

Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta tělesné kultury

POHYBOVÁ AKTIVITA V PSYCHIATRICKÝCH LÉČEBNÁCH

Diplomová práce
(bakalářská)

Autor: Lenka Hovorková, aplikované pohybové aktivity

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

Olomouc 2013

Jméno a příjmení autora: Lenka Hovorková
Název diplomové práce: Pohybové aktivity v psychiatrických léčebnách
Pracoviště: Katedra aplikovaných pohybových aktivit, Fakulta
tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci
Vedoucí diplomové práce: Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D.
Rok obhajoby diplomové práce: 2013

Abstrakt:

Tato bakalářská práce se zabývá analýzou názorů zdravotnických pracovníků psychiatrických léčeben na vliv pohybových aktivit na své pacienty. Údaje byly získávány pomocí ankety vlastní konstrukce a graficky vyhodnoceny. Dále je obsahem práce databáze psychiatrických léčeben v České republice obsahující jejich vztah k pohybovým aktivitám a obsah skutečně realizovaných pohybových programů jako doplňujícího prostředku léčebného a rehabilitačního procesu.

Klíčová slova:

pohybová aktivita, duševní onemocnění, psychiatrické léčebny

Souhlasím s půjčováním diplomové práce v rámci knihovních služeb.

Author's first name and surname: Lenka Hovorková
Title of the master thesis: Physical activities in the mental hospitals
Department: Department of Adapted physical activities
Supervisor: Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D.
The year of presentation: 2013

Abstract:

This thesis is concerned with analysis of health workers psychiatric hospitals to influence physical activity to their patients. Data were collected using a questionnaire of our own design and graphically evaluated. There is also work in the psychiatric hospitals in the Czech Republic, including their relationship to physical activities and content actually implemented motion programs as an additional means of treatment and rehabilitation process.

Keywords:

physical activity, mental illness, psychiatric hospitals

I agree the thesis paper to be lent within the library service.

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

V Olomouci dne 28. července 2013

.....

Děkuji Mgr. Ondřeji Ješinovi, Ph.D. a pracovníkům psychiatrických léčeben za pomoc a cenné rady, které mi poskytli při zpracování závěrečné písemné práce.

OBSAH

| | | |
|---------|--|----|
| 1 | ÚVOD | 1 |
| 2 | PŘEHLED POZNATKŮ | 2 |
| 2.1 | POHYBOVÁ AKTIVITA | 2 |
| 2.1.1 | Pohybová aktivita a duševní zdraví | 4 |
| 2.1.2 | Zdravotní způsobilost | 6 |
| 2.2 | DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ | 8 |
| 2.2.1 | Příčiny duševního onemocnění | 9 |
| 2.3 | PŘEHLED DUŠEVNÍCH A BEHAVIORÁLNÍCH PORUCH | 9 |
| 2.3.1 | F00-F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických | 11 |
| 2.3.2 | F10-F19 Duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek | 11 |
| 2.3.3 | F20-F29 Schizofrenie, porucha schizotypální a poruchy s bludy | 12 |
| 2.3.4 | F30-F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady) | 15 |
| 2.3.5 | F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých | 17 |
| 2.4 | PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNY V ČESKÉ REPUBLICE | 18 |
| 2.4.1 | Východočeský kraj | 20 |
| 2.4.1.1 | Psychiatrická léčebna v Havlíčkově Brodě | 20 |
| 2.4.2 | Jihomoravský kraj | 22 |
| 2.4.2.1 | Psychiatrická léčebna v Brně | 22 |
| 2.4.2.2 | Psychiatrická léčebna v Jihlavě | 22 |
| 2.4.2.3 | Psychiatrická léčebna v Kroměříži | 23 |
| 2.4.3 | Severomoravský kraj | 23 |
| 2.4.3.1 | Psychiatrická léčebna v Opavě | 23 |
| 2.4.3.2 | Psychiatrická léčebna ve Šternberku | 24 |
| 2.4.3.3 | Psychiatrická léčebna v Bílé Vodě | 25 |
| 2.4.4 | Severočeský kraj | 25 |
| 2.4.4.1 | Psychiatrická léčebna v Horních Bečkovcích | 25 |
| 2.4.4.2 | Psychiatrická léčebna v Petrohradě | 26 |
| 2.4.5 | Jihočeský kraj | 26 |
| 2.4.5.1 | Psychiatrická léčebna ve Lnářích | 26 |
| 2.4.5.2 | Psychiatrická léčebna v Červeném Dvoře | 27 |
| 2.4.6 | Západočeský kraj | 28 |
| 2.4.6.1 | Psychiatrická léčebna v Dobřanech | 28 |

| | | |
|---------|---|----|
| 2.4.7 | Středočeský kraj | 28 |
| 2.4.7.1 | Psychiatrická léčebna v Kosmonosích | 28 |
| 2.4.7.2 | Psychiatrická léčebna v Bohnicích | 29 |
| 3 | CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY | 31 |
| 3.1 | CÍL PRÁCE | 31 |
| 3.2 | ÚKOLY PRÁCE | 31 |
| 3.3 | VÝZKUMNÉ OTÁZKY | 31 |
| 4 | METODIKA | 32 |
| 4.1 | CHARAKTERISTIKA SOUBORU | 32 |
| 4.2 | VÝZKUMNÉ METODY A TECHNIKY | 33 |
| 4.3 | POSTUP PRÁCE | 33 |
| 5 | VÝSLEDKY A DISKUZE | 35 |
| 5.1 | DATABÁZE | 35 |
| 5.2 | ANALÝZA ANKET | 40 |
| 6 | ZÁVĚRY | 45 |
| 7 | SOUHRN | 48 |
| 8 | SUMMARY | 49 |
| 9 | REFERENČNÍ SEZNAM | 50 |
| 10 | PŘÍLOHY | 53 |

1 ÚVOD

Statistické šetření v oblasti psychiatrie potvrdilo, že nárůst osob s duševními poruchami je pozvolný, ale stálý. Tato skutečnost je podmíněna hned několika faktory. Celkové stárnutí populace zvyšuje i výskyt organických duševních poruch. Vývoj konzumní společnosti a přemíra stresu podmiňují rozvoj duševních onemocnění. Zvyšující se nároky na životní úspěšnost se přímo podílí na rozvoji duševních poruch dětí a dospívajících, stejně jako vyšší výskyt nestabilního rodinného zázemí.

Pozitivní vliv pohybové aktivity na duševní stav jedince je jedním z motivů pro aktivní trávení volného času. Jedinci, kteří eliminují stresové vlivy pohybovou aktivitou, mají méně zdravotních problémů. Působení pohybové aktivity na osoby s duševním onemocněním jsem pozorovala v Psychiatrické léčebně ve Šternberku. V rámci projektu Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci jsem měla možnost navštívit prostory této léčebny a zapojit se do projektu probíhajícího na dětském oddělení. Tato práce mě inspirovala k rozšíření znalostí o vlivu pohybové aktivity na duševní stav jedince a možnosti psychiatrických léčen uplatňovat získané vědecké poznatky z této oblasti v praxi. Oslovila jsem psychiatrické léčebny v České republice a získané informace jsem využila jako podklad pro bakalářskou práci.

V prostředí psychiatrických léčen jsou léčeni pacienti s akutní formou psychického onemocnění, které již není možné léčit ambulantně. V těchto podmínkách lze podrobně pozorovat vliv pohybové aktivity a rozvoj nebo regresi psychického onemocnění. Vhodně sestavený pohybový scénář by měl být využíván v podobě pohybových terapií a pohybových aktivit, které by měly být přímým prostředkem léčby, jejíž výsledky lze dále vědecky zpracovávat a aplikovat.

Záměrem této práce je analýza názorů zdravotnických pracovníků psychiatrických léčen na vliv pohybových aktivit na své pacienty a sestavení databází psychiatrických léčen v České republice, která bude obsahovat jejich vztah k pohybovým aktivitám a realizované pohybové programy jako doplňující prostředek léčebného a rehabilitačního procesu.

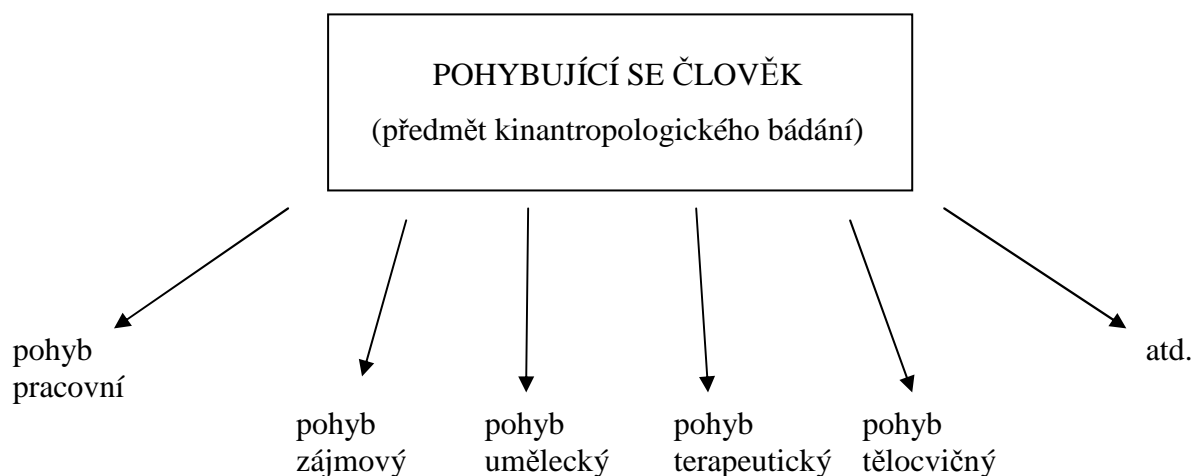
2 PŘEHLED POZNATKŮ

2.1 POHYBOVÁ AKTIVITA

Na pohybovou aktivitu lze nahlížet několika způsoby. Pro účely této práce je jedním z důležitých pohledů, ten z kinantropologického hlediska, kdy je pohybová aktivita vnímána jako přirozená součást lidského života, co více jako jeho podstatná část umožňující lidem prožívat a získávat nové zkušenosti a tvořit nové hodnoty. Je dělena dle jednotlivých složek lidského života, kde má nezastupitelnou roli. Pohybovou aktivitu můžeme využívat ke svému rozvoji záměrně nebo náš život bez záměru utváří.

Dle Hodaň (2006) není důvod vyčleňovat z obecného pohybu pouze tělesné cvičení, ale je důležité vnímat ho jako celek v tom nejširším slova smyslu. Osob cvičících je totiž mnohem méně než osob pohybujících se. Z hlediska oslovení většinové společnosti je tedy důležité tuto skutečnost neopomíjet a tančit se na všechny níže zobrazené sféry.

Tabulka 1. Členění prostoru kinantropogie (Hodaň, 2007)



Pohyb je vnímán jako prostředek k vytváření vztahů mezi vnitřním a vnějším prostředím organismu. Je způsobem jak se přizpůsobit a vyrovnat s okolními i vnitřními změnami. Z fylogenetického hlediska mluvíme o biopsychosociální adaptaci (Bursová & Rubáš, 2006). Z pohledu aktuálního stavu je tedy pohyb základním prvkem jak se vyrovnat s nastalou situací. Lze tedy předpokládat, že jedince lze ovlivnit skrze změnu vnějších podmínek a jeho následnou reakcí na ně.

Bursová a Rubáš (2006) dále uvádí, že lidský pohyb je řízen CNS, tudíž je jeho činnost závislá na psychické a intelektové úrovni jedince. Zpětně tedy lze do určité míry ovlivnit mentální úroveň a především psychické procesy. Z historického hlediska máme několik důkazů, že vztah pohybu k tělesným a psychickým vlastnostem byl znám již v Číně, Indii, ve starověkém Řecku i Římě. Dokazují to jednotlivé i dnes dobře známe systémy – kalokagathia, kung-fu nebo jóga, které kladou důraz na harmonický rozvoj celé osobnosti.

Slepička, Hošek a Hátlová (2006) uvádí, že lidská motorika stimuluje lidské myšlení. Význam pohybu je pro člověka zásadní a to především pohyb emancipovaný, vedený za nějakým záměrem prostřednictvím herních činností. Je zaveden termín ludologie, jako věda zabývající se problematikou her. Hrou lze dosáhnout různých situací a různých postojů zúčastněných. Dalším využitím je nastavení modelových situací, díky kterým můžeme u jedinců vyvolat požadované reakce a případné změny.

Z biologického hlediska dochází během pohybové aktivity k neurovegetativním změnám. Zvyšuje se šetřící vliv parasympatického systému (n.vagus) a snižuje se tonus sympatiku. V těle se dále odehrávají metabolické změny. Dochází k snížení hladiny škodlivého LDL cholesterolu, který se podílí na vzniku srdečních a cévních onemocnění, naopak se zvyšuje HDL cholesterol, který brání před vznikem aterosklerózy cév, snižuje se hladina tuku v krvi (předcházení diabetu) a zvyšuje se citlivost inzulinových receptorů. Pohyb zajišťuje rychlejší upotřebením tuků (Riegerová et al., 2006).

Dle Světové zdravotnické organizace lze zdraví člověka vnímat jako stav úplného fyzického, psychického a sociálního blaha, tedy jako celkově uspokojivý životní pocit člověka (ang. well-being) v úrovni tělesné, duševní i společenské. Nelze tedy zdraví vnímat pouze jako pasivní stav bez přítomnosti nemoci a jakékoli jeho výkyvy vyřešit „zázračnou pilulkou“. Je potřeba se na celkovém zdravotním stavu aktivně podílet a vyhledávat možnosti jak předcházet nebo napravovat činitele, ovlivňující zdraví.

Kalman et al. (2009, 20) dodává: „Být aktivní není jen názor či rozhodnutí, je to nutnost k žití, tedy pokud chceme žít zdravý, plnohodnotný život.“

Pohybová aktivita je tedy základním prostředkem pro udržení vnitřní rovnováhy. V kontextu s narušením na některé její úrovni, např. psychickým onemocněním, musíme celkovému zdravotnímu stavu a psychický pohodě věnovat větší pozornost. Často se díky přidruženým chorobám nebo zhoršenému zdravotnímu stavu nedaří potlačit následky primárně řešeného onemocnění.

2.1.1 Pohybová aktivita a duševní zdraví

Správně zvolená pohybová aktivita a její pravidelnost pozitivně ovlivňuje zdraví jedince a kladně tak působí na jednotlivé složky psychické stránky osobnosti. Člověk tak kompenzuje stresové vlivy, zvyšuje si sebedůvěru a seberealizaci, zažívá příjemné a radostné zážitky při sportu a upevňuje aktivní postoj k vlastnímu zdraví (Dvořáčková, 2011).

Z fyziologického hlediska má pohybová aktivita blahodárný vliv na centrální nervový systém. V důsledku pohybové činnosti se zvětší přívod živin a kyslíku do mozku a tím se znásobí nervové spoje a vlasečnice. Mozek se tak více prokrvuje a využívá více energie a zlepšuje paměť. Díky tomu získává odolnost vůči všem typům stresu. Dále produkuje hormony – endorfiny (laicky hormony štěstí), což pomáhá navozovat příjemný psychický stav (Vondruška & Barták, 1999).

