test tělesné zdatnosti	test rovnováhy
vstupní vyšetření – 21.11.2010	12	PDK 12 s., LDK 14 s.
výstupní vyšetření – 13.1.2011	12,4	PDK 12 s., LDK 17 s.

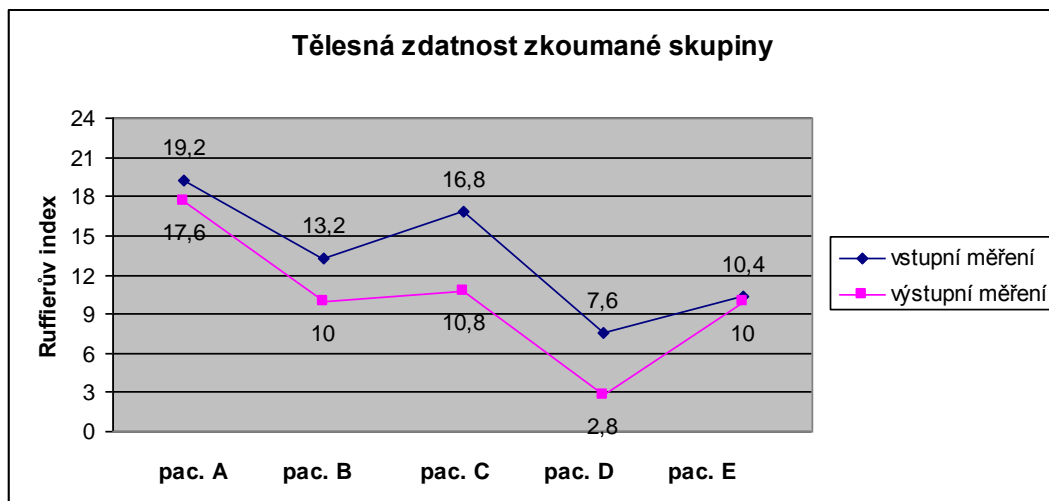
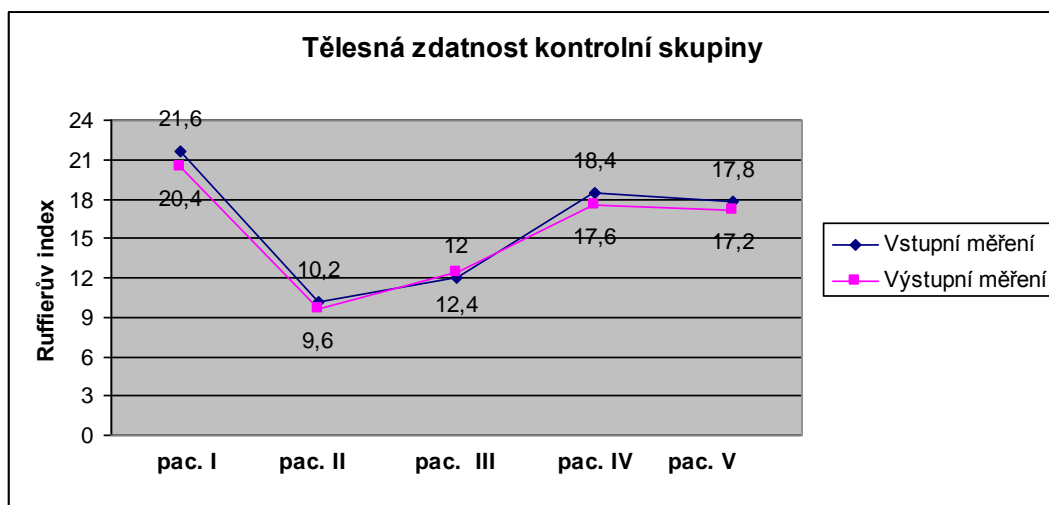
Pacientka IV – 19 let, syndrom závislosti na alkoholu, obezita

test / měření	test tělesné zdatnosti	test rovnováhy
vstupní vyšetření – 21.11.2010	18,4	PDK 5 s., LDK 10 s.
výstupní vyšetření – 13.1.2011	17,6	PDK 7 s., LDK 15 s.

Pacientka V – 36 let, syndrom polymorfní závislosti – léky, alkohol

test / měření	test tělesné zdatnosti	test rovnováhy
vstupní vyšetření – 21.11.2010	17,8	PDK 14 s., LDK 22 s.
výstupní vyšetření – 13.1.2011	17,2	PDK 12 s., LDK 23 s.

4.6.3.1 Porovnání výsledků kontrolní a zkoumané skupiny

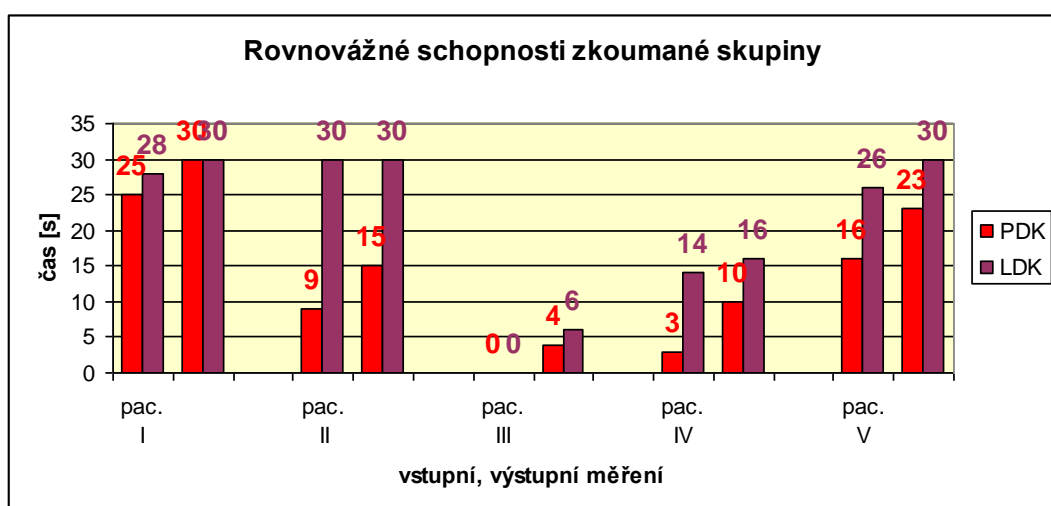
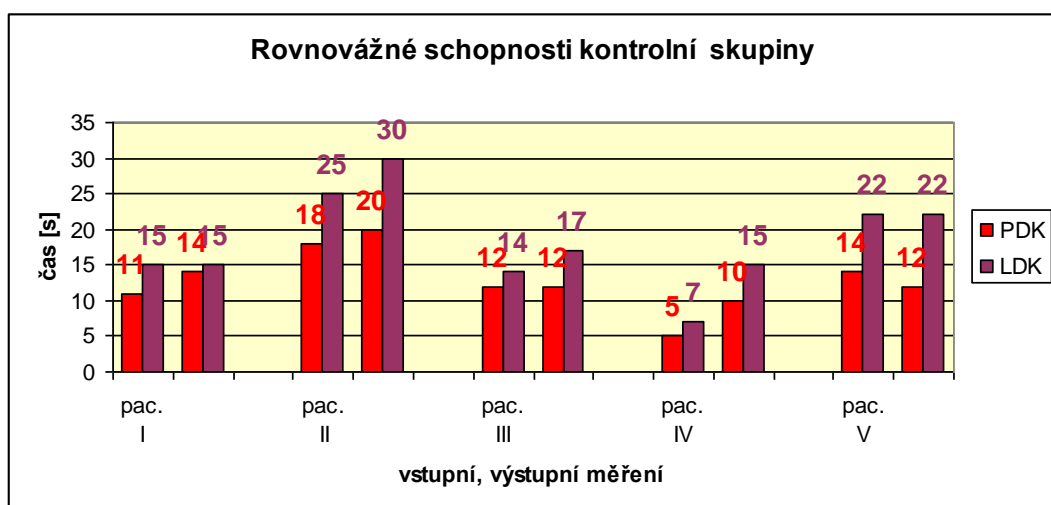


