

Prevence a léčba alkoholových závislostí na Třebíčsku

Kateřina Suchá

Bakalářská práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Institut mezioborových studií Brno
akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kateřina SUCHÁ**
Osobní číslo: **H108285**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Prevence a léčba alkoholových závislostí na
Třebíčsku**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách"(IMS 2009), případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce. S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na problematiku alkoholismu u všech věkových a sociálních skupin, možnosti prevence a léčby (síť služeb v rámci ČR);
- na hledání odpovědi na otázky, jaká je míra alkoholismu na Třebíčsku, zda je tento jev podceňován;
- na analýzu současného stavu užívání alkoholu (dle typologií) a možnosti prevence a léčby tohoto jevu na Třebíčsku (dostupnost, popř. nedostupnost služeb).

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

Czémy, L., Chomynová, P., Sadílek, P. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): Výsledky průzkumu v České republice v roce 2007. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009

Kolektiv autorů. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Třebíči 2012 - 2016.

Třebíč: Město Třebíč, 2012

Nešpor, K. Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. Praha: Portál, 2003

Nešpor, K. Jak překonat problémy s alkoholem. Praha: Fit in, 2004

Nešpor, K., Czémy, L. Léčba a prevence závislostí: příručka pro praxi. Praha 8, Bohnice: Psychiatrické centrum, 1996

Skála, J. Závislost na alkoholu a jiných drogách. Praha: Avicem, 1987

Další literatura bude obsažena v Projektu bakalářské práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí bakalářské práce:

Ing. Mgr. Ivo Vítěk

K-centrum Noe, vedoucí zařízení

Datum zadání bakalářské práce:

16. března 2012

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. dubna 2013

V Brně dne 16. března 2012


prof. PhDr. Pavel Mühlpacher, Ph.D.
vedoucí ústavu




PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Kateřina Suchá

Jméno, příjmení studenta

V Brně 4.5.2019

Bull

Podpis

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělků jím dosažených v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídnou k výši výdělků dosažených školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Práce je zaměřena na problematiku alkoholismu. V teoretické části jsou vysvětleny základní pojmy vztahující se k danému tématu. První část se zabývá abúzem alkoholu, vznikem, rozvojem a typologiemi závislosti. Druhá část se věnuje problematice užívání alkoholu, historii užívání alkoholu a léčby u nás a jednotlivým problémovým skupinám. Také vysvětluje základní nejzávažnější důsledky užívání alkoholu pro jedince a společnost. Třetí část vysvětluje základní principy prevence a léčby včetně popisu jednotlivých složek péče v České republice, také jsou konkretizovány jednotlivé složky péče, které jsou k dispozici na Třebíčsku. Praktická část se zaměřuje na zmapování náhledu na abúzus alkoholu u samotných uživatelů a spojitosti náhledu s délkou užívání a prodělanou léčbou.

Klíčová slova: abúzus, léčba, náhled, prevence, závislost

ABSTRACT

The bachelor thesis is focused on alcoholic issue. In the theoretical part there are explained the basic terms related to the topic. The first part deals with alcohol abuse, origin, progress and typology of addiction. The second part deals with the issue of alcohol usage, history of alcohol usage and treatment in the Czech Republic and deals with individual problem groups. It also explains the basic most serious consequences of alcohol usage for individuals and society. The third part explains the basic principles of prevention and treatment, including a description of particular sections of care in the Czech Republic. The particular sections of care on Třebíčsko are specified too. The practical part is focused on mapping of preview of alcohol abuse by users themselves and on connection between usage duration and passed medical treatment.

Keywords: abuse, treatment, preview, prevention, addiction

Motto

„Většina mužů a žen vede v krajním případě životy tak bolestné, přinejmenším tak monotónní, chudé a omezené, že nutkání uniknout, dychtivost vystoupit sami ze sebe být jen na pár okamžiků, je a vždy byla jednou ze základních chutí lidské duše.“

Aldous Huxley

Prohlášení

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné ve znění Prevence a léčba alkoholových závislostí na Třebíčsku