Problematiku pojmu duševního zdraví vystihuje Lesný & Špitz (1989). Definice duševního zdraví pouze jako nepřítomnost poruchy nebo nemoci není dostačující, neboť by pak stačilo pouze vyloučit, že se žádná porucha nebo nemoc nevyskytuje. Opačný přístup pak hodnotí duševní zdraví jako pozitivní kvalitu. Tento postup je výhodnější, avšak podstatně těžší pro klasifikaci. Proto z historického hlediska pojednává vždy o kategorizaci duševních poruch a ne o stupních a definicích duševního zdraví. Duševním zdravím tedy rozumíme jednotu, kdy psychické procesy probíhají nerušeně, optimálně, jsou mezi sebou dobře vyváženy a kdy je člověk schopen správně, pohotově a přiměřeně reagovat, řešit běžné i mimořádné úkoly, být aktivní a využívat všech možností své osobnosti, stále se vyvíjet a zdokonalovat.

Mezi další změny vyvolané pohybovou aktivitou, které pozitivně působí na psychický stav jedince, řadíme zkvalitnění spánku, zdokonalování dovedností a vědomostí, zlepšení sociálních vztahů a umožnění seberealizace. Obecně je známo, že fyzická činnost odbourává psychické napětí a pomáhá k celkové duševní a fyzické pohodě. Pohyb tedy získává na důležitosti zejména u osob s duševním onemocněním.

McDevitt (2006) ve své studii poukazuje na vnímání vlivu pohybové aktivity na své zdraví přímo pacienti psychiatrické péče. Oslovení pacienti hovořili o vnímaných bariérách a přínosech při cíleném vykonávání pohybové aktivity. Mezi nejčastěji udávané bariéry patří limitace jejich symptomů, vliv medikamentů a váhové kolísání. Mezi přínosy řadí obecnou prospěšnost vykonávání pohybových aktivit na duševní i fyzické zdraví, pohlavní a věkovou různorodost skupin, ve kterých se setkávali a podpora těchto skupin při dlouhodobých cílech.

Dle Frankové (1995) je prokazatelné, že mnoho psychických problémů jako lehké deprese, pocity méněcennosti, apatie nebo světobol lze mnohem snadněji příznivě ovlivnit pohybovou aktivitou než psychoterapiemi nebo psychofarmaky.

Na to navazuje Pastucha (2007), který se zabývá vlivem pohybové aktivity v oblasti úzkostných a depresivních symptomů. V klinické praxi se zaměřuje na využití pohybové aktivity jako přídatné terapeutické metody. Podtrhuje minimum nežádoucích účinků (při správné indikaci a volbě parametrů) a dále současný pozitivní vliv na často přidružené somatické obtíže. Dále také na úsporu nákladů na léčbu. Vliv pohybové aktivity hodnotí jako řadu působících faktorů rozdělené na fyziologické (biologické) a kognitivně behaviorální.

Fyziologické hypotézy působení

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

Psychologické hypotézy působení

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

Pohybovou aktivitu lze u některých psychických problémů vybrat jako hlavní léčebný proces a ne pouze jako doplňující terapii. U těžších poruch jako schizofrenie nebo afektivní poruchy nelze nahradit užívání psychofarmatik. Medikamentózní léčba má v tomto případě nezastupitelnou funkci. Lze ji však doplnit o terapie, které celkově zlepší zdravotní stav.

Dle Sørensen (2006), který se zabýval motivací pacientů pro vykonávání pohybové aktivity, pokud jim byla nabídnuta jako součást léčby, je zcela zřejmý pozitivní vliv pohybové aktivity. Pacientům byla doporučena vhodná pohybová aktivita, kterou měli vykonávat pravidelně jako součást léčby. Výsledek šetření vypovídá o rozdílnosti přístupů a kladení důležitosti tomuto doporučení jednotlivých pacientů. Někteří doporučení ignorovali a pohybovou aktivitu nevykonávali. Více než polovina účastníků šetření se účastnila některých činností v závislosti na aktuálním rozpoložení a náladě. Skupina pacientů vzala doporučení vážně a aktivně se zapojovala do všech pohybových programů.

Zemánková (1996) poukazuje na důležitost pohybu a svalové aktivity. Tonus (svalové napětí) je aktuální stav. Při smutku naše tělo ochabuje a při radosti se vzpruží. Pohybová aktivita má tedy vliv na emocionální ladění člověka.

Stejskal (2004) uvádí, že člověk provozující pravidelně pohybovou aktivitu má zvýšený pocit důvěry ve své schopnosti, snadněji rozptýlí obavy a stresy denního života a je méně agresivní. Zvýšená pracovní kapacita a lepší koordinace mu umožňuje snadněji zvládnout každodenní úkoly. Pravidelné cvičení upravuje abnormality nálady a zmenšuje depresi a neopodstatněné obavy a vytváří nové pozitivní myšlenky, které utlačují ty negativní. V tomto smyslu je pohybová aktivita doporučovanější než relaxační techniky. V těžších případech onemocnění se doporučuje kombinace psychoterapie a pravidelné pohybové aktivity. Fyzicky aktivní člověk má zvýšenou produkci nervových přenašečů a modulátorů, které snižují bolest a zlepšují náladu. Po delším přerušení pohybové aktivity mu tak cvičení začne chybět.

Na pravidelnou pohybovou aktivitu si člověk navykne nejen díky nastavení fyziologických pochodů v těle, ale také z hlediska sociálního, kdy je naučen v určitou dobu vykonávat určitou činnost, případně se potkávat s určitými lidmi.

2.1.2 Zdravotní způsobilost

Česká republika ve svém zákonném systému upravuje zdravotní způsobilost k různým činnostem např. zdravotní způsobilost k práci, zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel, zdravotní způsobilost ke studiu a přípravě na budoucí povolání. Angažovanými

institucemi jsou Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s dalšími zainteresovanými orgány. V roce 2012 byl podán návrh na vyhlášku upravující zdravotní způsobilost k tělesné výchově a sportu, který přímo ovlivňuje i zdravotní způsobilost osob s duševním onemocněním. Jedná se o doplnění zákona 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách.

Vyhláška se týká oblasti výkonnostního sportu, vrcholového sportu, organizovaného sportu nebo sportovní školy, dále rekreačního sportu a zdravotně náročných sportovních disciplín. O odborné posouzení lékařem může požádat sportovec, žák nebo v případě nezletilosti jeho zákonný zástupce. Prohlídka v oblasti výkonnostního nebo vrcholového sportu, případně v oblasti vzdělávání ve sportovních školách se uskutečňuje ve formě vstupní prohlídky a dále navazujících pravidelných prohlídek s možností mimořádné lékařské prohlídky. Pro ostatní zmíněné oblasti postačí jednorázová lékařská prohlídka. Součástí každé lékařské prohlídky musí být rodinná anamnéza se zaměřením na výskyt náhlého úmrtí, rozbor údajů o dosavadním vývoji zdravotního stavu posuzované osoby a dosud prodělaných onemocnění a užívaných léčivých přípravků a komplexní fyzikální vyšetření s důrazem na posouzení stavu a funkce orgánů a systémů, které budou sportem zatěžovány.

Tabulka 2. Zdravotně náročné sportovní disciplíny (převzato z návrhu vyhlášky o zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a sportu)

| |
|--|
| <p>Zdravotně náročné sportovní disciplíny bez ohledu na úroveň soutěže jsou</p> <ol style="list-style-type: none">1. sportovní disciplíny s vysokým rizikem poškození zdraví sportovce nebo jeho okolí úrazem (například ragby, box, kickbox, zápas, judo, karate a další bojové, úpolové sporty s plným kontaktem, motorismus),2. sportovní disciplíny s vysokým rizikem selhání základních životních funkcí v důsledku přetížení pohybového, termoregulačního, metabolického, oběhového, dechového, endokrinního, nervového nebo jiného systému organismu (například sportovní akce v otužileckém plavání, soutěže s vytrvalostními výkony trvajících déle než 2 hodiny, kterými jsou zejména běžecké, lyžařské nebo cyklistické maratóny a ultramaratóny, dálkové plavání, triatlony, další víceboje vytrvalostního charakteru, turistické pochody v délce nejméně 50 km),3. sportovní disciplíny se ztíženou dostupností pomoci (například potápění, paragliding, horolezecké expedice nad 4000 m n.m., distanční soutěže v námořním jachtingu),4. sportovní aktivity prováděné v extrémních podmínkách zevního prostředí (například extrémně nízká nebo vysoká teplota, hyper a hypobarie, vysoké přetížení),5. letectví a parašutismus (například let v kluzácích, závěsných kluzácích, balónech). |
|--|

Tabulka 3. Nemoci, vady, nebo stavy, které vylučují nebo omezují zdravotní způsobilost ke sportu nebo tělesné výchově (převzato a vybráno z návrhu vyhlášky o zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a sportu)

VI. Poruchy duševní a poruchy chování

1. závažná psychiatrická onemocnění a poruchy mentální vývoje
2. poruchy příjmu potravy
3. závislosti
4. poruchy pozornosti včetně navozených léčbou

Výše zmíněný návrh vyhlášky, který navazuje na zákon 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách je v rozporu s dalšími strategickými dokumenty a mezinárodními úmluvami. Nejvýrazněji se nesoulad projevuje v souvislosti Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením (OSN, 2006), který Česká republika ratifikovala před více než 5 lety. Dokument OSN nastavuje rovný přístup ke sportu, tedy i školní TV a volnočasovým pohybovým aktivitám. Ministerstvo zdravotnictví svými návrhy vytváří spíše podmínky pro neúčast osob se zdravotními potížemi, než hledání možností k uplatnění mezinárodních norem. Návrh vyhlášky je dlouhodobě v připomínkovém řízení.

2.2 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ

Dle Lesného & Špitzla lze duševní zdraví a onemocnění považovat za protikladné procesy, které se do interakce dostávají až druhotně. Porucha není součástí osobnosti ani se nevčleňuje do jejího vývoje, ale vpadá do vývoje jako nový, cizí element, který jej ovlivňuje, přerušuje nebo zastavuje. Za duševní poruchu se považuje zřetelná porucha duševní činnosti, která je specifická v klinických projevech a je rozpoznatelná podle určitých znaků. Stupeň její závažnosti ovlivňuje pracovní schopnost, mění sociální vztahy a účast v sociálních aktivitách nebo, u dětí, snižuje školní výkon a narušuje chování a vztahy s dospělými i vrstevníky. Onemocnění se vždy nějakým způsobem dotýká celé osobnosti.

Duševní porucha tedy prostupuje celou osobností člověka v širokém pojetí psychických procesů, projevů v myšlení, prožívání a chování člověka a znesnadňuje mu tak jeho fungování.

Dle Boučka a kol. (2011) můžeme duševní onemocnění chápat jako výsledek genetického základu a vlivů prostředí fyzikálních, toxických, biochemických až po psychologické a sociální.

Dle Mentzose (2005) je duševní onemocnění narušení osobnosti, které zahrnuje kromě tzv. abnormních a psychopatických osobností také charakterové neurotické poruchy.

2.2.1 Příčiny duševního onemocnění

Dle Dvořáčkové (2011) jsou do jisté míry příčiny duševního onemocnění neprobádanou kategorií a to díky šíři faktorů, které mohou v projevu psychických nemocí hrát svou roli. Přesto došlo během posledního desetiletí k velkému rozmachu lékařských věd a tím i psychiatrických disciplín, které se touto problematikou zabývají. I přesto nelze s jistotou vyjmenovat veškeré příčiny vzniku duševního onemocnění. Jisté je, že jedinec má k nemoci jisté predispozice, jejímiž spouštěči jsou náročné životní situace. U každého psychicky nemocného jedince však sehrává roli více faktorů.

Při vývoji psychických onemocnění hrají svou roli genetické dispozice, psychosociální, psychodynamické, sociální, toxické, exogenní, biologické a biochemické faktory a také osobnostní struktura postiženého. (Bouček & kol, 2001).

2.3 PŘEHLED DUŠEVNÍCH A BEHAVIORÁLNÍCH PORUCH

Pro lepší orientaci uvádím přehled duševních a behaviorálních poruch, se kterými se lze v psychiatrických léčebnách setkat. Přehled je sestaven dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – MKN-10, jenž je výsledkem revize Světové zdravotnické organizace (WHO), a na které se podílela řada odborníků, komisí a konferencí na mezinárodní i národní úrovni. Organizace spojených národů, Mezinárodní organizace práce a regionální úřadovny SZO vyslaly na konferenci své reprezentanty, dále Rada pro mezinárodní organizace lékařských věd a dvanáct dalších nevládních organizací zabývajících se registrací rakoviny, hluchotou, epidemiologií, rodinným lékařstvím, gynekologií a porodnictvím, hypertenzí, zdravotními záznamy, preventivní a sociální medicínou, neurologií, psychiatrií, rehabilitací a sexuálně přenosnými nemocemi. Na přípravě desáté revize se svými připomínkami od zástupců odborných společností podílela i Česká republika (<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>).

Ke klasifikaci se dále paralelně používá americký manuál DSM IV, platící od r. 1994. MKN vychází z manuálu DSM III R (1987). V 60. a 70. letech se do popředí zájmu psychiatrů dostává snaha najít celostní profil nositele poruchy. Vznikají víceosé (multidimenzionální) klasifikační systémy, které předpokládají rovnocenný význam jednotlivých os.

Tabulka 4. Osy klasifikačních systémů MKN-10 a DSM IV

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

Tabulka 5. Poruchy duševní a poruchy chování dle MKN-10
(<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>)

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

2.3.1 F00-F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických

Dle Smolíka (2002) je klasifikace této skupiny značně obtížná. Odborníci se však shodují, že za organické duševní poruchy lze označit skupinu poruch, které jsou vymezeny v možnosti průkazu jejich etiologie. Ta je dána onemocněním, úrazem nebo jiným poškozením mozku, které dále vedou k přechodné nebo trvalé mozkové dysfunkci. Termín symptomatické duševní poruchy se vztahuje k duševním poruchám vznikajících jako důsledek systémové nemoci bez zjištěné mozkové patologie.

2.3.2 F10-F19 Duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

Porucha, která je způsobená užíváním psychoaktivních látek, je duševní nebo behaviorální porucha vzniklá užíváním jedné nebo více psychoaktivních látek nezávisle na tom, zda jsou, nebo nejsou předepsány lékařem. Psychoaktivní látky můžeme klasifikačně specifikovat na alkohol, opioidy, kanabinoidy, sedativa nebo hypnotika, kokain, jiná stimulantia, včetně kofeinu, halucinogeny, tabák a inhalační látky. Požívání těchto látek vyvolává klinické stavy, které zahrnují akutní intoxikaci, nebezpečné užívání, syndrom závislosti, odvykací stav s deliriem, psychotickou poruchu, psychotickou poruchu s pozdním začátkem a amnestický syndrom (Smolík, 2002).

Při praxi v Psychiatrické léčebně Šternberk jsem se nejčastěji setkala s pacienty s poruchami vyvolanými užíváním alkoholu a s poruchami vyvolanými užíváním opioidů.