(Pozn. čím nižší je hodnota Ruffierova indexu, tím lepší je tělesná zdatnost)

Zdroj: archiv autora

První graf popisuje tělesnou zdatnost pacientek kontrolní skupiny při vstupním a výstupním vyšetření. Zlepšení tělesné kondice není nijak výrazné, u jedné pacientky bylo při výstupním vyšetření dokonce naměřeno zhoršení.

Druhý graf popisuje tělesnou zdatnost pacientek zkoumané skupiny. Zlepšení tělesné kondice u této skupiny je značné. Nejmenší změna byla u pacientky E, která se zúčastnila nejméně CJ.



Zdroj: archiv autora

První graf zobrazuje rovnovážné schopnosti pacientek kontrolní skupiny. Graf zobrazuje schopnosti při vstupním, výstupním měření a na obou DKK. Výstupní měření potvrdilo, že se rovnovážné schopnosti skupiny mírně zlepšily.

Druhý graf zobrazuje rovnovážné schopnosti pacientek zkoumané skupiny. Již vstupní měření prokázalo u některých pacientek dobré rovnovážné schopnosti. U všech pacientek došlo ke zlepšení rovnovážných schopností.

5. Diskuze

Alkoholem a jeho působením na lidský organismus se v České republice zabývá mnoho autorů, v jejichž čele stojí doktoři Nešpor, Csémy, Mlčoch a Skála.

Závislostí na alkoholu trpí v České republice 25% mužů a 10% žen.⁷⁰ Kalina upozorňuje na gendrová specifika alkoholismu. Ženy jsou vůči působení alkoholu méně odolné a závislost u nich vzniká rychleji. Alkohol poškozují jejich fyzické a duševní zdraví, způsobuje rodinné a sociální problémy.⁷¹

Doktor Kolář, Ambler, Naňka a doktorka Elišková popisují poškození jednotlivých orgánů vzniklá abuzem alkoholu. Ambler zmiňuje, že alkoholové opojení v určité fázi způsobí mozečkový syndrom, který se projevuje jako porucha rovnováhy (ataxie), chůze, stoje, kolísání, kymácení (titubace).⁷² Diktorka Elišková dodává, že toxicita alkoholu působí na hypotalamus, který mimo jiné ovlivňuje spánkový rytmus a přenos emocí z limbického systému.⁷³ Kolář navazuje ve výčtu poškození vzniklých kvůli alkoholu poruchou učení, osobnosti, ztrátou iniciativy, ztrátou smyslu pro vhodné chování.⁷⁴ Singer a Teysen zdůrazňují snížení tělesné kondice v souvislosti se zneužíváním alkoholu.⁷⁵

Výzkumné otázky bakalářské práce vycházejí právě z těchto poznatků a zní: Zlepší se celková tělesná kondice abstinujících žen po absolvování dvaceti cvičebních jednotek? Budou se abstinující ženy cítit po cvičení psychicky lépe? Ovlivní pravidelné cvičení spánkový režim abstinujících žen?

⁷⁰ MLČOCH, Z. *Alkoholik.cz* [online]. 10. 7. 2009 [cit. 2011-04-25]. Úvod. URL: <<http://www.alkoholik.cz/zavislost/>>.

⁷¹ NEŠPOR, K. Alkohol a jiné návykové látky u žen - identifikace a časná intervence. In Mlčoch, Z. *Alkoholik.cz* [online]. 10. 7. 2009 [cit. 2011-04-05]. URL: <<http://www.alkoholik.cz/zavislost/ke-stazeni/online-knihy/category/1-online-knihy.html>>.

⁷² AMBLER, Z. *Neurologie pro studenty lékařské fakulty*. Praha: Karolinum, 2001. 399 s. ISBN 80-246-0080-3.

⁷³ ELIŠKOVÁ, M.; NAŇKA, O. *Přehled anatomie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 309 s. ISBN 80-246-1216-X.

⁷⁴ KOLÁŘ, P.; DRUGA, R. Korové syndromy a jejich vyšetření. In Kolář P. et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. s. 84-92. ISBN 978-80-7262-657-1.

⁷⁵ SINGER, M.V.; TEYSSEN, S. Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. 2. vyd. Germany: Springer, 2005. 640 s. ISBN 3-540-22552-8.

Lozgeselle jmenuje hlavní cíl kinezioterapie, kterým je zvrát pacientova postoje rezignace v aktivitu a přes zvýšení tělesné kondice posílit jeho duševní stabilitu.⁷⁶

Pro zjištění odpovědí na výzkumné otázky byl vybrán soubor 5 žen léčících se ze závislosti na alkoholu v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr. Ženy byly podrobeny vstupnímu i výstupnímu vyšetření a testování.