Poděkování

Ráda bych poděkovala panu Ing. Mgr. Ivo Vítkovi za velmi užitečnou odbornou i metodickou pomoc, za cenné rady a připomínky, které mi poskytl při zpracování mé bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ALKOHOLOVÁ ZÁVISLOST	12
1.1 DEFINICE A ZNAKY ZÁVISLOSTI.....	12
1.2 BIO-PSYCHO-SOCIO-SPIRITUÁLNÍ MODEL VZNIKU ZÁVISLOSTI	15
1.2.1 Dimenze biologická	15
1.2.2 Dimenze psychologická	16
1.2.3 Dimenze sociální	17
1.2.4 Dimenze spirituální	18
1.3 VÝVOJ A TYPOLOGIE ZÁVISLOSTI	19
2 PROBLEMATIKA UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU	22
2.1 HISTORIE UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU A LÉČBY	22
2.2 SPECIFIKA CÍLOVÝCH SKUPIN	23
2.3 DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU	26
3 PREVENCE A LÉČBA	31
3.1 PREVENCE	31
3.1.1 Prevence a její východiska	31
3.1.2 Prevence v rodině a ve škole	33
3.1.3 Prevence na úrovni společnosti	35
3.2 MOŽNOSTI LÉČBY A DOLÉČOVÁNÍ.....	38
3.2.1 Složky péče v ČR	39
3.2.1.1 Péče ve zdravotnictví	39
3.2.1.2 Péče mimo zdravotnictví	41
3.3 SLOŽKY PÉČE NA TŘEBÍČSKU	43
II PRAKTICKÁ ČÁST	48
4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ - NÁHLED NA UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU U UŽIVATELŮ ALKOHOLU NA TŘEBÍČSKU	49
4.1 CÍLE VÝZKUMU A STANOVENÍ HYPOTÉZ	49
4.2 METODY VÝZKUMU.....	51
4.3 ZPRACOVÁNÍ A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	52
ZÁVĚR	56
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	58
SEZNAM OBRÁZKŮ	61
SEZNAM TABULEK	62
SEZNAM PŘÍLOH	63

ÚVOD

Problematika alkoholismu je živá a aktuální. Dle Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách z roku 2011 stoupá konzumace alkoholu v České republice mladistvými a dokonce se řadí na první příčku v konzumaci alkoholu v Evropě. Vlivem nadměrného užívání alkoholu mladistvými narůstá riziko vzniku závislosti nebo přetrvávajícího nadměrného pití i v dospělosti. O této problematice vznikl nespočet odborných studií a materiálů. Přesto se domnívám, že je laickou veřejností tento jev podceňován, tolerován, ne-li v některých případech společensky žádoucí a reklamou vyzdvihován. Při srovnání dostupnosti služeb pro osoby zneužívající a závislé na nealkoholových drogách a zneužívající a závislé na alkoholu se jeví, že péče o osoby s problémem s alkoholem není dostačující. Ze zkušenosti vím, že např. pro nitrožilního uživatele pervitinu, který má na Třebíčsku veškerou péči od prevence, přes terénní program až po detox, léčbu a doléčování, problémový uživatel alkoholu na Třebíčsku tak širokou síť služeb k dispozici nemá. Otázkou zůstává, jestli si osoby postižené alkoholovou závislostí problém uvědomují a jestli tato skutečnost není považována jako věc přirozená a běžná. V bakalářské práci bych ráda zjistila současný náhled uživatelů alkoholu na Třebíčsku na jejich užívání.

Téma Prevence a léčba alkoholových závislostí na Třebíčsku jsem si vybrala proto, že pracuji v K-centru, které se zabývá drogovými závislostmi a terciární prevencí a problematika závislostí mi není cizí. Stává se pravidlem, že se na zařízení obracejí lidé, kteří si s jistou mírou náhledu uvědomili problém se závislostí na alkoholu a chtějí svůj problém řešit. Obecně jsou K-centra zařízení, která primárně s alkoholovou závislostí nepracují. Jelikož ale vyvstávají potřeby tuto skutečnost změnit, jak ze strany poskytovatelů služeb, ale i ze samotných potřeb lidí se závislostí, je snahou K-centra rozšiřovat o komplexní nabídku adiktologických služeb.

Náplní této práce je zmapování současných možností prevence a léčby alkoholových závislostí v rámci České republiky a na Třebíčsku. V teoretické části jsou vysvětleny základní pojmy vztahující se k danému tématu. Zaměřím se na specifikaci jednotlivých problémových skupin, jejich potřeby a důsledky abúzu alkoholu ve všech fázích alkoholové kariéry.

Pomocí dotazníkového šetření bych ráda získala odpovědi na otázky, jestli je problematika alkoholismu samotnými uživateli podceňována - jaký mají uživatelé náhled

na užívání alkoholu a jak tento náhled souvisí s délkou užívání alkoholu či prodělanou léčbou.