Dle Smolíka (2002) je nejčastěji užívanou psychoaktivní látkou duševně zdravých i duševně nemocných jedinců alkohol. Způsobuje útlum a intoxikaci centrálního nervového systému. Je velmi obtížné stanovit rozdíl mezi sociálním pitím a abúzem (nadměrným užíváním). Alkoholismus bývá definován jako nadměrné požívání nápojů obsahujících alkohol, není tedy označením pro duševní poruchu. Duševní poruchy spojené s alkoholismem lze všeobecně rozdělit do dvou skupin a to poruchy přímo související s účinkem alkoholu na centrální nervový systém (alkoholová intoxikace, odvykací stav, halucinóza atd.) nebo poruchy související se chováním spojeným s užíváním alkoholu (abúzus alkoholu, syndrom závislosti). Pacient, který je závislý na alkoholu, bývá obvykle postižen v jedné z těchto oblastí: práce nebo škola, zdraví, rodinné vztahy; sociální fungování, právní problémy. Mezi opioidy řadíme přírodní opioidy (opium a morfin) a syntetické deriváty s podobnými účinky

např. diacetylmorfin (heroin), kodein, methadon, hydromorfin atd. Aplikace závisí na typu látky, některé látky se kouří, jiné se aplikují injekčně nebo se šňupou.

2.3.3 F20-F29 Schizofrenie, porucha schizotypální a poruchy s bludy

V této kategorii jsou poruchy vyznačující se přítomností psychotických příznaků. Pojem „psychotický“ se v historii zabývala celá řada autorů a do dnes žádná z definic nebyla všeobecně bez výhrad přijata. Dle DSM-IV znamená pojem „psychotický“ související s duševní poruchou ve sféře zřetelné halucinace bez náhledu na její patologický původ. U schizofrenie znamená pojem „psychotický“ bludy, jakékoli zřetelné halucinace, dezorganizovanou řeč nebo dezorganizované, případně katatonní chování.

F20 Schizofrenie

Nejrozšířenější duševní onemocnění, jehož klasifikace má nejbohatší historii a terminologii.

Schizofrenie je duševní porucha všeobecně charakterizována fundamentálním a charakteristickým narušením myšlení a vnímání, přičemž emotivita neodpovídá situaci nebo je oploštělá. Jasně vědomí a intelektuální kapacita zůstávají obvykle zachovány, i když v průběhu času se může vyvinout určitý kognitivní deficit. Narušení zahrnuje většinu základních funkcí, které poskytují normálnímu jedinci pocit osobitosti, jedinečnosti a sebekontroly. Jedince má často pocit, že většina jeho intimních myšlenek, pocitů a počinů je známá jiným osobám nebo je jim sdílena, a mohou se rozvinout bludy, vysvětlující tento pocit jako následek působení přirozených nebo nadpřirozených sil, které ovlivňují myšlenky nebo činy trpícího jedince často bizarním způsobem. Přestože není možné definovat přísně patognomické příznaky, zahrnují nejdůležitější psychopatologické fenomény: ozvučování myšlenek, vkládání nebo odmítání myšlenek, vysílání myšlenek, bludné vnímání a bludy kontrolovanosti, ovlivňování nebo ovládání halucinace hlasů komentujících nebo diskutujících o pacientovi se třetí osobou, poruchy myšlenkových pochodů, katatonie a negativní příznaky. Průběh schizofrenie může být kontinuální nebo epizodický, nebo je charakterizován jednou nebo více epizodami s úplnými remisemi. (Smolík, 2002, 153).

Dle Vágnerové (2004) schizofrenie nejčastěji vzniká v době dospívání, kdy se člověk začíná odpoutávat od své původní rodiny a měl by se osamostatnit. Jedinci, kteří jsou

nepříznivě disponovaní, precitlivělí a zranitelní to často nedokážou. Požadavky na osamostatnění jsou pro ně existenčně ohrožující, a proto mohou snadno vyvolat nepříznivé reakce.

F20.0 Paranoidní schizofrenie

„Schizofrenní porucha, při níž dominují relativně stále paranoidní bludy obvykle doprovázené halucinacemi, zvláště sluchovými, a dalšími poruchami vnímání. Narušení emotivity, vůle, řeši a katatnní příznaky buď chybějí, nebo jsou relativně nenápadné“ (Smolík, 2002, 160).

Dle Vágnerové (2004) je nemocný často velmi podezřavý k okolí, vztahovačný a v rámci svého bludu bývá přesvědčen, že je ohrožen nebo pronásledován, a že mu hrozí zničení nebo bude využit nadpřirozenými silami k nějakému účelu. Může se objevovat patologická žárlivost. Kvůli bludu ohrožení vzniká nebezpečí, že by nemocný mohl nic netušící osoby napadnout, aby se bránil.

F20.1 Hebefrenní schizofrenie

Tento typ schizofrenie vzniká nejčastěji v adolescenci nebo v rané dospělosti mezi 15 a 25 rokem. Jedince zasahuje v době, kdy si vytváří novou identitu a právě proto má tento typ schizofrenie velmi špatnou prognózu. Často se projevuje jako prohloubená puberta, šaškování před okolím a klackovitým chováním, které neodpovídá skutečnému věku. Charakteristická je porucha myšlení, emočního prožívání a nedostatek zábran v sociálním chování, projevující se necitlivostí a vulgaritou (Vágnerová, 2004).

Smolík (2002) dodává, že tato forma schizofrenie se projevuje emotivními změnami, proměnlivostí, nesystemizovanými bludy a halucinacemi, nevhodným a nepředvídatelným chováním a často manýrováním. Nálada je oploštělá a nepřiměřená situaci. Prognóza je špatná pro rychlý rozvoj negativních příznaků a ztrátě volných schopností.

F20.2 Katatonní schizofrenie

Forma schizofrenie nápadně postihující motorickou aktivitu. Vyskytuje se ve dvou formách a to nápadnou nadměrnou pohybovou aktivitou tzv. paradoxní jednání, nebo celkovým útlumem pohybové aktivity.

Katatonní schizofrenie je schizofrenní porucha, při níž jsou v popředí zřetelné a rušivé psychomotorické příznaky, které mohou střídavě měnit svou podobu mezi extrémy, jako jsou hypokineze a stupor, nebo povelový automatismus a negativismus. Po

dlouhá období se mohou udržovat strnulé postoje a pózování (nástavy). Kritické mohou být epizody zuřivého neklidu. Katatonní fenomény se mohou kombinovat se snovými stavy a s halucinacemi živých scén. (Smolík, 2002, 161-162).

F20.3 Nediferencovaná schizofrenie

„Stavy splňující kritéria pro schizofrenii, ale buďto je není možné zařadit k žádnému ze specifických subtypů, nebo obsahují rysy z více než jednoho z nich“ (Smolík, 2002, 163).

F20.4 Poschizofrenní deprese

„Depresivní epizoda, která může být dlouhá a která vzniká po odeznění schizofrenie. Musí být ještě přítomny některé schizofrenní příznaky, ale v klinickém obraze již nepřevládají“ (Smolík, 2002, 163).

F20.5 Reziduální schizofrenie

Jedná se o chronické stadium ve vývoji schizofrenního onemocnění, při kterém je jasná periodizace jednotlivých epizod. Od časného stádia, vymezeného jednou nebo více epizodami, k pozdějšímu stádium charakteristickému dlouhodobými negativními příznaky a zhoršením psychomotorického tempa, oploštění emotivity, pasivity a ztráty iniciativy, slabé neverbální komunikace i řeči a zhoršení sociální výkonnosti (Smolík, 2002).

F20.6 Simplexní schizofrenie

Pro simplexní schizofrenii je charakteristický časný a plíživý vznik. Na počátku se může jevit jako porucha osobnosti s nápadnou leností a sociální nepřizpůsobivostí. Nemocní nerespektují běžné sociální normy, potulují se, zahálejí. Jsou bez zájmu o cokoli, tráví celý dny v nečinnosti. Bývají apatičtí a artističtí, uzavírají se do sebe a izolují se od společnosti (Vágnerová, 2004, 349).

F25 Schizoafektivní poruchy

Jedná se o epizodické poruchy, kterou jsou charakteristické afektivností i schizofrenními příznaky, takže je nelze oprávněně diagnostikovat jako schizofrenii, ani jako depresivní nebo manickou epizodu. Lze je rozlišovat podle převládající manické, depresivní složky nebo jako smíšený typ (Smolík, 2002).

Schizoafektivní poruchy se obvykle rozvíjejí v rané dospělosti, mezi 20. a 30. rokem. Mívají akutní průběh a poměrně krátké trvání. Četnost takto postižených lidí v populaci je velmi nízká, nedosahuje ani hodnoty promile. Častěji jí trpí ženy než

muži, z tohoto hlediska se schizoafektivní porucha více podobá afektivním poruchám než schizofrenii, kde je poměr nemocných obou pohlaví vyrovnaný (Vágnerová, 2004, 367).

2.3.4 F30-F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)

Mezi hlavní projevy poruchy nálady se řadí změna nálady nebo afektu ve smyslu snížení (deprese se současnou úzkostí nebo bez ní) nebo zvýšení (hypománie, mánie). Obvykle tyto změny nálady doprovázejí změny všeobecné aktivity a většina druhotných příznaků je snadno srozumitelná v kontextu změn nálady nebo aktivity. Většina poruchy nálady se opakuje a jejich začátek bývá spojen se zátěžovými situacemi (Smolík, 2002).

F30 Mánická epizoda

Hypománie – je charakteristická trvale mírně nadnesenou náladou, vzrůstem energie a aktivity a obvykle zřetelně pociťovaným prožitkem dobré pohody a vysoké fyzické i duševní výkonnosti. Zvýšená sociabilita, hovornost, nenucenost, zvýšená sexuální energie a snížená potřeba spánku jsou často přítomny, ale ne do takové míry, aby vedly k závažnému narušení pracovní schopnosti nebo k sociální izolaci. Poruchy nálady a chování nejsou spojeny s halucinacemi a bludy. Epizoda hypománie začíná v typických případech náhle, s rychlým rozvojem příznaků v průběhu jednoho až dvou dnů. Trvá několik dnů, někdy ale i několik týdnů nebo měsíců.

Mánie – při ní je nálada přehnaně povznesená nezávisle na okolnostech, ve kterých se jedinec nachází, a může přecházet od neomalené žoviálnosti až po nekontrolovatelné hovornosti a snížené potřebě spánku. Není možné udržet pozornost a často se projevuje zřetelná roztržitost. Často dochází ke zvýšenému sebehodnocení s velikášskými myšlenkami a přehnanou sebedůvěrou. Ztráta normálních sociálních zábran může vyústit v nedbalé, nezodpovědné, nevhodné nebo příliš riskantní chování neodpovídající okolnostem ani charakteru jedince. Ke klinickému stavu mánie bez psychotických příznaků se mohou přidat bludy (obvykle velikášské) nebo halucinace (obvykle hlasů, které k postiženému jedinci přímo hovoří). Mánická epizoda by měla trvat nejméně jeden týden, ale může trvat i několik týdnů nebo měsíců (Smolík, 2002, 208-209).

F31 Bipolární afektivní porucha

Poruchy, vyznačující se dvěma nebo více epizodami, při nichž je úroveň nálady a aktivita pacienta zřetelně narušena. Toto narušení spočívá střídavě ve zvýšení nálady, vzrůstu energie a aktivity, jindy v poklesu nálady a úbytku energie a aktivity. Je charakterizována především epizodami mánie nebo hypománie, kterým předcházejí nebo po nich následují depresivní epizody. Jsou-li manické nebo depresivní příznaky přítomny při jediné epizodě, jedná se o epizodu smíšenou. Teprve další epizoda poruchy nálady, ať již manická nebo depresivní, může vést k diagnóze bipolární afektivní porucha (Smolík, 2002, 215).

F32 Depresivní epizoda

Depresivní epizoda je chorobný stav projevující se depresivními rysy. Podle intenzity a množství příznaků můžeme depresi specifikovat jako mírnou, střední nebo těžkou. Může být se somatickým syndromem nebo bez somatického syndromu. Těžkou formu lze dále dělit podle přítomnosti psychotických příznaků, které odpovídají nebo neodpovídají náladě. Depresivní epizoda by měla trvat nejméně dva týdny (Smolík, 2002, 223).

F33 Rekurentní depresivní poruchy

Porucha charakteristická opakovanými depresivními epizodami bez nezávislých epizod mánie v anamnéze, ale nevylučující krátké epizody hypmánie, které následují bezprostředně po depresivní epizodě. Těžší formy rekurentní depresivní poruchy mají mnoho společného s původními koncepcemi, jakou jsou maniodepresivní psychóza, depresivní typ, melancholie, vitální deprese, endogenní deprese. Předpokládá se u nich výskyt „somatického syndromu“ („melancholických rysů“), (Smolík, 2002, 230).

F34 Trvalé poruchy nálady (afektivní poruchy)

Do této skupiny patří poruchy nálady trvající dva roky nebo déle, obvykle s proměnlivou závažností, při nichž většina jednotlivých epizod není natolik výrazná, aby je bylo možno považovat za hypomanické nebo depresivní epizody. V některých případech mohou nasedat na trvalé afektivní poruchy rekurentní nebo na jednotlivé manické nebo depresivní epizody (Smolík, 2002, 238).

F38 Jiné poruchy nálady (afektivní)

Rozmanitost klinických obrazů poruch nálady je značná a nebývá výjimkou, že zejména na začátku klinického sledování pacienta není možné zařadit poruchu do již uvedených kategorií. V takovém případě je možné používat některou z nespecifikovaných kategorií nebo specifikovat poruchu jiným způsobem. Z nověji vyčleňovaných kategorií, které v současné době procházejí stadiem ověřování, uvádím smíšenou afektivní epizodu a rekurentní krátkou depresivní poruchu (Smolík, 2002, 245).

Perrotta (2010) se zabýval vlivem pravidelné pohybové aktivity na pacienty s úzkostí a depresivními stavy. Prokázal jednoznačné zlepšení stavu a to z důvodů pozitivního vlivu pohybové aktivity na zlepšení kvality spánku pacientů. Dále na eliminaci celkového napětí a stimulaci představitosti. Vykonávání sportovní činnosti také pacienty nutí hledat nové a rychlejší způsoby rozhodování, což jim může pomoci i v běžném životě.

Van de Vliet (2003) ve své studii prokázal přímé propojení mezi zlepšením psychického stavu ženských pacientů s depresí při vykonávání pravidelné pohybové aktivity. Poukazuje na vhodný výběr aplikovaných pohybových scénářů a individuální přístup ke každému pacientovi.

2.3.5 F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

Tato kategorie sdružuje poruchy, u kterých se vyskytuje porucha osobnosti, nebo jsou charakteristické dlouhodobou, hluboce zakotvenou poruchou chování (Smolík, 2002).

F60.1 Schizoidní porucha osobnosti

Pacienti s touto poruchou bývají nápadně introvertní, oploštělí v citovém prožívání a vyznačují se apatií k okolnímu světu, především kontaktu s ostatními lidmi (Vágnerová, 2004).

Dle Smolíka (2002) jsou lidé s tímto postižením narušeni v oblasti emočních, společenských a jiných kontaktů. Upřednostňují fantazii, samotářství a introspektivní rezervovanost.