U všech pacientek se změnila tělesná kondice a více či méně rovnovážné schopnosti. K potvrzení vlivu cvičení na tyto změny byla vybrána kontrolní skupina 5 žen léčících se ze závislosti na alkoholu ve stejné léčebně. Všechny pacientky mají v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr pravidelný a rozmanitý program. Kontrolní skupina má vyloučit vliv aktivit denního programu léčebny na výrazné zlepšení kondice i rovnováhy. Ženy z kontrolní skupiny se zúčastnily počátečního a výstupního testování tělesné zdatnosti a rovnováhy. Žádná žena z kontrolní skupiny se nezúčastnila CJ.

Při porovnání zkoumané a kontrolní skupiny jsou patrné rozdíly. U zkoumané skupiny je značné zlepšení tělesné kondice, jak je zřejmé z grafu „Tělesná zdatnost zkoumané skupiny“, kdežto z grafu kontrolní skupiny nemůžeme vyčíst velké zlepšení tělesné zdatnosti. U všech pacientek zkoumané skupiny došlo ke zlepšení rovnovážných schopností. U 4 pacientek kontrolní skupiny došlo k mírnému zlepšení rovnováhy, u jedné pacientky bylo naměřeno zhoršení rovnovážných schopností.

Třetím pozorovaným aspektem byl vliv cvičení na spánek. Na základě vlastní zkušenosti jsem předpokládala kladné působení cvičení na spánkový režim. U žádné pacientky nebyl však prokázán kladný ani záporný dopad cvičení na spánkový režim. Pacientky nejčastěji v dotazníku označovaly: po cvičení se mi spalo stejně jako dny bez cvičení. Domnívám se, že spánek pacientek je ovlivněn především pravidelným režimem činností, psychoterapiemi a dietním programem léčebny.

Na základě kladných odpovědí na první a druhou výzkumnou otázku mohu tvrdit, že bylo dosaženo hlavního cíle kinezioterapie, který určil Lozgeselle. Pacientky aktivně spolupracovaly a měly radost z pohybu. Pozitivně přijímaly náročné posilovací, vytrvalostní cviky i relaxaci, dechovou gymnastiku. Každou CJ doprovázela hudba,

⁷⁶ LOZGESELLE, M. et. al. *Physiotherapie in der Psychiatrie*. Germany: Georg Thieme Verlag, 2004. 192 s. ISBN 3-13-129521-X.

která vhodně doplňovala smysl cvičení. K vytrvalosti a síle povzbudila, naopak při relaxaci navodila příjemnou uklidňující atmosféru.

6. Závěr

Závislostí na alkoholu trpí v České republice desítky tisíc lidí. Statistiky, které vypracovaly odborníci pod vedením doktora Csémyho uvádí alarmující počet 550 tisíc závislých na alkoholu v roce 2010. V přepočtu má v ČR problémy s alkoholem 25% mužů a 10% žen.

Téma této práce je „Léčebná tělesná výchova jako součást komplexní terapie žen léčících se ze závislosti na alkoholu“. V bakalářské práci jsou charakterizovány obecné znaky závislosti a alkoholismus jako takový. Hlavní část práce a výzkum jsou zaměřeny na ženský alkoholismus. Cílem práce bylo sledování vlivu léčebné tělesné výchovy na fyzické a duševní zdraví abstinujících žen.

Byly položeny 3 výzkumné otázky, které zní: Zlepší se celková tělesná kondice abstinujících žen po absolvování dvaceti cvičebních jednotek? Budou se abstinující ženy cítit po cvičení psychicky lépe? Ovlivní pravidelné cvičení spánkový režim abstinujících žen?

Výzkum probíhal necelé 3 měsíce za spolupráce 5 patientek, které se léčily v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr. U všech patientek bylo zjištěno zlepšení tělesné kondice závislé na počtu absolvovaných CJ. Tělesná kondice byla měřena podle Ruffierovy zkoušky. S tělesnou zdatností souvisí i rovnovážné schopnosti, které byly také více či méně zlepšeny. Rovnovážné schopnosti byly testovány „Čapím stojem“. Výsledky dotazníků, jež pacientky vyplňovaly během výzkumu pro zjištění efektu cvičení na spánek, prokázaly, že cvičení v rámci výzkumu neovlivnilo jejich spánkový režim. Všechny pacientky byly zainstruovány k domácímu cvičení a pokračování v kinezioterapii. Ke zjištění efektu cvičení byla vybrána kontrolní skupina 5 žen léčících se ze závislosti na alkoholu. Ženy kontrolní skupiny se neúčastnily CJ.

Na základě kladných odpovědí na první dvě výzkumné otázky a porovnání naměřených hodnot zkoumané skupiny s výsledky kontrolní skupiny je možné potvrdit pozitivní vliv léčebné tělesné výchovy na fyzické i duševní zdraví abstinujících žen.

Tato práce bude sloužit jako podklad pro úvahy o pevném začlenění LTV do komplexní terapie žen léčících se ze závislosti na alkoholu.

7. Seznam použitých zdrojů

- AMBLER, Z. *Neurologie pro studenty lékařské fakulty*. Praha: Karolinum, 2001. 399 s. ISBN 80-246-0080-3.
- BABKOVÁ, A. Léčebná tělesná výchova v psychiatrii. In Hromádková, J. a kolektiv. *Fyzioterapie*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství H&H, 2002. s. 257-286. ISBN 80-86022-45-5.
- BAYER, D. Farmakoterapie závislosti a psychologických komplikací komorbidit. In Kalina K. a kolektiv. *Drogy a dorgové závislosti 2: Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 195-200. ISBN 80-86734-05-6.
- BUZKOVÁ, K. *Fitness jóga*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 168 s. ISBN 80-247-1525-2.
- DROBNÁ, H.; VELEMÍNSKÝ, M. *Problematika drogových závislostí matiek a novorodencov*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, 2000. 128 s. ISBN 80-7040-407-8.
- DVOŘÁČEK, J. Střednědobá ústavní léčba. In Kalina K. a kolektiv. *Drogy a dorgové závislosti 2: Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 195-200. ISBN 80-86734-05-6.
- EHRMANN, J.; EHRMANN, J. jr.; SCHNEIDERKA, P. *Alkohol a játra*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 166 s. ISBN 80-247-1048-X.
- ELIŠKOVÁ, M.; NAŇKA, O. *Přehled anatomie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 309 s. ISBN 80-246-1216-X.
- GÖHLERT, Fr.-Ch.; KÜHN, F. *Od návyku k závislosti*. 1. vyd. Praha: Ikar, 2001. 144 s. ISBN 80-7202-950-9.
- GRIFFITH, E. *Záhadná molekula: Mýty a skutečnosti o alkoholu*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství lidové noviny, 2004. 209 s. ISBN 80-7106-696-6.
- HAJNÝ, M. Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti. In Kalina K. a kolektiv. *Drogy a dorgové závislosti 1: Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 195-200. ISBN 80-86734-05-6.