Tato práce může otevřít diskuzi v rámci komunitního plánování sociálních služeb, může mít praktické využití pro další práci a komplexní zasíťování služeb.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ALKOHOLOVÁ ZÁVISLOST

Alkohol hraje roli v každodenním společenském životě. Je spojen s významnými událostmi, vyplňuje volný čas a usnadňuje společenský život. Historicky a v mnoha různých kulturách je alkohol běžným prostředkem při setkání přátel a známých ke zvýšení radosti ze setkání a celkového pobavení. Přínos pro osoby pijící alkohol při společenských příležitostech je výrazně ovlivněn danou kulturou, prostředím a okolnostmi konzumace a tím, co lidé očekávají od účinku alkoholu. Důležitým důvodem k pití je pro mnohé skutečnost, že alkohol rychle zlepšuje náladu, uvolňuje stres, projevuje se pozitivní náladou, pocitem štěstí a euforie. Z mnoha důkazů vyplývá, že jedinci, kteří spoléhají na alkohol jako na prostředek k uvolnění stresu, mají mnohem větší pravděpodobnost, že se stanou na alkoholu závislími (Anderson et al., 2005, str. 20-21).

1.1 Definice a znaky závislosti

„Základní terminologie rozlišuje úzus psychoaktivní látky (prosté jednorázové nebo i opakované užívání, které nevede k žádnému signifikantnímu poškození uživatele) dále její škodlivé užívání (synonyma abúzus, užívání dysfunkční, rizikové, problémové), kde již dochází k tělesnému, psychickému nebo interpersonálnímu poškození jedince a syndrom závislosti. Závislost je vyústěním abúzu, a to na základě pozitivní zpětné vazby spočívající v subjektivně ceněné změně prožívání po požití psychoaktivní látky“ (Kalina et al, 2008, str. 53).

Skála (1987, str. 17) uvádí, že **úzus** znamená mírné požívání alkoholických nápojů, kdy je alkohol přijímán v přijatelném množství, v přijatelném věku, v přijatelném zdravotním stavu a ve vhodné době. **Abúzus** neboli nadužívání alkoholických nápojů ve formě velkých dávek může být občasný, periodický nebo pravidelný, systematický, související s různými společenskými zvyklostmi. Užívání je vědomé. Úzus i abúzus mohou, ale také nemusí vést k závislosti. Předstupeň závislosti představuje abúzus nutkavého charakteru s charakteristickými projevy chování. Rozvoj abúzu alkoholu Skála dále charakterizuje jako nedisciplinovanost spolu se stoupající tolerancí a často i genetickou dispozicí. Uživatel alkoholu je alkoholem spíše odměňován než trestán následky užívání. Nedisciplinovanost (deficit v sebekontrolě) předznamenává pozdější deficit v kontrole pití.

V Mezinárodní klasifikaci nemocí vycházíme ze skupiny F10. x Poruchy vyvolané účinkem alkoholu. Pro přehled je potřeba uvést kontext samotného syndromu závislosti mezi ostatní poruchy uvedené v MKN.

F1x.0 akutní intoxikace

F1x.1 škodlivé užívání

F1x.2 syndrom závislosti

F1x.3 odvykací stav

F1x.4 odvykací stav s deliriem

F1x.5 psychotická porucha (tzv. toxické psychózy)

F1x.6 amnestický syndrom (vč. Korsakova syndromu)

F1x.7 reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem (Kalina et al, 2003, str. 217)

Škodlivé užívání (F10. 1) je způsob užívání alkoholu, který vede k poškození zdraví, předcházející většinou několik let vlastní závislosti na alkoholu. Přechod od škodlivého užívání k závislosti na alkoholu probíhá většinou poměrně nenápadně. Typické pro vývoj závislosti jsou postupné změny (postupná ztráta kontroly, postupné zanedbávání jiných zájmů, atd.) Současně dochází, také většinou nenápadně, ke změnám v myšlení a chování, které se postupně mohou fixovat a způsobit osobnostní změny. Jedná se o adaptační mechanismus, kterým závislý reaguje na konflikty, vznikající při konfrontaci s realitou stále častějších a výraznějších problémů, vyvolaných jeho pitím (Kalina et al, 2003, str. 152-153).