2.4 PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNY V ČESKÉ REPUBLICE

V České republice máme možnost svobodné volby kdo, a kde nás bude léčit. Do péče psychiatrické léčebny může být pacient přijat na základě dobrovolnosti, ale také zde může být umístěn na základě soudního rozhodnutí v případě, kdy může představovat značné nebezpečí pro sebe nebo své okolí. Psychiatrická léčebna je speciální zařízení, které obvykle dlouhodobě poskytuje péči osobám se závažným duševním onemocněním. Historicky první léčebna v Evropě byla založena v roce 1784 ve Vídni. Nyní máme v České republice 13 psychiatrických léčeben, které se liší ve svých léčebných postupech i spektru poskytovaných služeb.

Nelze dohledat jednotný termín pro osobu s duševní poruchou, která dobrovolně vyhledá péči psychiatrické léčebny nebo jí je soudně nařízena. Zatímco legislativní zakotvení psychiatrické péče často užívá termínu „uživatel péče“, odborná zdravotnická veřejnost se přiklání k termínu „pacient“. Pro účely této práce a její zdravotnická východiska bude dále užito jen termínu „pacient“.

Psychiatrické léčebny poskytují zdravotní péči za podmínek, které jsou upraveny v zákoně 372/2011 Sb. o zdravotních službách.

Tabulka 6. Zdravotní péče dle zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách

Zdravotní péčí se rozumí

- a) soubor činností a opatření prováděných u fyzických osob za účelem
 1. předcházení, odhalení a odstranění nemoci, vady nebo zdravotního stavu (dále jen „nemoc“),
 2. udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního a funkčního stavu,
 3. udržení a prodloužení života a zmírnění utrpení,
 4. pomoci při reprodukci a porodu,
 5. posuzování zdravotního stavu,
- b) preventivní, diagnostické, léčebné, léčebně rehabilitační, ošetrovatelské nebo jiné zdravotní výkony prováděné zdravotnickými pracovníky za účelem podle písmene a).

Dle odborníků (viz kapitola 2.2.1 Pohybová aktivita a duševní zdraví) lze souborem činností prováděných za účelem předcházení, odhalení a odstranění nemoci, vady nebo zdravotního stavu považovat pravidelně provozovanou pohybovou aktivitu. To samé platí i

v druhém bodě pro udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního a funkčního stavu a bodě tři pro udržení a prodloužení života a zmírnění utrpení.

Česká psychiatrická společnost na svých oficiálních stránkách informovala, že ve spolupráci s pacienty se podařilo prosadit změny v zákoně O zdravotních službách č. 372/2011 Sb. Dle této změny má pacient právo na poskytování zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí při zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb (<http://www.psychiatrie.cz/>).

Reforma psychiatrické péče

Dle odborníků se systém současné psychiatrické péče dožaduje reformy, protože neodpovídá nárokům 21. století a není schopen při rostoucím počtu pacientů dostát podmínkám kvalitní péče. Výskyt duševních poruch trvale stoupá a v dnešní době patří k druhému nejčastějšímu důvodu pro přiznání invalidního důchodu. Ministerstvo zdravotnictví chystá reformu psychiatrické péče, jejíž koncept by měl být dokončen v polovině roku 2013. Koncept připravují odborníci na základě mnohaletých diskuzí a požadavků odborných zařízení. 1. náměstek ministra zdravotnictví Marek Ženíšek dodává, že vznikající projekt nevzniká ve sterilním úřednickém prostředí, ale svůj hlas při přípravě má široká škála zainteresovaných skupin, zejména odborná psychiatrická společnost, ale i zástupci pacientů. Důležitým momentem je zajištění financování projektu a to z evropských zdrojů, což přidává projektu na uskutečnitelnosti. Výsledná koncepce se bude týkat všech, kteří mají problémy související s duševním onemocněním. Jedná se o přímé spotřebitele péče, jejich rodiny nebo osob, které o ně pečují (http://www.mzcr.cz/dokumenty/reforma-psychiatricke-pece-ve-svetle-lecebny-v-bohnicich_7597_2778_1.html).

Na stejných webových stránkách je publikován výrok 1. náměstka ministra zdravotnictví Marka Ženíška: „Velký kus práce se vůči lidem s hendikepem udělal například u tělesně postižených, byť i zde máme stále co zlepšovat. Oproti nim jsou ale potřeby lidí s psychickými problémy stále opomíjeny.“

Kvalita Očima Pacientů

Tento projekt je založen na myšlence, že o kvalitě služby v konečném důsledku, vždy rozhoduje její uživatel. Proto je tlak z jeho strany považován za nejefektivnější nástroj zvyšování kvality poskytovaných služeb nejen v oblasti zdravotnictví. Projekt se snaží vzdělávat pacienty, zvyšovat jejich sebevědomí a uplatnit jejich svobodnou volbu. Sami pak vytlačí nekvalitní služby tím, že jich nebudou využívat. O kvalitě služeb je pak důležité

veřejnost informovat. Výzkum Kvalita Očima Pacientů se rozvíjí od roku 2001 a týká se měření kvality zdravotních služeb ve zdravotnických zařízeních různých zřizovatelů, tedy i psychiatrických léčeben, které mají na stránkách tohoto projektu vlastní oddělení (<http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/Pacient.html>).

Tabulka 7. Rating zdravotnických zařízení podle projektu Kvalita Očima Pacientů (převzato a upraveno z <http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/Kategorizace-a-certifikace.html#Kategorizace>)

| RATING | PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNY |
|---|--|
| A+ významně nadstandardní | PL Červený Dvůr (2011) PL Bílá Voda (2011) PL Kosmonosy (2010) |
| A nadstandardní | PL Bohnice (2012) PL Jihlava (2011) PL Šternberk (2011) PL Opava (2010) |
| A- standardní | PL Horní Beřkovice (2011) PL Kroměříž (2011) PL Brno (2009) |
| B+ mírně pod standardem | |
| B pod standardem | PL Havlíčkův Brod (2010) |
| B- významně pod standardem | PL Dobřany (2010) |

2.4.1 Východočeský kraj

2.4.1.1 Psychiatrická léčebna v Havlíčkově Brodě

Psychiatrická léčebna v Havlíčkově Brodě poskytuje zdravotní služby dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Nabízí ambulantní a následnou lůžkovou zdravotní péči v oborech psychiatrie, dětská a dorostová psychiatrie, gerontopsychiatrie, léčba návykových nemocí a sexuologie. Pro pacienty je nabízena i

somatická zdravotní péče především v oborech geriatric a vnitřní lékařství. Pro dopravní obslužnost je k dispozici zdravotnická dopravní služba. Pro své zaměstnance poskytuje léčebna pracovnělékařské služby. Léčebna je státní příspěvkovou organizací, jejímž zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví ČR. Z historického hlediska navazuje léčebna na Zemský ústav pro choromyslné založený v Německém Brodě r. 1928. Celkem se zde nachází 710 lůžek. Roční počet příjmů pacientů se pohybuje kolem 2500. V nemocnici pracuje 650 zaměstnanců, z toho 510 tvoří zdravotničtí pracovníci (lékaři, psychologové, všeobecné sestry, zdravotně-sociální pracovníce, sanitáři), zbytek pracovníků jsem z oblasti hospodářsko-technických služeb. Nemocnice je rozdělena na 11 primariátů, má celkem 23 lůžkových oddělení a samostatný ambulantní primariát pro centrální příjem pacientů. Léčebna má nadregionální působnost. Její spádové území zahrnuje oblast východních Čech, okresy Havlíčkův Brod, Benešov, Kutná Hora, Kolín, Pardubice, Chrudim, Ústí nad Orlicí, Svitavy, Hradec Králové, Náchod, Rychnov nad Kněžnou. Léčebna spolupracuje s poskytovateli zdravotních služeb ve svém spádovém území, především s těmi, kteří poskytují zdravotní péči v oblasti psychiatrie. Pracovníci léčebny kladou důraz na odbornou i lidskou kvalitu zdravotnické péče. Je podporováno i vzdělávání zdravotnických pracovníků. Nemocnice je držitelem akreditací pro praktickou část postgraduálního specializačního vzdělávání lékařů v základních oborech psychiatrie a geriatric. Dle léčebny jsou v oblasti péče o duševní zdraví psychiatrické léčebny v současné době v České republice páteř lůžkové zdravotní péče a významným způsobem se podílejí na výchově a vzdělávání zdravotnických pracovníků pro psychiatrické obory (<http://www.plhb.cz/>).



Obrázek 1. Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod

2.4.2 Jihomoravský kraj

2.4.2.1 Psychiatrická léčebna v Brně

Psychiatrická léčebna v Brně je odborným léčebným ústavem a je zřízena Ministerstvem zdravotnictví. Finance pro svou činnost získává z úhrad za poskytnutou zdravotní péči od zdravotních pojišťoven, Krajského úřadu Jihomoravského kraje, Magistrátu města Brna, z darů a vlastní činnosti. Poskytuje komplexní lůžkovou péči dospělým se všemi druhy psychických poruch, ústavní ochranou léčbu sexuologickou, psychiatrickou, protitoxikomanickou a protialkoholní včetně kombinovaných druhů. Dále ambulanci péči v oborech psychiatrie, neurologie, interna a psychoterapie. Mezi její další činnosti patří provozování terénní zdravotní služby, protialkoholní záchranné stanice a ústavní lékárny. Léčebna má v současnosti kapacitu 830 hospitalizovaných pacientů, o které se stará zhruba 650 pracovníků (<http://www.plbrno.cz/>).



Obrázek 2. Psychiatrická léčebna Brno, Černovice

2.4.2.2 Psychiatrická léčebna v Jihlavě

Psychiatrická léčebna v Jihlavě má celostátní působnost a poskytuje veškerou lůžkovou psychiatrickou péči s výjimkou dětské psychiatrie. Nejčastěji hospitalizuje pacienty z okresů Jihlava, Pelhřimov, Třebíč, Jindřichův Hradec, Žďár nad Sázavou a Tábor. Mimo komplexní psychiatrickou a diagnostickou péči ústavní i ambulanci dále zajišťuje činnost ústavní lékárny. Léčebna je státní příspěvkovou organizací zřizovanou Ministerstvem zdravotnictví ČR. Ředitelka léčebny je statutárním orgánem oprávněným jednat jménem léčebny ve všech záležitostech. Organizační členění a řídicí vztahy jsou upraveny v organizačním řádu. V současné době disponuje léčebna 520 lůžky na 19 odděleních.

V areálu se nachází 7 léčebných pavilonů, 3 objekty k bydlení, kulturní dům a další provozní a technické budovy jako prádelna nebo kotelna. V areálu je také park, zahradnictví a ZOO koutek s venkovní jízdárnou pro provozování hippoterapie (<http://www.plj.cz/>).



Obrázek 3. Psychiatrická léčebna Jihlava

2.4.2.3 Psychiatrická léčebna v Kroměříži

Psychiatrické léčebna v Kroměříži si vždy dokázala obhájit svou nezastupitelnost na Moravě. Za svou vitalitu vděčí především obětavé práci zaměstnanců a své vysoké odbornosti poskytované zdravotní péče. Léčebna se vždy snažila zavádět nejmodernější způsoby léčby a po celou dobu své existence se udržuje na předních místech mezi ostatními léčebnami v České republice (<http://www.plkm.cz/cs/uvod>).

Od roku 2011 je léčebna zapojena do projektu „Život za plotem“. Tento projekt poskytuje podporu lidem s chronickým duševním onemocněním při návratu do běžného života a je financován ze zdrojů Evropské unie. Díky tomu vznikla nová pobytová a terénní služba sociální rehabilitace Zahrada, kterou provozuje Oblastní charita Kroměříž. Léčebna se ve spolupráci s charitou snaží podpořit navazující sociální služby (<http://www.plkm.cz/soubory/zivot-za-plotem.pdf>).



Obrázek 4. Psychiatrická léčebna Kroměříž

2.4.3 Severomoravský kraj

2.4.3.1 Psychiatrická léčebna v Opavě

Psychiatrická léčebna v Opavě je příspěvkovou organizací, jejímž zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví ČR. Jedná se o odborný léčebný ústav určený pro diagnostiku, léčbu a posouzení duševních chorob, léčení alkoholových a drogových závislostí. Léčebna má 863 lůžek, ročně poskytne péči 6500 pacientům. Hlavními úkoly léčebny jsou poskytování komplexní psychiatrické péče, ochranné a ústavní léčby, podílení se na vědecko-výzkumné činnosti, zabezpečování doškolování vlastních pracovníků a provádí zdravotně výchovnou a osvětovou činnost (<http://www.plopava.cz/>).



Obrázek 5. Psychiatrická léčebna Opava

2.4.3.2 Psychiatrická léčebna ve Šternberku

Psychiatrická léčebna Šternberk vznikla v roce 1990 jako státní rozpočtová organizace, od roku 1991 má formu příspěvkové organizace. V právních vztazích vystupuje svým jménem a nese odpovědnost z nich vyplývající. Posláním léčebny je poskytování zdravotní péče osobám postiženým duševními poruchami, u nichž je třeba specializované péče ústavní nebo ambulantní. V rámci své hlavní činnosti léčebna vykonává psychiatrickou péči v souladu s koncepcí oboru psychiatrie na úrovni současných vědeckých poznatků a vytváří k tomu vhodné podmínky, vykonává ochranné léčení uložené soudem, zabezpečuje pro hospitalizované osoby zdravotní služby v ostatních medicínských oborech, provádí ve svém spádovém území zdravotně výchovnou činnost, podílí se na preventivní péči včetně služeb laboratoře, lékárny a odborných ambulantních služeb a podílí se na pregraduální praktické výuce studentů FF UP (<http://www.plstbk.cz/>).



Obrázek 6. Psychiatrická léčebna Šternberk

2.4.3.3 Psychiatrická léčebna v Bílé Vodě

Psychiatrická léčebna v Bílé Vodě je malým zařízením disponujícím 150 lůžky. Ke své ústavní psychiatrické léčbě přijímá osoby s pojištěním starší 15 let a to ze stanoveného spádového území okresu Jeseník. Mimo tuto oblast přijímá pacienty pouze po předchozí domluvě. Diagnostické spektrum pacientů zahrnuje všechny duševní poruchy dle kapitoly MKN-10. Speciální léčebná péče je vyhledávána zejména užívateli péče trpícími závislostí na alkoholu a jiných psychoaktivních látkách, pro které je k dispozici několik léčebných programů včetně začlenění do terapeutické komunity pro drogově závislé (<http://www.oblibene.biz/pl.bila.voda/>).



Obrázek 7. Psychiatrická léčebna Bílá voda

2.4.4 Severočeský kraj

2.4.4.1 Psychiatrická léčebna v Horních Beřkovicích

Psychiatrická léčebna v Horních Beřkovicích byla založena v roce 1891 jako zařízení při Zemském ústavu pro choromyslné v Praze. V roce 1919 byl prohlášen za samostatný a

postupně vybuřoval několik pavilonů. Spádová oblast léčebny v dnešní době zahrnuje zhruba 1,5 obyvatel (<http://www.plhberkovice.cz/>).