- HÁTLOVÁ, B. *Kinezioterapie: Pohybová cvičení v léčbě psychických poruch*. 2. přeprac. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 167 s. ISBN 80-246-0719-0.
- KALINA, K. Diagnostické závěry a indikace k léčbě, párování potřeb a intervancí. In Kalina K. a kolektiv. *Drogy a dorgové závislosti 1: Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 254-260. ISBN 80-86734-05-6.
- KALINA, K. Ženy a muži jako specifické cílové skupiny. In Kalina K. a kolektiv. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 265-268. ISBN 978-80-247-1411-0.
- KLIMEŠOVÁ, M. *Moderní nedrogové závislosti: diplomová práce*. Český Krumlov, 2010. 80 s.
- KLINGROVÁ, Z. *MF DNES*. červen-srpen 2006.
- KOLÁŘ, P.; DRUGA, R. Korové syndromy a jejich vyšetření. In Kolář P. et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. s. 84-92. ISBN 978-80-7262-657-1.
- KUDRLE, S. Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci a kvalifikované pomoci. In Kalina K. a kolektiv. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 18-21. ISBN 978-80-247-1411-0.
- KUDRLE, S. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In Kalina K. a kolektiv. *Drogy a dorgové závislosti 1: Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 91-94. ISBN 80-86734-05-6.
- LINDENMEYER, J. *Závislost' od alkoholu*. Trenčín: F, 2009. 137 s. ISBN 978-80-88952-54-1.
- LOZGESELLE, M. et. al. *Physiotherapie in der Psychiatrie*. Germany: Georg Thieme Verlag, 2004. 192 s. ISBN 3-13-129521-X.
- MALÁ, E. Psychoterapie. In PAVLOVSKÝ, P; MALÁ, E. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. s. 106-110. ISBN 80-7178-700-0.
- MLČOCH, Z. *Alkoholik. cz* [online]. 10. 7. 2009 [cit. 2011-04-25]. Úvod. URL: <<http://www.alkoholik.cz/zavislost/>>.

- MUCHOVÁ, M.; TOMÁNKOVÁ, K. *Cvičení na balanční plošině*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 143 s. ISBN 978-80-247-2948-0.
- NELSON, A.G.; KOKKONEN, J.J. *Stretching Anatomy*. 1. vyd. USA: Human Kinetics, 2007. 162 s. ISBN-13: 978-0-7360-5972-5.
- NEŠPOR, K. Alkohol a jiné návykové látky u žen - identifikace a časná intervence. In Mlčoch, Z. *Alkoholik. cz* [online]. 10. 7. 2009 [cit. 2011-04-05]. URL: <<http://www.alkoholik.cz/zavislost/ke-stazeni/online-knihy/category/1-online-knihy.html>>.
- NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 152 s. ISBN 80-7178-432-X.
- NEŠPOR, K. *Zůstat spřízlivý: praktické návody pro ty, kteří mají problémy s alkoholem, a jejich blízké*. 1. vyd. Brno: Host, 2006. 236 s. ISBN 80-7294-206-9.
- NEŠPOR, K.; CSÉMY, L. Alkohol v těhotenství. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2005, roč. 101, č. 9, s. 433-443. ISSN 1212-0383.
- NEŠPOR, K.; ZIMA, T. Alkohol u žen – specifická rizika. *Alkoholismus a drogové závislosti*. 2001, roč. 36, č. 4 - 5, s. 277-279. ISSN 0862-0350.
- NEŠPOR, K.; ZIMA, T.; CSÉMY L. Poškození jater alkoholem. *České pracovní lékařství*. 2005, roč. 6, č. 4, s. 222-223. ISSN 1212-6721.
- NOVOTNÝ, J.B.; NOVOTNÝ, Z. Současné trendy v diagnostice fetálního alkoholového syndromu. *Česko-slovenská pediatrie*. 2009, roč. 64, č.5, s. 251-256. ISSN 0069-2328.
- PAVLOVSKÝ, P. Duševní poruchy vyvolané účinky psychoaktivních látek (F10-F19). In Pavlovský, P; Malá, E. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. s. 51-58. ISBN 80-7178-700-0.
- PAVLOVSKÝ, P. Psychiatrický pacient a ošetřovatelství. In Pavlovský, P; Malá, E. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. s. 113-122. ISBN 80-7178-700-0.
- PETRÁŠOVÁ, L. Alkoholické přibylo, ženy často začnou pít na mateřské. *MF DNES*. 18. 12. 2010.
- POĎEBRADSKÝ, J.; VAŘEKA, I. *Fyzikální terapie I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 264 s. ISBN 80-7169-661-7.

- Pohybová aktivita. In *Zdravý životní styl* [online]. 27. 1. 2006 [cit. 2011-04-17]. URL: <<http://www.vyziva.estranky.cz/clanky/Pohybova-aktivita/Test-telesne-zdatnosti.html>>.
- POPOV, P. Alkohol. In Kalina K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. 1. vyd Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 151-157. ISBN 80-86734-05-6.
- POPOV, P. Závislost na alkoholu: Psychiatrie-závislosti. *Interní medicína pro praxi*. 2002, roč. 4, č. 10, s. 4-7. ISSN 1212-7299.
- RADIMSKÝ, M. Léčba prací. In Radimský, M. a kolektiv. *Psychiatrie II*. 2. přeprac. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. s 46-47. ISBN 80-7013-350-3.
- RADIMSKÝ, M. Léčebná tělesná výchova. In Radimský, M. a kolektiv. *Psychiatrie II*. 2. přeprac. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. s. 44-45. ISBN 80-7013-350-3.
- SINGER, M.V.; TEYSSEN, S. Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. 2. vyd. Germany: Springer , 2005. 640 s. ISBN 3-540-22552-8.
- SKÁLA, J. et al. *Závislost na alkoholu a jiných látkách*. Praha: Avicenum, 1987. 206 s.
- STRAKA, L. a kolektiv. Mortalita žien v súvislosti s požitím vysokých dávok alkoholu. *Gynekolog*. 2009, roč. 18, č. 3, s. 93-97. ISSN 1210-1133.
- STRÍTESKÝ, J. *Patologie*. 1. vyd. Olomouc: Epava, 2001. 338 s. ISBN 80-86297-06-3.
- Tělo a alkohol - jak působí alkohol na orgány a mozek. In Mlčoch, Z. *Alkoholik. cz* [online]. 10. 7. 2009 [cit. 2011-04-05]. URL: <http://www.alkoholik.cz/zavislost/psychika_a_telo/telo_a_alkohol_jak_pusobi_alkohol_na_organy_a_mozek.html>.
- VOBOŘIL, J. Gender – ženy jako specifická skupina. In Kalina K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 254-260. ISBN 80-86734-05-6.