Obrázek 8. Psychiatrická léčebna Horní Beřkovice

2.4.4.2 Psychiatrická léčebna v Petrohradě

Psychiatrická léčebna Petrohrad si klade za hlavní cíle udržet kvalitní zdravotní péči, bezpečnost jejího poskytování a předcházení možným rizikům. Dále také zajištění bezpečné péče kvalifikovaným zdravotním personálem za pomoci profesionální podpory zaměstnanců technickohospodářské správy (<http://www.plpetrohrad.cz/>).



Obrázek 9. Psychiatrická léčebna Petrohrad

2.4.5 Jihočeský kraj

2.4.5.1 Psychiatrická léčebna ve Lnářích

V roce 1991 se Psychiatrická léčebna Lnáře stala samostatnou příspěvkovou organizací zřizovanou Okresním úřadem ve Strakonicih. Hlavním předmětem činnosti

léčebny je poskytování odborné lůžkové a ambulantní psychiatrické péče. V současnosti má léčebna 70 lůžek a provozuje tři psychiatrické ambulance. Dále léčebna provozuje vlastní kuchyni, prádelnu a kotelnu. Zaměstnává celkem 65 pracovníků (<http://www.pllnare.cz/>).



Obrázek 10. Psychiatrická léčebna Lnáře

2.4.5.2 Psychiatrická léčebna v Červeném Dvoře

Psychiatrická léčebna v Červeném Dvoře vznikla v roce 1966 v areálu, který měl být zlikvidován. Vznik léčebny zachránil nejen areál, ale dal možnost i pacientům se závislostí na alkoholu. Specializace na léčbu závislosti na alkoholu se v léčebně uskutečňuje na čtyřech odděleních (<http://www.cervenydvor.cz/>).



Obrázek 11. Psychiatrická léčebna Červený Dvůr

2.4.6 Západočeský kraj

2.4.6.1 Psychiatrická léčebna v Dobřanech

Psychiatrická léčebna v Dobřanech je státní příspěvkovou organizací v přímé řídicí působnosti Ministerstva zdravotnictví a je samostatným právním subjektem. Organizace je odborným lůžkovým zdravotnickým zařízením, které zabezpečuje především dlouhodobou léčbu a léčebnou rehabilitaci nemocným pacientům všech věkových kategorií v návaznosti na akutní psychiatrickou léčbu. Kvalitní péče je zajištěna prostřednictvím specializovaných oddělení. K dalším činnostem léčebny patří výkon ochranných léčeb a hospitalizace osob v rámci soudně znaleckého pozorování, zajištění závodní preventivní péče pro zaměstnance, zajištění ambulantní péče a výkon ekonomický, provozní, technické, investiční, administrativní a další obdobné činnosti v rozsahu potřebném pro naplnění účelu svého zřízení (<http://www.pldobrany.cz/>).



Obrázek 12. Psychiatrická léčebna Dobřany

2.4.7 Středočeský kraj

2.4.7.1 Psychiatrická léčebna v Kosmonosech

U Mladé Boleslavi se nachází nejstarší psychiatrická léčebna českých zemí. Dnes je zdravotnickým zařízením s šesti sty lůžky a pěti sty zaměstnanci. Poskytuje hospitalizační i ambulantní psychiatrickou péči s využitím různých terapeutických postupů. V roce 2010 byl léčebně udělen rating A- v projektu Kvalita Očima Pacientů (<http://www.plkosmonosy.cz>).



Obrázek 13. Psychiatrická léčebna Kosmonosy

2.4.7.2 Psychiatrická léčebna v Bohnicích

Psychiatrická léčebna Bohnice je v současnosti největším psychiatrickým zařízením v České republice. Jeho historie se začala psát před více než sto lety, kdy se za Prahou začal stavět Královský zemský úřad pro choromyslné. Za svou stoletou historii se léčebna stala svědkem vývoje moderní psychiatrie. V léčebně je 31 lůžkových léčebných oddělení, léčí se v ní přes 1300 pacientů a péče je zajištěna více než tisícovkou zaměstnanců. Léčebna se dlouhodobě snaží o destigmatizaci psychických onemocnění a usiluje o propojení života „za plotem“ se životem „venku“, tedy o integraci nemocných pacientů do běžného života. Jedním z příkladů je festival Mezi ploty, který každoročně probíhá v areálu léčebny (<http://www.plbohnice.cz/home1/cz>).

V roce 2009 stanovila Psychiatrická léčebna Bohnice vizi, že bude poskytovat integrovanou psychiatrickou péči v kontrolované kvalitě, vedoucí ke spokojenosti pacientů. V této strategii se objevují čtyři základní okruhy zodpovědnosti a to vůči pacientům, zaměstnancům, zřizovateli a společnosti. Naplňováním těchto strategií dochází ke změnám ve struktuře poskytovaných služeb. Zlepšuje se lůžková péče a vytváří se nové služby, které pomáhají pacientům ve složité fázi propuštění s hospitalizace. Vzniklá služba Komunitní terénní centrum poskytuje pacientům služby po propuštění v jejich přirozeném prostředí. Spolupracuje s dalšími službami následné zdravotní i sociální péče. V rámci této služby mohou pacienti kdykoli zavolat, promluvit si, poradit se a to jim dodává jistotu a pomáhá jim lépe se znovu začlenit do běžného života. Evropské reformní snahy o zrušení institucionální péče se často potýkají s velkými problémy. Zrušení léčeben totiž není cílem reformy, ale jejím důsledkem. Pozvolná transformace služeb bohnické léčebny ukazuje, že v praxi může

fungovat (http://www.mzcr.cz/dokumenty/reforma-psychiatricke-pece-ve-svetle-lecebny-v-bohnicich_7597_2778_1.html).



Obrázek 14. Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha

3 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

3.1 CÍL PRÁCE

Hlavním cíle práce je analýza názorů zdravotnických pracovníků psychiatrických léčeben na vliv pohybových aktivit na své pacienty.

Dílním cílem je sestavit databázi psychiatrických léčeben v České republice obsahující jejich vztah k pohybovým aktivitám a obsah skutečně realizovaných pohybových programů jako doplňujícího prostředku léčebného a rehabilitačního procesu.

3.2 ÚKOLY PRÁCE

Na základě vytyčení hlavního a dílního cíle jsem si stanovila následující úkoly:

- 1) Provést analýzu zdrojů.
- 2) Oslovení relevantních pracovníků léčeben pro spolupráci.
- 3) Vytvoření ankety vlastní konstrukce.
- 4) Realizace anketního šetření.
- 5) Sběr a analýza dat.

3.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

V této diplomové práci byly položeny následující výzkumné otázky:

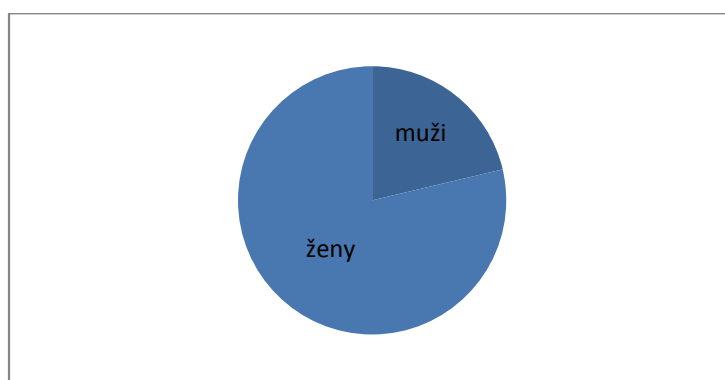
- Jsou odborníci z oblasti psychiatrie přesvědčeni o vlivu pohybových aktivit na duševní zdraví svých pacientů?
- Začleňují psychiatrické léčebny do svých programů pohybové aktivity a jak?
- Jaké jsou zkušenosti zdravotnických pracovníků psychiatrických léčeben s realizací pohybových aktivit?
- Jaký je zájem zdravotnických pracovníků psychiatrických léčeben podílet se na výzkumu vlivu pohybových aktivit na zdravotní stav svých pacientů?

4 METODIKA

4.1 CHARAKTERISTIKA SOUBORU

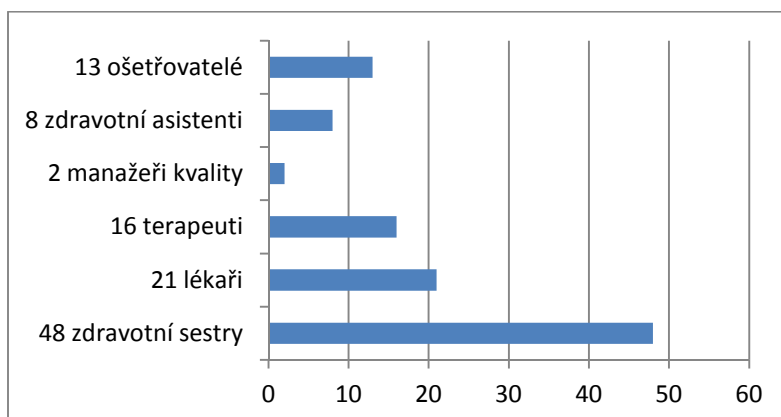
Do výzkumného šetření bylo zařazeno všech čtrnáct psychiatrických léčeben na území České republiky. Ty byly osloveny, aby vyjádřily svůj zájem o podílení se na výzkumném šetření v oblasti vlivu pohybových aktivit na osoby s duševním onemocněním. Ze čtrnácti léčeben se šest přihlásilo k bližší spolupráci a zajímalo se o její obsah. S osobami, které léčebny pověřily tímto projektem, byly díky elektronické komunikaci stanoveny podmínky spolupráce a možnosti léčebny podílet se na vyplnění anket vlastní konstrukce. Ty se dále staly podkladem pro zjištění současné situace využívání pohybových aktivit v psychiatrických léčebnách. V průvodním dopise byli osloveni odborníci v oblasti psychiatrie, což zahrnuje specialisty, ale i zdravotnický personál, který se o pacienty stará zejména v oblasti využití jejich volného času v léčebně.

Anketa vlastní konstrukce byla vytvořena v papírové i v elektronické podobě, což umožnilo snadnější získání informací. Psychiatrická léčebna v Bílé Vodě oslovila 30 pracovníků, z toho se ke zpracování vrátilo 30 vyplněných anket. Psychiatrická léčebna ve Šternberku rozdala 20 papírově zpracovaných anket na dětském oddělení, z toho se pro další zpracování vrátilo 5 anket. Další zúčastněné léčebny poskytly elektronické zpracování anket pro své pracovníky. Dle elektronické komunikace se zástupci zúčastněných léčeben, psychiatrická léčebna v Brně, psychiatrická léčebna v Bohnicích, psychiatrická léčebna v Opavě a psychiatrická léčebna v Havlíčkově Brodě, se podařilo od odborníků z oblasti psychiatrie získat ke zpracování celkem 73 vyplněných anket. Celkem lze tedy vyhodnotit 108 zpracovaných anket vlastní konstrukce.



Obrázek 15. Grafické znázornění účasti mužů a žen na anketním šetření

Výzkumného šetření se účastnili pracovníci psychiatrických léčeben na těchto pozicích:



Obrázek 16. Grafický přehled zúčastněných pracovních pozic psychiatrických léčeben.

4.2 VÝZKUMNÉ METODY A TECHNIKY

Pro výzkumné šetření bylo užito analýzy dokumentů a internetových zdrojů, dále domácích i zahraničních databází. Academic Research Library, Bibliographia medica Českoslovaca, Biological Abstracts, Clinical Evidence, EBM Reviews, EBSCO, EMBASE, Knovel, MEDLINE a ProQuest, kde byly pod hesly „psychiatric and physical activity, physical activity and mental illness, sport, mental health, psychical health“ vyhledány související články. Dále byla užita dotazovací metoda v kruhu psychiatrických specialistů. Na základě získaných informací byla sestavena anketa vlastní konstrukce o sedmi otázkách, z toho dvou s otevřenou odpovědí. Anketa byla zasílána do psychiatrických léčeben v podobě papírové nebo elektronické ve formě internetového odkazu. Informace získané z anketního šetření byly zpracovány do grafické podoby. Pro dotvoření uceleného pohledu na problematiku byly podrobeny analýze webové stránky jednotlivých psychiatrických léčeben a prozkoumány regionální zprávy o činnostech jednotlivých léčeben.

4.3 POSTUP PRÁCE

V roce 2010 probíhala praxe na dětském oddělení Psychiatrické léčebny ve Šternberku. Tuto praxi organizovali studenti psychologie Univerzity Palackého v Olomouci. Jejich program byl založen na kreativním trávení volného času a pro malé pacienty připravovali program skládající se z výtvarné činnosti případně drobných her. Praxe byla nabídnuta i na Katedře aplikovaných pohybových aktivit. Studenti aplikovaných pohybových

aktivit do projektu v léčebně přispěli svým pohledem na trávení volného času dětí a přípravou širokého spektra her, které děti mohly v určeném čase vykonávat jak v malé tělocvičně tak venku. Vznikl projekt Společná cesta, který spojil jak výtvarný, tak sportovní program. Mé výzkumné šetření vychází z faktu, že nejen dětem, ale i dospělým velmi prospělo využívání volného času v léčebně pomocí pohybových aktivit.

Tento fakt byl konzultován s odborníky z oblasti psychiatrie. Všichni potvrdili, že vhodně zvolená pohybová aktivita má pozitivní vliv na duševní zdraví jedince. Soubor vhodných pohybových aktivit byl nejčastěji u pacientů se schizofrenií nebo depresí aplikován v zahraničí. Byly prostudovány zahraniční odborné články a materiály a sestaven souhrn, který sumarizuje střípky záměrného užívání pohybové aktivity pro zlepšení stavu pacientů s duševním onemocněním. Tímto byly získány empirické zkušenosti.

Na základě zjištěných informací, bylo nutné zjistit v jaké formě a jestli jsou pohybové aktivity užívány v psychiatrických léčebnách v České republice. Byla sestavena anketa vlastní konstrukce a to v papírové i elektronické podobě (viz Příloha 2. Anketa vlastní konstrukce) a byly osloveny psychiatrické léčebny v České republice. Proběhlo etické řízení, kdy jednotlivé etické komise oslovených léčeben vyhodnocovaly vhodnost zapojení se do projektu. Šest ze čtrnácti bylo ochotno spolupracovat na výzkumném šetření. Byla jim zaslána anketa a byla navázána i elektronická komunikace týkající se této problematiky. Zpětně byl proveden sběr dat, jejich vyhodnocení a celkové zhodnocení stavu využívání pohybových aktivit v psychiatrických léčebnách v České republice.

5 VÝSLEDKY A DISKUZE

5.1 DATABÁZE

Sestavená databáze obsahuje veřejně dostupné informace, které lze nalézt v internetových zdrojích. U léčeben, které se zapojily do anketního šetření (PL Bílá Voda, PL Šternberk, PL Brno, PL Bohnice, PL Opava, PL Havlíčkův Brod), jsou přidány informace o skutečně realizované pohybové činnosti pacientů. Všeobecná povědomost o prospěšnosti pohybové aktivity na duševní a fyzický stav vede člověka, v této chvíli v roli pacienta, k individuálnímu vyhodnocení participace na pohybových programech léčebny. Zatímco zahraniční i české studie zakládají své výzkumné šetření na prokazatelně pozitivních výsledcích pravidelně prováděné, vhodně zvolené pohybové aktivity na konkrétní symptomy duševního onemocnění, v popředí by měl zůstat globálnější problém a to motivace osob pravidelně doporučenou pohybovou činnost vykonávat. V současné situaci léčebny primárně volí pohybové aktivity jako doplněk pobytu pacientů v léčebně, jako možnost, jak trávit volný čas a jak pacienty zabavit. Teprve sekundárně se o pohybové aktivitě, nejčastěji ve formě pohybové terapie, uvažuje jako o prostředku léčby, které lze dále rozvíjet.

Psychiatrická léčebna v Havlíčkově Brodě

Mezi sportovní aktivity léčebny patří rozcvičky, vycházky do přírody, hraní volejbalu a nohejbalu na hřišti v areálu, v podvečerních hodinách volné využití volejbalového a nohejbalového hřiště, dále mezi nabízené volnočasové aktivity patří aerobik a hudební klub. Zázemí léčebny nabízí využití bazénu, posilovny, tělocvičny a tenisového kurtu. Dětské oddělení poskytuje dětem mimo školní vyučování trávit svůj čas venku na vycházkách do přírody nebo do města. Několikrát do roka jsou pro děti pořádány celodenní výlety s naučným výchovným programem, v letním období týdenní táborové pobyty. V letním období děti využívají venkovní bazén u pavilonu (<http://www.plhb.cz/sites/default/files/Katalogaktivitodd1A.pdf>).

Anketní šetření potvrzuje využívání léčebnou nabízených pohybových činností pacienty. Jednotlivá oddělení si organizují ranní nebo dopolední rozcvičky a dle závažnosti onemocnění je pacientům povoleno procházet se po areálu nebo mimo něj. Jednotlivé zájmové skupiny pacientů si organizují sportovní činnost, ke které lze využít účelová sportovní zařízení v areálu léčebny. Jedná se o doplňující činnost, které není věnována potřebná pozornost, a možnosti této léčebny nejsou plně využity. Největší koncentrace

cílených pohybových programů je na dětském oddělení psychiatrické léčebny, kde je nutno program pro děti organizovat. Vzhledem k výsledkům anketního šetření v otázce zájmu zdravotnických pracovníků o rozvíjení pohybových aktivit jako záměrného prostředku pro zlepšení duševního zdraví a konzultací s lékaři léčebny, by bylo vhodné zvolit novou pozici pro organizování cíleného pohybového programu pro pacienty léčebny.

Psychiatrická léčebna v Brně

Mezi aktivity léčebny patří především bohatá nabídka terapií včetně kondičního cvičení a terapeutických vycházek. Bohatá je také nabídka výtvarných činností, především keramika. Pacienti se v průběhu své léčby, dle závažnosti onemocnění, mohou pohybovat v parku léčebny a po absolvování úvodní části léčby mají možnost využít vycházek do města a výjezdů do domácího prostředí, což je má především připravit na bezproblémový návrat domů. Oddělení psychiatrické rehabilitace pacientům nabízí léčebnou tělesnou výchovu, fyzioterapii, léčbu prací, kulturní a rekreační terapii s dílnami pro ergoterapii a léčebnou výchovu k soběstačnosti (<http://www.plbrno.cz/>).

Brněnská psychiatrická léčebna využívá různých terapií pro doplnění léčby duševního onemocnění. V nabídce těchto terapií najdeme i pohybovou terapii nebo léčebnou tělesnou výchovu, která je nabízena pacientům dle doporučení ošetřujícího lékaře. Jednotlivá oddělení si organizují společnou volnočasovou činnost ve formě skupinového nebo individuálního kondičního cvičení nebo vycházek v doprovodu zdravotnického pracovníka, nejčastěji ošetřovatele.

Psychiatrická léčebna v Jihlavě

Sportovní aktivity jsou brány jako doplňkové terapeutické metody. Pacienti se účastní na léčebných a kulturních programech v odborných dílnách a klubech. Dále léčebna spolupracuje s Psychorehabilitačním centrem a to především na přípravě pacientů na readaptaci pro propuštění z léčebny. Pro pacienty jsou pravidelně pořádány kulturní akce jako promítání filmů, divadlo a koncerty v Divadle Na Kopečku. Divadlo je také využíváno jako prostor pro seberealizaci pacientů a podporuje aktivity v oblasti psychiatrické a psychosociální rehabilitaci (<http://www.plj.cz/>).

Psychiatrická léčebna v Kroměříži

Mezi aktivity léčebny patří různé druhy terapií, drobné práce, nácvik relaxačních metod a asertivity, možnost vycházek a cvičení, víkendové dovolenky, provozování léčebné

tělesné výchovy, společenské akce a výlety za kulturou. Pacienti mají k dispozici prostor, kde je možné sportovní vyžití a jiné aktivity jako grilování. Ve vnitřních prostorech je k dispozici rotoped a zájemci se mohou zapojit do hodin jógy v Klubu pacientů. Na oddělení pro léčbu neuróz jsou povinné rozcvičky, alespoň hodinu denně kolektivní sport. Pro dětské oddělení jsou pořádány v průběhu prázdnin enuretická soustředění a ozdravné pobyty pro děti s ADHD se sportovně a kulturně zaměřenou náplní (<http://www.plkm.cz/cs/uvod>).

Psychiatrická léčebna v Opavě

Léčebna nabízí možnost pronájmu kulturního domu pro pacienty, individuální i skupinový léčebný tělocvik. Pacienti se mohou procházet po areálu a parku a využít možnosti víkendové návštěvy domácího prostředí. V souvislosti se stavem pacienta jsou lékařem doporučeny různé léčebné i volnočasové aktivity a psychoterapie. Mezi volnočasové aktivity nabízené léčebnou patří stolní tenis, volejbal, plážový volejbal, nohejbal, fotbal, míčové hry, badminton, pracovní terapie, sportovní terapie a vodoléčba. Odloučené pracoviště v Horních Holčovicích dále nabízí dlouhodobé pobyty ve zdravém prostředí Nízkého Jeseníku. Dětské oddělení malým pacientům nabízí každý den zájmové aktivity jako sportovní hry, keramiku, jógu, hudebně dramatický a výtvarný kroužek, léčebnou tělesnou výchovu, která je zajištěna speciálním pedagogy dle individuálního zájmu dětí a indikací lékaře. Dále denně vycházky dle počasí a využití tělocvičny, která je součástí primariátu (<http://www.plopava.cz/idnex.html>).

Dle anketního šetření jsou ošetřující lékaři přesvědčeni o důležitosti doporučení vhodné pohybové aktivity pro své pacienty. Nabízejí jim možnost využívání sportovního zázemí léčebny ve formě skupinových i individuálních her. Další realizované pohybové činnosti se shodují s nabídkou léčebny.

Psychiatrická léčebna ve Šternberku

Léčebna svým pacientům nabízí bohatý rehabilitační program včetně skupinové i individuální léčebné tělesné výchovy, jógy, terapii tancem a ergoterapii. Péče je poskytována pacientům přímo na lůžkových odděleních nebo v areálu léčebny. V areálu se dále nachází tělocvična, jejíž prostředí splňuje normu pro výkonnostní sport, nalezneme zde nářadovnu a má oddělené šatny se sociálním zařízením. Pro dětské oddělení léčebny je k dispozici malá tělocvična, terapeutické místnosti a jedna školní třída. Za různými aktivitami malí pacienti odcházejí do zahrady, do rehabilitačního bazénu, velké tělocvičny, posilovny, keramické dílny a výtvarných ateliérů v areálu léčebny (<http://www.plstbk.cz/>).

V letech 2009-2011 se na dětském oddělení léčebny uskutečnil projekt Společná cesta v rámci evropského projektu Mládež v akci, při němž probíhala praxe studentů Univerzity Palackého v Olomouci. Studenti psychologie a aplikovaných pohybových aktivit každý pátek navštěvovali dětské oddělení s připraveným programem. V rámci času, který léčebna vymezila pro připravený program, se uskutečňovaly umělecké aktivity jako batikování, tvorba z papíru, výroba svíček atd. a pohybové aktivity, které byly do programu zařazeny později, jako lanové aktivity, pohybové hry, psychomotorické hry atd. Právě díky této praxi jsem si uvědomila důležitost zařazení pohybových aktivit do časového harmonogramu uživatelů péče a to nejen na dětském oddělení. Současná reformní situace v psychiatrii umožňuje odborníkům z oblasti aplikovaných pohybových aktivit začlenit pohybové aktivity do léčby nebo terapií uživatelů péče avšak stále chybí konkrétní zdravotní pracovníci, kteří by tuto činnost vykonávali. Praxe pro studenty je přínosná pro jejich rozvoj i pro léčebnu, která tak získá budoucí odborníky.

Tabulka 8. Harmonogram programu Společná cesta

| | |
|--------------|---|
| 15:30 | příjezd na oddělení a zahájení programu |
| 16:00 | program 1 - umělecké činnosti (10-15 dětí) program 2 - pohybové činnosti (max 10 dětí) |
| 16:45 | výměna skupin |
| 17:30 | ukončení programu |

Psychiatrická léčebna v Bílé Vodě

Součástí léčby jsou pracovní a sportovní terapie, výlety a relaxace. V areálu se nachází posilovna a v průběhu léčby je možno navštívit domácí prostředí. Při léčbě vznikla terapeutická komunita „FENIX“, která se specializuje na léčbu smíšených závislostí včetně alkoholu. Ta svým členům nabízí sportovní vyžití v podobě výletů na kole, běžkách, horolezectví a podobně, dále výlety a zátěžové akce. Ke svým účelům využívá prostředí Rychlebských hor a Jeseníků. Turistické výlety a sport si pacienti hradí sami. Pod vedením terapeutické komunity „FENIX“ se uskutečňuje Olympiáda terapeutických komunit (<http://www.oblibene.biz/pl.bila.voda/>).

V léčbě se uskutečňují výše zmíněné pohybové činnosti a to na úrovni, která odpovídá doporučením ošetřujícího lékaře v závislosti na zdravotním stavu pacienta. Zdravotnický personál se zapojuje do pohybových činností a herních trunajů pořádaných pacienty.

Psychiatrická léčebna v Horních Beřkovicích

Mezi rehabilitační aktivity léčebny patří pracovní terapie jako práce v dílnách, ruční práce a keramika, kulturní a tělovýchovná činnost, na otevřených oddělení vycházky, aktivizační činnosti jako rehabilitace a tělesná cvičení, dále zážitkové semináře a podpora zdravého životního stylu (<http://www.plhberkovice.cz/>).

Psychiatrická léčebna v Petrohradě

Z dostupných zdrojů nebyly zjištěny žádné možnosti využívat jakékoli pohybové činnosti pro pacienty léčebny, ať už ve volném čase nebo ve formě terapií.

Psychiatrická léčebna ve Lnářích

Léčebna provozuje rehabilitační aktivity jako keramickou dílnu, malířský ateliér, práci na zahradě, tělocvičnu a aktivity v areálu léčebny jako volejbal, pétanque, fotbálek nebo badminton (<http://www.pllnare.cz/>).

Psychiatrická léčebna v Červeném Dvoře

Mimo skupinové terapie se zde uskutečňují rehabilitační aktivity jako pracovní terapie, přednášky a volnočasové aktivity. Součástí léčby je zvládání některých rolí s větší zodpovědností za chod léčebny jako výpomoc v kuchyni, spoluvedení komunity a skupiny atd. (<http://www.cervenydvor.cz/>).

Psychiatrická léčebna v Dobřanech

Léčebna svým pacientům nabízí aktivity jako vycházky po nemocnici, společné vycházky, řízenou relaxaci a jógu pod vedením zkušených lektorů, drobné kulturní akce. Možnost kulturního i sportovního vyžití. V areálu je k dispozici několik hřišť. Do léčebny dochází i rehabilitační sestra pro korekci poruch hybnosti. Pacienti z dětského oddělení mohou na víkendy, prázdniny a svátky dojíždět domů nebo do dětských domovů. Je jim nabídnuta pohybová rehabilitace, relaxační klub, malá tělocvična, zastřešený bazén a multifunkční hřiště (<http://www.pldobrany.cz/>).

Psychiatrická léčebna v Kosmonosech

Psychiatrická léčebna svým pacientům nabízí širokou škálu terapií, včetně hipoterapie, která se uskutečňuje v jízdárně v areálu léčebny. Jednotlivá oddělení organizují drobné

pohybové činnosti pro své pacienty nebo si je pacienti organizují sami (<http://www.plkosmonosy.cz/b1v.html>).

Psychiatrická léčebna v Bohnicích

Léčebna v Bohnicích má bohatou historii i věhlasné jméno. Její pracovníci se snaží o aplikování moderních přístupů do praxe. Komunitní péče je zaměřena na terapeutické dílny. Pro pacienty je připravován bohatý program, který mohou upravovat dle svých aktuálních potřeb. Zastoupení pohybové činnosti zde nemá zasloužený význam. Jedná se pouze o doplňující činnost a pořádání jedno i vícedenních akcí jako „Slavnost kol“, „Mezi ploty“ a podobně. Pacienti mají možnost se individuálně podílet na pohybových aktivitách a využívat k tomu účelová sportovní zařízení v areálu léčebny.

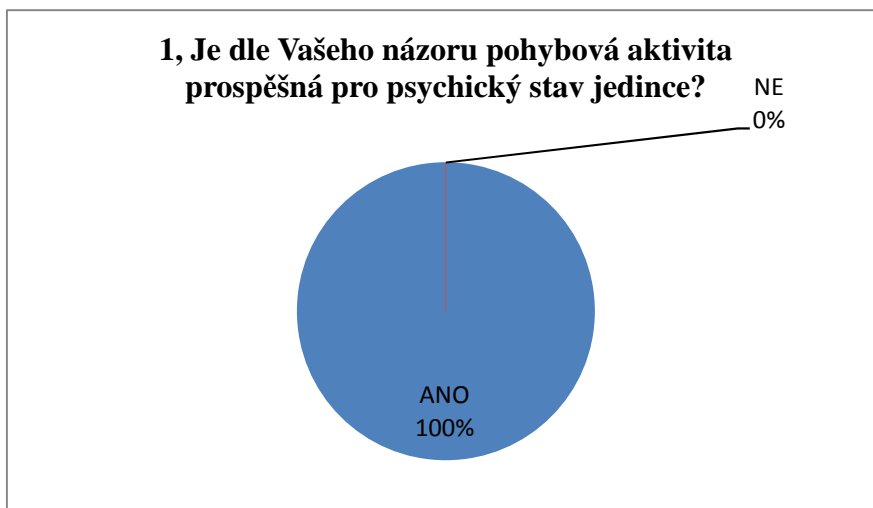
Léčebny mají tendenci podílet se na reformaci psychiatrické péče. Oblast poznatků vlivu pohybové aktivity na duševní zdraví v souvislosti s duševním onemocněním není velká. Pacienti i lékaři vnímají rozdílně důležitost pohybové aktivity. Je proto vhodné stanovit konkrétní pohybové scénáře, které budou aplikovány v kontextu diagnózy psychiatrické poruchy a závažnosti tohoto onemocnění. Dle získaných poznatků a zahraničních výzkumů, lze vycházet z možností léčeben a objektivního řešení vedení léčebny.