- WHO/ÚZIS ČR. *MKN-10 Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* [online]. 10. 3. 2010 [cit. 2010-12-11]. URL : <<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>>.
- ZIMA, T. et al. *Poškození jater, pankreatu a trávicího traktu alkoholem*. 1. vyd. Praha: Medprint, 1996. 196 s. ISBN 80-902036-1-2.

8. Klíčová slova

závislost

alkoholismus

ženy

léčebná tělesná výchova

kondice

rovnováha

spánkový režim

9. Seznam použitých zkratk

ABD – abdukce
ADD – addukce
bilat. – oboustranný
BMI – body mass index
C/Th – cerviko-thorakální
CJ – cvičební jednotka
dex. – pravý
DG – dechová gymnastika
DKK – dolní končetiny
EXT – extenze
FAS – fetální alkoholový syndrom
FL – flexe
HKK – horní končetiny
HSS – hluboký stabilizační systém
kl. – kloub
L páteř – lumbální páteř
LDK – levá dolní končetina
LTV – léčebná tělesná výchova
m. – musculus
mm. – muscoli
pac. – pacientka
PDK – pravá dolní končetina
ROT – rotace
sin. – levý
SIS – sakroiliakální skloubení
Th páteř – thorakální páteř
VR, ZR – vnitřní rotace, zevní rotace

10. Seznam příloh

Příloha 1: Test tělesné zdatnosti – Ruffierova zkouška

Příloha 2: Test rovnováhy – Čapí stoj

Příloha 3: Formulář kineziologického rozboru

Příloha 4: Rozbor CJ

Příloha 5: Dotazník spánkového režimu

Příloha 6: Rozvrh léčebného programu pacientek

Příloha 7: Fotografie ze cvičení

Příloha 1: Test tělesné zdatnosti – Ruffierova zkouška

Test tělesné zdatnosti

Jedním z jednoduchých testů tělesné zdatnosti je Ruffierova zkouška, založená na měření tepové frekvence před a po zatížení.

POSTUP:

- nejprve vsedě změřte na zápěstí počet tepů **TF1** za 15 sekund
- proveďte 30 dřepů v pravidelném tempu 1 dřep za sekundu
- ihned po výkonu usedněte a změřte počet tepů **TF2** za 15 sekund
- v klidu sedíte a uklidňujte se po dobu 1 minuty
- pak změřte počet tepů **TF3** za 15 sekund

Hodnoty dosadíme do vzorce tzv. *Ruffierova indexu (RI)*:

$$RI = [(TF1 + TF2 + TF3) \times 4 - 200] / 10$$

VYHODNOCENÍ VÝPOČTU:

Index	Zdatnost
nižší než 0	výborná
0,1 - 5	velmi dobrá
5,1 - 10	průměrná
10,1 - 15	podprůměrná
vyšší než 15	nedostatečná

Zdroj: Pohybová aktivita. In Zdravý životní styl [online]. 27.1.2006 [cit. 2011-04-17].

URL: <<http://www.vyziva.estranky.cz/clanky/Pohybova-aktivita/Test-telesne-zdatnosti.html>>.

Příloha 2: Test rovnováhy – Čapí stoj

Čapí stoj – test rovnováhy

Čapí test rovnováhy měří schopnost statické rovnováhy.

POSTUP:

zujte si boty i ponožky, stoj s rukama v bok, položit chodidlo ne-stojné nohy o vnitřní stranu kolenního kloubu stojné nohy – asistent začne měřit čas, tak dlouho, dokud držíte rovnováhu, v jakýkoliv moment neudržíte ruce v bok, začnete vytáčet chodidlo, poskakovat nebo ne-stojná noha změní polohu z opory kolena – test je zastaven, opakování testu na druhé DK

VYHODNOCENÍ:

	Výborné	Naprůměrné	Průměrné	Podprůměrné	Slabé
Muži	>50 s.	50 - 41 s.	40 - 31 s.	30 - 20 s.	<20 s.
Ženy	>30 s.	30 - 23 s.	22 - 16 s.	15 - 10 s.	<10 s.

Zdroj: MUCHOVÁ, M.; TOMÁNKOVÁ, K. Cvičení na balanční plošině. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 143 s. ISBN 978-80-247-2948-0.

Příloha 4: Rozbor CJ

Strečink

- Svaly krku

m. trapezius, mm. scaleni = stoj, bilat. ABD ramen. kl., FL loket. kl., spojit ruce v týl – tahem paží zvolna FL hlavy

m. trapezius, m. sternocleidomastoideus, mm. scaleni = stoj, ABD dex. ramen. kl., FL loket, dex. ruka se dotýká zadní strany hlavy – tahem PHK FL hlavy s rotací

- Svaly ramenního pletence a horní části trupu

m. pectoralis maior, m. deltoideus, m. biceps brachii = úzký stoj rozkročný LDK vpřed uprostřed dveřního rámu – bilat. ABD ramen. kl. (90°), opřít se dlaněmi o dveřní rám, palce směřují vzhůru, naklonit celé tělo vpřed

m. latissimus dorsi, m. deltoideus, m. triceps brachii, m. levator scapulae, mm. rhomboidei = stoj rozkročný, ADD dex. ramen. kl., sin. ruka drží za loket – tahem sin. ruky za loket zvýšení ADD

m. deltoideus, m. triceps brachii, m. serratus anterior = stoj rozkročný, FL dex. ramen.kl. (180°), sin. ruka drží dex. loket – tahem sin. ruky za dex. loket za hlavou směrem do ADD protažení

triceps brachii = stoj, FL dex. ramen. kl.(180°) + max. FL loket. kl, sin. ruka drží dex. loket – tahem sin. ruky směrem za hlavu a k podložce protažení