5.2 ANALÝZA ANKET

Anketního šetření se zúčastnily tyto léčebny:

- PL Bílá Voda
- PL Šternberk
- PL Brno
- PL Bohnice
- PL Opava
- PL Havlíčkův Brod

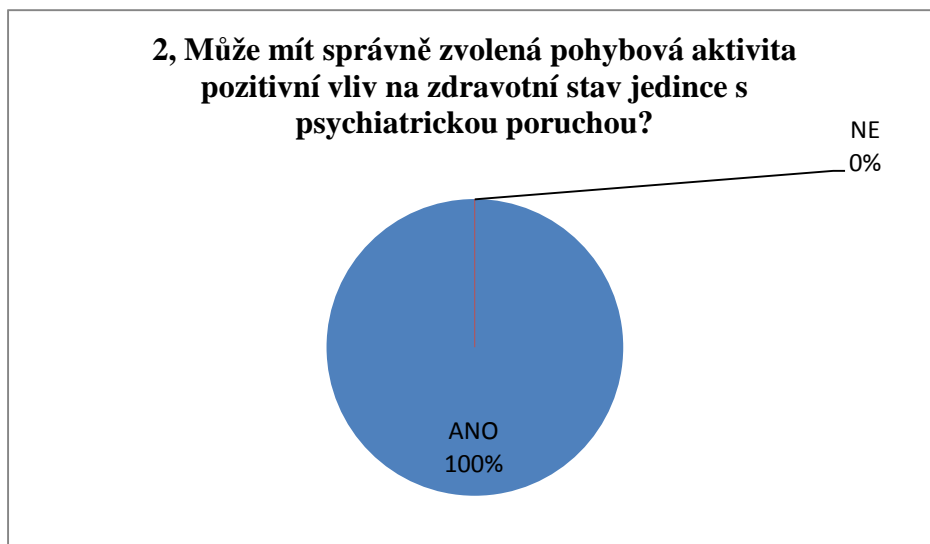
Výzkumné šetření podstoupilo 108 zaměstnanců psychiatrických léčeben. 35 anket bylo zpracováno v papírové podobě, 73 ve formě elektronické. Počet zaslaných anket v papírové podobě byl stanoven příslušnými pověřenými osobami psychiatrických léčeben. Vyplnění anket elektronickou cestou bylo zajištěno zpřístupněním internetového odkazu pověřenou osobou pro zaměstnance psychiatrických léčeben.



Obrázek 17. Grafické znázornění anketního šetření 1. otázka

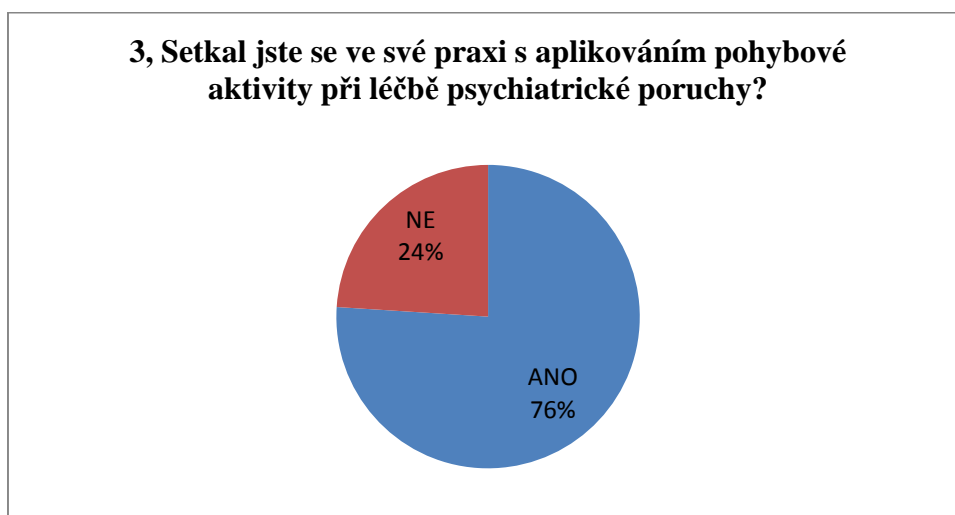
Dle získaných informací jsou odborníci z oblasti psychiatrie a zaměstnanci psychiatrických léčen, kteří denně pracují s osobami s duševním onemocněním a podílejí se na náplni jejich volnočasových aktivity, 100% toho názoru, že pohybová aktivita je prospěšná pro psychický stav jedince.

Všeobecná povědomost o prospěšnosti pohybové aktivity na duševní stav jedince neurčuje blíže formu vykonávané pohybové činnosti, ale široká veřejnost má díky vlastní zkušenosti fakt potvrzen. Dále je znám účinek pohybové aktivity na duševní zdraví, avšak konkrétní ukazatele zlepšení zdravotního stavu v případě duševní poruchy jsou známy pouze velmi obecně a v individuálních případech. Výzkumy zaměřené na prokázání vlivu pohybové aktivity na zdravotní stav byly realizovány nejčastěji pomocí silových cvičení. Pozitivní vliv tak může být zastíněn zlepšením fyzického zdravotního stavu a kondice, což má celkový vliv na psychickou stránku člověka, vede ke snížení hmotnosti a může vést ke snížené spotřebě potřebných medikamentů. Výzkumné šetření proběhlo jak na straně lékařských pracovníků, tak pacientů, kterých se problematika přímo týká. Sami pacienti potvrzují pozitivní účinky pohybové aktivity na svůj duševní stav v kontextu s duševním onemocněním.



Obrázek 18. Grafické znázornění anketního šetření 2. otázka

Výzkumné šetření prokázalo, že oslovení odborníci jsou 100% shodní v názoru, že vhodně zvolená pohybová aktivita může mít pozitivní vliv na zdravotní stav jedince s psychiatrickou poruchou, což dokládají i zahraniční články, jejichž výzkum potvrdil tento efekt pohybových aktivit především u pacientů se schizofrenií a depresí. Několik autorů se zabývalo problematikou vhodnosti pohybových činností a došlo k závěru, že ošetřující lékař může stanovit kontraindikační činnosti, který by vylučovaly pacientovu participaci na pohybové činnosti.

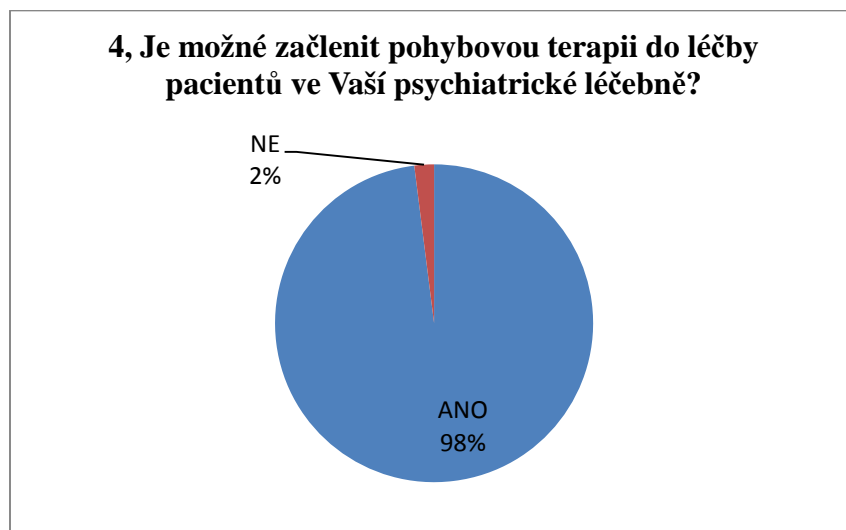


Obrázek 19. Grafické znázornění anketního šetření 3. otázka

76% dotazovaných respondentů se setkalo při své práci s aplikováním pohybové aktivity při léčbě psychiatrické poruchy. Z otevřené podotázky týkající se formy a osoby,

kteřá pohybové aktivity s pacienty realizuje, vyplývá, že pohybové aktivity, které jsou skutečně realizovány v psychiatrických léčebnách, se shodují s jejich prezentací na internetových stránkách. Jedná se tedy a doplňující program ve formě vycházek, ranních rozcviček, pohybový program v rámci terapeutických komunit, celodenních výletů, sportovních odpolední a dílčích sportovních aktivit, které zajišťuje zdravotnický personál nebo je pacientům umožněno vykonávat sportovní činnosti samostatně v závislosti na stupni jejich onemocnění.

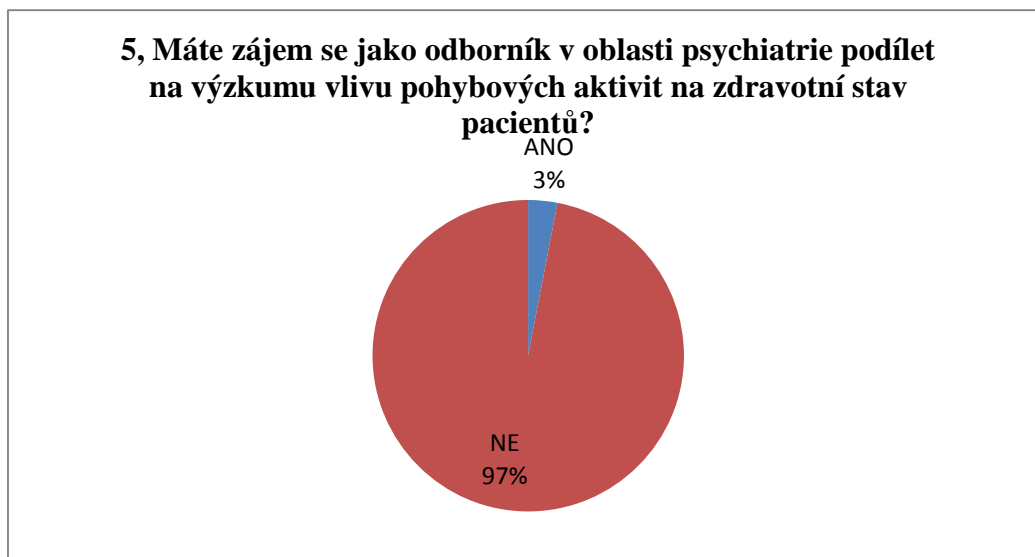
24% odpovídajících pak nemá žádné zkušenosti s využitím pohybových aktivit jako součásti léčby psychiatrické poruchy. Z rozvinuté podotázky však vyplývá, že 74% z nich má zájem o zařazení pohybové terapie do léčby pacientů.



Obrázek 20. Grafické znázornění anketního šetření 4. otázka

98% dotazovaných respondentů je přesvědčeno, že je možné začlenit pohybovou terapii do léčby pacientů v jejich psychiatrické léčebně. Z výsledku vyplývá, že na tuto otázku odpovídali kladně i tázání, jejichž předchozí odpověď dokazovala, že se v jejich léčebnách nebo na odděleních, kde pracují, žádné formy aplikace pohybových aktivit neuskutečňují. Je tedy nadpoloviční většina zdravotních pracovníků, kteří jsou přesvědčeni, že se v jejich léčebně může pohybový program pro pacienty uskutečňovat. Mezi faktory, které tuto skutečnost ovlivňují patří technické zázemí léčebny, personální zajištění a především finanční zdroje.

2% jsou pak přesvědčeni, že podmínky jejich léčebny nevyhovují pro zařazení žádných pohybových aktivit do léčby pacientů.



Obrázek 21. Grafické znázornění anketního šetření 5. otázka

Ze 108 odborníků z oblasti psychiatrie a dalšího zdravotnického personálu psychiatrických léčen nemá 97% další zájem podílet se na výzkumu vlivu pohybových aktivit na zdravotní stav svých pacientů. V anketě vlastní konstrukce nebyl dál prostor pro vyjádření, proč se respondenti nechtějí dalšího výzkumného šetření účastnit, přesto někteří připisovali své důvody, a to nejčastěji pracovní vytížení, které jim neumožňuje zabývat se ve volném čase výzkumnou činností.

3% respondentů by se rádo dále podílelo na výzkumu vlivu pohybových aktivit na zdravotním stavu pacientů. Jejich kontakty byly zadány do databáze spolu s odborníky psychiatrie a budou informováni o dalším rozvoji výzkumného šetření. Jejich názory budou ceněným přínosem.

6 ZÁVĚRY

Hlavním cílem této práce je analýza názorů zdravotnických pracovníků psychiatrických léčeben na vliv pohybových aktivit na své pacienty. Tento cíl se podařil naplnit. Je graficky zpracován a lze z něho čerpat informace pro další rozvoj výzkumného šetření v této oblasti. Všeobecně je odborná psychiatrická veřejnost přesvědčena o pozitivním vlivu pohybových aktivit na duševní zdraví svých pacientů, což dokládá anketní šetření i informace získané ze zahraničních zdrojů, kde se výzkumu, především v oblasti léčby depresí a schizofrenie, více věnují. Dále jsou zaměstnanci psychiatrických léčeben v nadpoloviční většině přesvědčeni, že lze v jejich léčebnách uskutečňovat pohybovou terapii nebo jinou formu aplikace pohybových aktivit při léčbě duševních onemocnění. V současné době jsou provozovány drobné pohybové aktivity jako výlety, sportovní odpoledne nebo organizovaných her pacienty v areálu léčeben, avšak pouze jako bezúčelná výplň volného času hospitalizovaných. Minimální počet odborníků přikládá pohybovým aktivitám takovou důležitost, jakou by si zasloužili. Jejich důležitost dokládají odborné články především ze zahraničí, kdy bylo prokázáno, že cílená a vhodně zvolená pohybová aktivity má nejen pozitivní vliv na duševní stav jedince, ale může být přímo využita jako součást léčby. Provozování pohybových aktivit zlepšuje psychický i fyzický stav pacientů, což snižuje riziko přidružených zdravotních problémů, snižuje potřebu medikace pacientů a druhotně tím šetří finance vynaložené na léčbu pacientů.

Dílním cílem poté bylo sestavit databázi psychiatrických léčeben v České republice obsahující jejich vztah k pohybovým aktivitám a obsah skutečně realizovaných pohybových programů jako doplňujícího prostředku léčebného a rehabilitačního procesu. Tento cíl byl částečně naplněn a to z důvodu těžko dostupných informací. Informace byly čerpány z internetových stránek léčeben, tudíž velmi záleželo, jakou důležitost léčebna svým stránkám přikládá a zda je ochotná o svém chodu informovat širokou veřejnost. I přesto, že byly všechny léčebny v tomto ohledu osloveny a byl jim udán důvod tohoto výzkumného šetření, nejčastěji z časových a pracovních důvodů si pověřené osoby nenašli čas na konzultaci v této oblasti. Získané informace v databázi jsou tedy souborem běžně dostupných informací, které jsou psychiatrické léčebny ochotny podat široké veřejnosti, případně zájemcům o hospitalizaci. Další dohledávání probíhalo na regionální úrovni, z tisku a dalších dostupných zdrojů. Z anketního šetření vyplývá, že udávané pohybové činnosti na stránkách jednotlivých léčeben se shodují s odpověďmi odborníků z oblasti psychiatrie a zdravotnického personálu v otázce skutečně realizovaných pohybových činností v areálu i mimo areál léčeben. Některé

léčebny jsou zapojeny do meziregionálních projektů. Tyto projekty jsou z velké části zaměřeny na přípravu pacientů na návrat do domácího prostředí. Přesto se mezi těmito komunitami uskutečňuje spolupráce a lze označit jejich doplňující činnost jako pořádání sportovních her a olympiád jako nejvyšší úroveň pohybových aktivit pacientů psychiatrických léčeben.