- Svaly dolní části trupu

m. rectus abdominis, m. obliqui, m. quadratus lumborum, m. iliopsoas = leh na břicho, dlaně se dotýkají podložky v úrovni ramen. kl., prsty vpřed – stažení hýždí, postupná FL loket. kl., EXT Th páteře

m. rectus abdominis, m. obliqui, m. quadratus lumborum, mm. rotatores = stoj rozkročný, „ruce v bok“ – LATEROFLEXE trupu vlevo, vpravo

- Svaly kyčelního kloubu, kolenního kloubu

na dex. straně *m. gluteus medius, m. gluteus minimus, m. quadratus femoris, m. erector spinae, m. latissimus dorsi*

na sin. straně *m. semitendinosus, m. semimebranosus, m. biceps femoris, m. gluteus maximus, triceps surae* = vzpřímený sed, VR dex. kyčel. kl. + max. FL kolen. kl.,

chodidlo PDK opřít o mediální stranu stehna LDK – FL trupu směrem k sin. kolen. kl., až do pocitu mírné bolesti, protažení

m. gluteus medius, m. gluteus minimus, m. erector spinae, m. latissimus dorsi = leh na zádech, FL dex. kyčel. kl. + kolen. kl., z výchozí polohy FL sin. kyčel. kl. + kolen. kl., pootočít bérec dovnitř, tak aby se sin. hlezen. kl. opřel o PDK nad kolenem, obě ruce spojit pod dex. kolen. kl. – tahem rukou zvýšení FL kyčel. kl. PDK, protažení sv. LDK

m. gluteus maximus, m. gluteus medius, m. gluteus minimus, m. erector spinae, m. latissimus dorsi = sed, FL dex. kyčel. + kolen. kl., ADD dex. kyčel. kl., dex. kotník se opírá o laterální stranu sin. kolen. kl., FL loket. kl. LHK + se opírá o laterální stranu dex. kolen. kl. – tlakem sin. loket. kl. proti dex. kolen. kl. ROT trupu vpravo do krajní polohy

mm. adductores femoris, m. sartorius, m. semitendinosus, m. semimembranosus, m. triceps surae = stoj rozkročný – přenést váhu na PDK, FL dex. kolen. kl. (podřep úložný levou)

mm. adductores femoris, m. sartorius, m. erector spinae, m. gluteus maximus, m. gluteus medius = sed roznožný, bilat. VR kyčel. kl. + FL kolen. kl., spojit plošky chodidel, přitáhnout paty k hýždím – FL trupu vpřed, bilat. FL loket. kl. + opřené o mediální stranu bérců

m. semitendinosus, m. semimembranosus, m. biceps femoris, m. gluteus maximus, m. triceps surae = stoj rozkročný PDK vpřed – max. FL trupu směrem k dex. kolen. kl.

= sed, kotníky těsně u sebe – max. FL trupu, HKK směřují k chodidlům

= sed kotníky těsně u sebe – max. FL trupu, HKK směřují k chodidlům,

bilat. EXT hlezen. kl.

m. semitendinosus, m. semimembranosus, m. adductor magnus, m. adductor longus, m. gluteus maximus, m. triceps surae = sed roznožný – max. FL trupu, HKK se posouvají po podložce směrem vpřed do krajní dosažitelné polohy

mm. vasti, m. rectus femoris, m. iliopsoas, m. sartorius, m. tensor fasciae latae = klek na PDK, FL sin. kyčel. kl. + kolen. kl. (90°), sin. kolen. kl. nad sin. hlezen. kl. – protlačit boky směrem vpřed, zvětšená FL sin. kolen. kl. (před sin. hlezen. kl.)

m. quadriceps femoris, m. sartorius, m. iliopsoas, m. tensor fasciae latae = stoj na LDH, max. FL dex. kolen. kl. – přitáhnout dex. patu k hýždi, mírně protlačit boky vpřed, oba kolen. kl. těsně u sebe

m. triceps surae, m. plantaris, flexory prstů = stoj rozkročný LDK vpřed – náklon celého těla vpřed, postupné zvětšování FL sin. kolen. kl., pata PDK zůstává na podložce⁷⁷

Posilovací cviky

- Trup

m. rectus abdominis = leh na zádech, FL DKK v kolen. kl. (90°), HKK složeny na hrudníku (nebo za hlavou = ruce v týl) – s výdechem FL trupu (hláska „š“ – obtížnější), lopatky nad podložkou 5 cm (8x opakovat, 3 série)

= sed, bilat. EXT ramen. kl. + bilat. FL loket. kl., vzadu opora o předloktí, prsty směřují k hýždím, extendované DKK – mírná bilat. FL kyčel. kl., střídavá bilat. ABD a ADD kyčel. kl. nebo střídavá max. bilat. FL a EXT kolen. kl. (8x opakovat, 3 série)

mm. obliqui abdominis = leh na zádech, bilat. FL kolen. kl. (90°), HKK složeny na hrudníku (nebo za hlavou = ruce v týl) – FL + ROT trupu, lopatky nad podložkou 5 cm (8x opakovat, 3 série)

= leh na dex. boku, bilat. FL kyčel. kl. + kolen. kl. + hlezen. kl. (90°), PHK položená diagonálně na sin. boku, max FL sin. ramen. kl. + loket. kl. (dlaň v týl) – FL trupu mírně nad podložku (8x opakovat, 3 série)

m. pectoralis maior = stoj, bilat. FL ramen. kl. (90°), dlaně dolů – střídavá mírná ABD a ADD (10x opakovat, 4 série)

= stoj, bilat. FL ramen. kl. (90°), bilat. FL loket. kl. (90°), předloktí směřuje vzhůru – z ABD ADD (bilat.) ramn. kl.

zpevňovací cviky celého trupu = leh na břiše, bilat. FL ramen. kl. + loket. kl., opora o předloktí, bilat. EXT hlezen. kl. – spojit ruce (výdrž 10 sekund, 3 série)

⁷⁷ NELSON, A.G.; KOKKONEN, J.J. *Stretching Anatomy*. 1. vyd. USA: Human Kinetics, 2007. 162 s. ISBN-13: 978-0-7360-5972-5.