Stanovené výzkumné otázky.

- Jsou odborníci z oblasti psychiatrie přesvědčeni o vlivu pohybových aktivit na duševní zdraví svých pacientů?

Ano, odborníci z oblasti psychiatrie a další zdravotnický personál psychiatrických léčeben je přesvědčen o pozitivním vlivu pohybových aktivit na duševní zdraví svých pacientů, což dokládá výsledek anketního šetření i analýza zahraničních zdrojů.

- Začleňují psychiatrické léčebny do svých programů pohybové aktivity a jak?

Psychiatrické léčebny začleňují do svých programů pohybové aktivity jako celodenní výlety, sportovní odpoledne, volné využívání sportovních účelových zařízení v areálu léčeben pacienty na základě závažnosti jejich onemocnění a doporučení ošetřujícího lékaře. Většina léčeben a jejich jednotlivá oddělení vedou ranní rozcvičky a pacientům jsou umožněny vycházky po areálu i mimo něj opět v závislosti na závažnosti jejich onemocnění. Těmto pohybovým činnostem však není přikládána dostatečná důležitost ani není cíleně určován druh vykonávané pohybové aktivity, lékaři se spíše přiklání k možnostem léčeben.

- Jaké jsou zkušenosti zdravotnických pracovníků psychiatrických léčeben s realizací pohybových aktivit?

Zdravotničtí pracovníci realizují pohybové aktivity v rámci možností léčeben, případně zájmu pacientů. Nejčastěji se jedná o doprovod při výletech nebo vycházkách. Nejvíce se organizovanou pohybovou činností zabývají vzniklé komunity a jiná sdružení vzniklá při psychiatrických léčebnách. Při dětských odděleních bývají pořádány ozdravné pobyty a tábory, kdy se o program starají externí pracovníci nejčastěji z pedagogické nebo psychologické praxe.

- Jaký je zájem zdravotnických pracovníků psychiatrických léčeben podílet se na výzkumu vlivu pohybových aktivit na zdravotní stav svých pacientů?

Zájem o tuto výzkumnou činnost je minimální a to z důvodu pracovní a časové vytíženosti zdravotnických pracovníků, kteří by se rádi podíleli, ale svůj volný čas věnují jiným činnostem. Oborníci, kteří projevili svůj zájem se na výzkumné šetření dále podílet, byli zařazeni do databáze a o dalším průběhu a spolupráci budou informováni.

Doporučení pro praxi

Jako studentka aplikovaných pohybových aktivit spatřuji potenciál ve studentech tohoto oboru, který by se mohl v jedné ze svých specifikací zaměřit právě na oblast vlivu pohybových aktivit na duševní zdraví jedinců v oblasti psychiatrie. Pokud by odborníci z psychiatrické veřejnosti spolupracovali na vzdělávání našich studentů, byli by to právě studenti, kteří by výzkumné poznatky přenášeli do praxe. Vznikl by tak program cílených pohybových činností, který by byl vykonáván v psychiatrických léčebnách.

7 SOUHRN

Byla provedena analýza názorů zdravotnických pracovníků psychiatrických léčeben na vliv pohybových aktivit na své pacienty. Tato analýza prokázala, že psychiatrická veřejnost má jednotný názor na pozitivní vliv pohybové aktivity na duševní zdraví pacientů a psychiatrické léčebny jsou pro začlenění pohybových aktivit do programů připravovaných pro pacienty. Dále byla sestavena databáze psychiatrických léčeben v České republice, která obsahuje základní informace o léčebně a jejich vztah a využití k pohybovým aktivitám jako doplňujícího prostředku léčebného a rehabilitačního procesu. Anketní šetření prokázalo, že informace poskytované široké veřejnosti na internetových stránkách jednotlivých léčeben se shodují se skutečně realizovanými pohybovými programy v léčebnách. Zdravotnický personál léčeben je však otevřen cílenému začleňování pohybových aktivit do programů pacientů a jejich rozšíření. Analýza především zahraničních zdrojů prokázala výzkumné šetření v oblasti pohybových aktivit a duševního zdraví pacientů nemocných depresí nebo schizofrenií. Tyto poznatky se staly podkladem pro oslovení české psychiatrické veřejnosti a žádosti o jejich zapojení se do této problematiky.

Byla sestavena anketa vlastní konstrukce, kterou se rozhodlo vyplnit šest ze čtrnácti psychiatrických léčeben na území České republiky. Tedy méně než polovina. Realizace tohoto anketního šetření pomohla k rozvinutí další spolupráce s těmito léčebnami. Sběr a analýza dat je prezentována v grafickém znázornění a umožňuje tak přehledně získat ucelený pohled na obsah výzkumného šetření. Zájem oslovených pracovníků na dalším šetření je zastíněn jejich pracovními povinnostmi a časovým vytížením. Odborníci, kteří by se rádi chtěli dále podílet na rozvoji této problematiky, jsou tedy cennými spolupracovníky.

8 SUMMARY

There was an analysis made of views of health professionals psychiatric hospitals concerning the influence of physical activity to their patients. The analysis has proved that psychiatric community has a consensus on the positive effect of physical activity on mental health of patients and psychiatric hospitals are also for integration physical activities into their progres which are prepared for patients. Moreover there was a database of psychiatric hospitals in the Czech Republic formed. This database contains basic information about the hospital as well as their relationship and the use of physical activities as a complementary issue of the treatment and rehabilitation process. Information provided to the general public on the hospitals websites are corresponded with the real motion programs in hospitals as the results of the analysis proved. Besides those medical staff hospitals is open to integration aimed at physical activity programs to patients as well as their extension. The analysis of mainly foreign sources showed research in the area of physical activity and mental health of patients with schizophrenia or depression. These findings became basis materials for addressing Czech psychiatric public and requests for their involvement in this issue.

A survey of own design was formed. The survey was filled by 6 of the 14 psychiatric hospitals in the Czech Republic. That is less than half. Nevertheless, realization of the survey helped to develop further cooperation with these kinds of hospitals. Data collection and analysis are presented in graphical form which is easier to gain a comprehensive view of the content of the research. However the addressed profesionals are over shadowed of their work obligationas and they are in time press to work in further investigation. Thats why the profesionals who would like to participate in development of this issue, are very valuable collaborators.

9 REFERENČNÍ SEZNAM

Anonymous (n. d.). Retrieved 13. 6. 2010 from the World Wide Web:
<http://www.psychiatrie.cz/>

Anonymous (n. d.). Retrieved 17. 4. 2013 from the World Wide Web:
http://www.mzcr.cz/dokumenty/reforma-psychiatricke-pece-ve-svetle-lecebny-v-bohnicich_7597_2778_1.html

Anonymous (n. d.). Retrieved 28. 11. 2011 from the World Wide Web:
<http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/Pacient.html>

Anonymous (n. d.). Retrieved 5. 2. 2010 from the World Wide Web: <http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/Kategorizace-a-certifikace.html#Kategorizace>

Anonymous (n. d.). Retrieved 7. 1. 2013 from the World Wide Web: <http://www.plhb.cz/>

Anonymous (n. d.). Retrieved 18. 8. 2012 from the World Wide Web:
http://www.plhb.cz/sites/default/files/Katalog_aktivit_odd_1A.pdf

Anonymous (n. d.). Retrieved 12. 3. 2012 from the World Wide Web: <http://www.plbrno.cz/>

Anonymous (n. d.). Retrieved 23. 10. 2011 from the World Wide Web: <http://www.plj.cz/>

Anonymous (n. d.). Retrieved 19. 5. 2012 from the World Wide Web:
<http://www.plkm.cz/cs/uvod>

Anonymous (n. d.). Retrieved 11. 7. 2009 from the World Wide Web:
<http://www.plkm.cz/soubory/zivot-za-plotem.pdf>

Anonymous (n. d.). Retrieved 13. 2. 2011 from the World Wide Web: <http://www.plopava.cz/>

Anonymous (n. d.). Retrieved 2. 12. 2012 from the World Wide Web:
<http://www.plopava.cz/index.html>

Anonymous (n. d.). Retrieved 11. 9. 2010 from the World Wide Web: <http://www.plstbk.cz/>

Anonymous (n. d.). Retrieved 23. 2. 2010 from the World Wide Web:
<http://www.oblibene.biz/pl.bila.voda/>

Anonymous (n. d.). Retrieved 15. 1. 2011 from the World Wide Web:
<http://www.plhberkovice.cz/>

Anonymous (n. d.). Retrieved 7. 6. 2011 from the World Wide Web:
<http://www.plpetrohrad.cz/>

Anonymous (n. d.). Retrieved 17. 11. 2010 from the World Wide Web: <http://www.pllnare.cz/>

Anonymous (n. d.). Retrieved 14. 6. 2012 from the World Wide Web:
<http://www.cervenydvur.cz/>

- Anonymous (n. d.). Retrieved 15. 2. 2010 from the World Wide Web:
<http://www.pldobrany.cz/>
- Anonymous (n. d.). Retrieved 22. 3. 2011 from the World Wide Web:
<http://www.plkosmonosy.cz>
- Anonymous (n. d.). Retrieved 14. 8. 2010 from the World Wide Web:
<http://www.plbohnice.cz/home1/cz>
- Anonymous (n. d.). Retrieved 9. 11. 2012 from the World Wide Web:
http://www.mzcr.cz/dokumenty/reforma-psychiatricke-pece-ve-svetle-lecebny-v-bohnicich_7597_2778_1.html
- Barták, K. & Vondruška, V. (1999). *Pohybová aktivita ve zdraví i nemoci*. Hradec Králové: Klinika tělovýchovného lékařství FN a LFUK.
- Bursová, M., & Rubáš, K. (2006). *Základy teorie tělesných cvičení*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni.
- Franková, A. (1995). *Bud' fit i v zaměstnání*. Praha: Motto.
- Havlíčková, L. & kol. (2004). *Fyziologie tělesné zátěže I. Obecná část*. Praha: Karolinum.
- Hodaň, B. (2006). *Sociokulturní kinantropologie I. Úvod do problematiky*. Brno: Masarykova univerzita.
- Hodaň, B. (2007). *Sociokulturní kinantropologie II. Systémové pojetí tělesné kultury*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kalman, M. & kol. (2009). *Podpora pohybové aktivity pro odbornou veřejnost*. Olomouc: ORE-institut.
- Lesný, I., & Špitz, J. (1989). *Neurologie a psychiatrie pro speciální pedagogy*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- McDevitt, J. & kol. (2006). Perceptions of Barriers and Benefits to Physical Activity Among Outpatients in Psychiatric Rehabilitation. *Journal of nursing scholarship*, 1(38), 50-55.
- Ministerstvo zdravotnictví. (2012). Návrh vyhlášky o zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a sportu. Retrieved from http://www.mzcr.cz/Legislativa/obsah/oddeleni-legislativy-zdravotnich-sluzeb-a-primo-rizenych-organizaci_1799_11.html.
- Parlament ČR. (2011). *Zákon 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách*. Praha: Autor.
- Perrotta, F. (2010). The Beneficial Effects of Sport on Anxiety and Depression. *Journal of Physical Education and Sport*, 3(28), 94-99.
- Riegerová, J., Přidalová, M., & Ulbrichová, M. (2006). *Aplikace fyzické antropologie v tělesné výchově a sportu (příručka funkční antropologie)*. Olomouc: Hanex.

Slepička, P., Hošek, V. & Hátlová, B. (2006). *Psychologie sportu*. Praha: Karolinum.

Smolík, P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy* (2nd ed.). Praha: Maxdorf.

Sørensen, M. (2006). Motivation for physical activity of psychiatric patients when physical activity was offered as part of treatment. *Scandinavian Journal of medicine and science in sports*, 16, 391-398.

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

Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající osoby*. Praha: Portál.

Zemánková, M. (1996). *Pohyb nad zlato*. Olomouc: Hanex.

10 PŘÍLOHY

Příloha 1. Průvodní dopis

Příloha 2. Anketa vlastní konstrukce

Příloha 1. Průvodní dopis

Vážené dámy a pánové,

byli jste osloveni jako odborníci v oblasti psychiatrie. Do rukou se Vám dostává dotazník, který mapuje současnou situaci pohybové aktivity v psychiatrických léčebnách v České republice. Dále je pro mě velmi důležitý odborný pohled specialistů na tuto problematiku.

Studenti oboru Aplikované pohybové aktivity, fakulty Tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci získávají odborné znalosti v oblastech zrakového, sluchového, tělesného a mentálního postižení a ve své praxi se věnují zkvalitňování života osob se zdravotním postižením či jiným znevýhodněním. Dle mého názoru lze osoby s psychiatrickou poruchou označit za cílovou skupinu, která si zaslouží pozornost našeho oboru.

V první fázi projektu se pokusím získat ucelený pohled na současnou situaci využívání pohybových aktivit v psychiatrických léčebnách. K tomu slouží Vám zaslané dotazníky, jejichž výstup bude zpracován v bakalářské práci. V práci magisterské bych se ráda zaměřila na vliv pohybové aktivity na zdravotní stav osob s psychiatrickou poruchou a opřela se o odborné znalosti psychiatrů z České republiky i zahraničí. Pokud bude prokázán pozitivní vliv, dále se pokusím o realizování projektu skrze studenty oboru Aplikované pohybové aktivity přímo v psychiatrických léčebnách.

Děkuji Vám za spolupráci,

Lenka Hovorková
Aplikované pohybové aktivity
Univerzita Palackého v Olomouci
leni.hovorkova@centrum.cz
+420774864223

Příloha 2. Anketa vlastní konstrukce

POHYBOVÁ AKTIVITA V PSYCHIATRICKÝCH LÉČEBNÁCH

2012/2013

DOTAZNÍK

Určen psychiatrům v psychiatrických léčebnách.

Následující otázky, prosím, vyplňte dle svého odborného názoru.

Pohlaví: muž – žena

Pracovní pozice:

1, Je dle Vašeho názoru pohybová aktivita prospěšná pro psychický stav a osobnostně-sociální rozvoj jedince?

ANO - NE

2, Může mít správně zvolená pohybová aktivita pozitivní vliv na zdravotní stav jedince s psychiatrickou poruchou?

ANO – NE

3, Setkal/a jste se ve své praxi s aplikováním pohybové aktivity při léčbě psychiatrické poruchy?

ANO Kde, v jaké formě a kdo ji realizoval?

.....

.....

NE Byli byste pro zařazení pohybové terapie do léčby pacientů?

ANO - NE

4, Je možné začlenit pohybovou terapii do léčby pacientů ve Vaší psychiatrické léčebně?

ANO – NE

5, Máte zájem se jako odborník v oblasti psychiatrie podílet na výzkumu vlivu pohybových aktivit na zdravotní stav pacientů?

ANO – NE

Kontakt:

Děkuji. Údaje budou zpracovány v bakalářské práci a výsledky budou dále použity pro výzkum v oblasti vlivu pohybových aktivit na zdravotní stav jedinců s psychiatrickou poruchou.