= leh na sin. boku, extendované DKK, hlezen. kl. u sebe, ADB sin. ramen. kl. + FL loket. kl. (90°), vzpor o sin. předloktí, celé tělo od chodidel k ramenům v jedné přímce (výdrž 10 sekund, 3 série)

- HKK

m. deltoideus = stoj, bilat. ABD ramen. kl. (90°) – střídavě bilat. VR + ZR ramen. kl., dlaně vzhůru, dolů (10x opakovat, 4 série)

= stoj, bilat. FL loket. kl., předloktí vpřed – střídavá bilat. ABD (90°) se základním postavení ramen. kl. (10x opakovat, 3 série)

m. rhomboidei = stoj, max. bilat. FL ramen. kl., dlaně proti sobě – kmitání v malém rozsahu (1/2 minuty)

= stoj, max. bilat. FL ramen. kl., dlaně vpřed – bilat. FL loket. kl., ADD lopatek (10x opakovat, 3 série)

= leh na bříše, bilat. ABD ramen. kl. (90°), bilat. FL loket. kl. (90°), hlava opřená o čelo – mírná EXT trupu, HKK, výdrž 5 s, pohled směřuje dolů (5x opakovat, 2 série)

m. biceps brachii = bilat. FL ramen. kl. (90°), dlaně vzhůru – střídavá bilat. FL a EXT loket. kl. (1/2 min)

= leh na bříše, bilat. FL ramen. kl. (90°) prsty vpřed, bilat. FL kolen. kl + opřené o podložku – klik (8x opakovat, 3 série)

m. triceps brachii = bilat. FL ramen. kl. (180°), oba loket. kl. u uší, spojit ruce – střídavá bilat. FL a EXT loket. kl. (8x opakovat, 3 série)

= sed, bilat. FL kyčel. kl. + kolen. kl (90°), bilat. EXT ramen. kl. (30°), opřít vzadu o ruce, prsty směrem k hýždím – nadzvednout hýždě, střídavá bilat. FL a EXT loket. kl. (8x opakovat, 3 série)

- DKK

mm. glutei = vzpor klečmo (bilat. FL ramen. kl + loket. kl. (90°) – EXT sin. kyčel. kl., bérec směrem ke stropu (10x opakovat, PDK, 3 série)

= vzpor klečmo (bilat. FL ramen. kl + loket. kl. (90°) – střídavá FL a EXT kyčel. kl. extendované LDK (10x opakovat, PDK, 3 série)

= vzpor klečmo (bilat. FL ramen. kl + loket. kl. (90°), EXT sin. kyčel. kl. – střídavě FL a EXT sin. kolen. kl. (10x opakovat, PDK, 3 série)

= stoj rozkročný, bilat. VR kyčel. kl., mírná bilat. FL kolen. kl. – střídavá FL a výchozí pozice kolen. kl. (10x opakovat, 3 série)

m. tensor fasciae latae, zevní rotátory kyčel. kl. = leh na sin boku, FL sin kyčel. kl. + kolen. kl. (90°) – střídavá ABD a ADD extendované PDK (10x opakovat, PDK, 3 série)

= leh na sin. boku, bilat. FL kyčel. kl (120°) + kolen. kl. (90°) mírná ABD dex. kyčel. kl. – střídavá ADD a výchozí postavení dex. patou, kyčel. kl. i kolen. kl. zůstávají ve výchozím postavení

m. quadriceps femoris = stoj, mírná bilat. FL kyčel. kl. + kolen. kl, podsazená pánev, max. bilat. FL ramen. kl. – zvětšení bilat FL kolen kl., mírná FL trupu vpřed, výdrž 5 s, zpět výchozí poloha (10x opakovat, 3 série)

= stoj na LDK, FL dex. kyčel. kl. + kolen. kl. (90°), bilat. ABD ramen. kl. (90°) – střídavá FL a základní pozice dex. kyčel. kl. (10x opakovat, LDK, 3 série)⁷⁸

Cviky pro zlepšení rovnováhy

pozice „váha“ = stoj spojný, podsazení pánve, HKK volně podél těla – FL trupu (90°), současně EXT sin. kyčel. kl, pohled očí směřuje k zemi

pozice „labuť“ = stoj spojný, podsazení pánve, HKK volně podél těla, FL dex. ramen. kl. (90°), FL sin. kolen.kl., sin. rukou uchopit nárt – zvětšení FL v dex. ramen. kl., mírná FL trupu, EXT v sin. kyčel. kl.

pozice „strom“ = stoj spojný, podsazení pánve, HKK volně podél těla – stoj na LDK, FL dex. kyčel. kl., FL dex. kolen. kl, VR dex. kyčel. kl., chodidlo PDK opřít o mediální stranu sin. stehna, FL obou ramen. kl.(180°), spojit dlaně k sobě, pohled očí směřuje vpřed

modifikace „stromu“ = stoj spojný, podsazení pánve, HKK volně podél těla – stoj na LDK, ABD dex. kyčel. kl. (90°), FL dex. kolen. kl. (90°), dex. rukou uchopit sin. kolen. kl., ABD dex. ramen. kl. (90°), pohled očí směřuje vpřed.⁷⁹

⁷⁸ KLINGROVÁ, Z. *MF DNES*. červen-srpen 2006.

⁷⁹ BUZKOVÁ, K. *Fitness jóga*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 168 s. ISBN 80-247-1525-2.

Příloha 6: Rozvrh léčebného programu pacientek

PONDĚLÍ	ÚTERÝ	STŘEDA	ČTVRTEK	PÁTEK	SOBOTA	NEDĚLE
5.00 Moč - toxí		5.00 Moč - toxí		5.00 Moč - toxí		
5.55 budíček	5.55 budíček	5.55 budíček	5.55 budíček	5.55 budíček		
6.30 - 6.45 kont. nástup + snídaně (jídelna)	6.30 - 6.45 kont. nástup + snídaně (jídelna)	6.30 - 6.45 kont. nástup + snídaně (jídelna)	6.30 - 6.45 kont. nástup + snídaně (jídelna)	6.30 - 6.45 kont. nástup + snídaně (jídelna)	6.15 budíček	
6.45 - 7.15 úklid pokojů	6.45 - 7.15 úklid pokojů	6.45 - 7.15 úklid pokojů	6.45 - 7.15 úklid pokojů	6.45 - 7.15 úklid pokojů	6.30 - 6.45 kont. nástup + snídaně (jídelna)	7.00 budíček
7.15 - 7.45 výdej léků (sesterna A)	7.15 - 7.45 výdej léků (sesterna A)	7.15 - 7.45 výdej léků (sesterna A)	7.15 - 7.45 výdej léků (sesterna A)	7.15 - 7.45 výdej léků (sesterna A)	7.15 - 7.45 výdej léků (sesterna A)	7.15 - 7.30 kont. stavy + snídaně (jídelna)
7.45 - 8.30 Ranní komunita (sál pav.B)	7.45 - 8.30 Ranní komunita (sál pav.B)	7.45 - 8.30 Ranní komunita (sál pav.B)	7.45 - 8.30 Ranní komunita (sál pav.B)	7.45 - 8.30 Ranní komunita (sál pav.B)	7.45 - 8.15 Ranní komunita (sál pav.B)	7.30 - 8.00 výdej léků (sesterna A)
8.45 - 11.30 ARTE 1/3 CHR	8.45 - 11.30 ARTE 1/3 SE (lichý týden) / KO (sudý týden)	8.45 - 9.15 úklid rájónů	8.45 - 11.30 Skupinová psychoterapie 1/3 KO (9.15-11.00)		8.15 - 10.45 generální úklid pokojů a rájónů	8.30 - 9.00 Ranní komunita (sál pav.B)
Pracovní terapie 2/3 SE + KO	Pracovní terapie 2/3 SE (lichý týden) / KO (sudý týden) + CHR	9.15 - 11.30 VOLNÁ TRIBUNA	Pracovní terapie 2/3 SE + CHR	8.45 - 11.30 Pracovní terapie 3/3 KO + PO + SE (10.00 - 11.30 hodnocení týdně - samospráva)	(9.35 kouřová 10')	9.00 - 10.45 generální úklid pokojů a rájónů
11.40 - 12.00 kont. nástup + oběd (jídelna)	11.40 - 12.00 kont. nástup + oběd (jídelna)	11.40 - 12.00 kont. nástup + oběd (jídelna)	11.40 - 12.00 kont. nástup + oběd (jídelna)	11.40 - 12.00 kont. nástup + oběd (jídelna)	10.45 - 11.40 osobní volno/kluby	(9.30 kouřová 10')
12.00 - 12.45 osobní volno	12.00 - 12.45 osobní volno	12.00 - 12.45 osobní volno	12.00 - 12.45 osobní volno	12.00 - 12.45 osobní volno	10.45 - 11.40 osobní volno	10.45 - 11.40 osobní volno
12.45 - 13.00 výdej léků (sesterna A)	12.45 - 13.00 výdej léků (sesterna A)	12.45 - 13.00 výdej léků (sesterna A)	12.45 - 13.00 výdej léků (sesterna A)	12.45 - 13.00 výdej léků (sesterna A)	12.45 - 13.00 výdej léků (sesterna A)	12.45 - 13.00 výdej léků (sesterna A)
13.00 - 13.20 odpoč. komunita (sál pav.B)	13.00 - 13.20 odpoč. komunita (sál pav.B)	13.00 - 13.10 kontrolní nástup (Arte A)	13.00 - 13.20 odpoč. komunita (sál pav.B)		13.00 - 15.30 osobní volno/kluby	13.00 - 15.30 osobní volno/kluby
13.30 - 15.30 ARTE 1/3 KO (lichý týden) / SE (sudý týden)	13.30 - 15.30 Pracovní terapie 2/3 KO + CHR	13.15 - 14.00 přednáška		13.00 - 15.00 hodnotící skupina (sál pav.B)	15.30 - 15.35 kontrolní nástup	15.30 - 15.35 kontrolní nástup
Skupinová psychoterapie 1/3 CHR	Skupinová psychoterapie 1/3 SE	14.15 - 16.00 terénní terapie	13.30 - 15.30 Pracovní terapie 3/3 KO + CHR + SE	15.00 - 16.30 osobní volno	15.35 - 16.30 osobní volno/kluby	15.35 - 16.30 osobní volno/kluby
Pracovní terapie 1/3 SE (lichý týden) / KO (sudý týden)						
16.30 - 16.45 kont. nástup + večeře (jídelna)	16.30 - 16.45 kont. nástup + večeře (jídelna)	16.30 - 16.45 kont. nástup + večeře (jídelna)	16.30 - 16.45 kont. nástup + večeře (jídelna)	16.30 - 16.45 kont. nástup + večeře (jídelna)	16.30 - 16.45 kont. nástup + večeře (jídelna)	16.30 - 16.45 kont. nástup + večeře (jídelna)
17.45 - 18.00 výdej léků (sesterna A)	17.45 - 18.00 výdej léků (sesterna A)	17.45 - 18.00 výdej léků (sesterna A)	17.45 - 18.00 výdej léků (sesterna A)	17.45 - 18.00 výdej léků (sesterna A)	17.45 - 18.00 výdej léků (sesterna A)	17.45 - 18.00 výdej léků (sesterna A)
18.00 - 19.00 kulturní hodinka (sál pav.B)	18.00 - 19.00 samostud. a přezkoušení (sál pav.B)	18.00 - 19.00 elaborát z přednášky/VT	18.00 - 19.00 elaborát z VT/přednášky	18.00 - 19.00 elaborát hodnocení týdne	18.00 - 21.30 osobní volno	18.00 - 19.00 nácvik písně týdne (sál pav.B)
19.25 kontrola prac. věcí	19.25 kontrola prac. věcí	19.25 kontrola prac. věcí	19.25 kontrola prac. věcí	19.25 kontrola prac. věcí		19.00 - 21.30 osobní volno
21.30 vizita + večerní úklid	21.30 vizita + večerní úklid	21.30 vizita + večerní úklid	21.30 vizita + večerní úklid	21.30 vizita + večerní úklid	21.30 vizita + večerní úklid	21.30 vizita + večerní úklid
22.00 večeřka	22.00 večeřka	22.00 večeřka	22.00 večeřka	22.30 večeřka	22.30 večeřka	22.00 večeřka

Zdroj: Psychiatrická léčebna Červený Dvůr

Příloha 7: Fotografie ze cvičení



Zdroj: archiv autora



Zdroj: archiv autora