V Mezinárodní klasifikaci nemocí je tedy samotná závislost a syndrom závislosti (F10.2 Závislost na alkoholu) definován jako soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je často silná touha brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák. Definitivní diagnóza závislosti by se měla stanovit jen tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- **Silná touha užít látku (bažení, craving)** - rozlišujeme bažení tělesné, které vzniká při odeznívání intoxikace návykovou látkou nebo bezprostředně poté a bažení psychické, které se objevuje i po delší abstinenci.
- **Potíže v ovládnání při jejím užívání, ztráta volní kontroly** - úzce související s bažením, které zhoršuje sebeovládání.
- **Přetrvávající užívání i přes škodlivé následky** - neschopnost odpoutat se navzdory tělesným i duševním komplikacím, které u osoby nastaly.
- **Postupné upřednostňování látky před ostatními aktivitami a zájmy** – převažující orientace na užívanou látku, její shánění a zotavování se z jejího účinku, důležitá a často se vyskytující známka závislosti, projevující se v zúženém spektru chování nebo ve stereotypním chování vůči návykové látce.
- **Růst nebo pokles tolerance k účinku látky** – růst tolerance se projevuje tím, že k dosažení stejného účinku je třeba vyšších dávek látky, tolerance klesá u osob závislých na alkoholu zejména v pokročilých stádiích rozvoje problému a také ve vyšším věku.
- **Odvykací stav při nedostatku či vysazení drogy** – při vysazení či redukci alkoholu bývá odvykací syndrom spojován s těmito příznaky: bolesti hlavy, pocení, zrychlený tep nebo vyšší krevní tlak, tzv. velké epileptické záchvaty, nevolnost či zvracení, přechodné halucinace nebo iluze, psychomotorický neklid, pocit choroby a slabosti, nespavost, třes jazyka, víček nebo prstů. (Nešpor, 2000, str. 14 - 25)

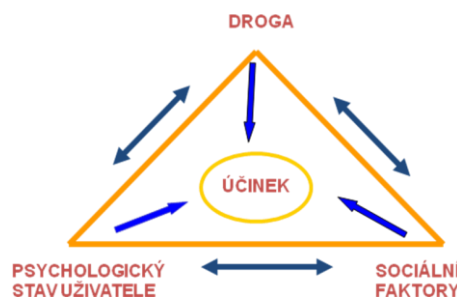
Za zmínku stojí také rozdělení závislosti na fyzickou a psychickou. Zatímco psychická závislost je specifická především psychickým bažením, problémy v kontrole užívání a pokračování v užívání navzdory následkům, fyzická závislost se vyznačuje růstem tolerance a průkazem odvykacího stavu, jehož součástí je bažení fyzické. Psychická a fyzická závislost se rozvíjí většinou zároveň (Kalina et al, 2008, str. 55).

V praxi se setkávám s pojmem závislosti sociální. U uživatelů návykových látek to spočívá v závislosti na sociálním prostředí, ve kterém jsou osoby zvyklé užívat, ve kterém se pohybují a mají s ním užívání spojeno. Dále je sociální závislost spojována s lidmi, kteří bývají mnohdy posledními osobami, se kterými uživatel alkoholu tráví svůj čas. Často se jedná o osoby stejně tak problematické a poškozené. Tato závislost může být také překážkou na cestě k abstinenci, zvláště po absolvované léčbě, kdy se jedinec vrací do stejného rizikového prostředí, ze kterého do léčby nastoupil.

1.2 Bio – psycho – socio - spirituální model vzniku závislosti

Na příčiny vzniku závislosti lze nahlížet z mnoha různých pohledů a teorií. Dřívější úzce medicínský model závislosti dnes nahrazuje se svými různými pohledy na problematiku vzniku závislosti komplexnější bio-psycho-socio-spirituální model. Nejčastěji jde o kombinaci řady faktorů, které se zásadním způsobem podílejí na změně závislého chování, vedoucí k negativním biologickým, psychologickým, sociálním i spirituálním důsledkům. Vše je doprovázeno úzkostnými stavy, které vyvolávají další konzumaci alkoholu a tím větší negativní důsledky a větší úzkost. Takto vzniká bludný kruh, který užívání alkoholu udržuje (Rotgers et al, 1999, str. 19).

Třífaktorový – bio-psycho-sociální model znázorňuje, že na jedince musíme nahlížet jako na jednotu společně s prostředím a drogou samotnou (Göhlert, Kühn, 2001, str. 25).



Obr. č. 1. Droga - prostředí – jedinec

1.2.1 Dimenze biologická

Za biologické faktory lze považovat problémy v těhotenství matky nebo okolnosti porodu (matka alkoholička, tlumivé látky při porodu), psychomotorický vývoj dítěte, přítomnost různých nemocí a traumatizujících faktorů. V rovině genetické lze za ovlivňující faktory považovat vrozenou toleranci vůči alkoholu u potomků alkoholiků. Osoba více snese a rizikem je potřeba většího množství alkoholu k dosažení účinku (Kalina et al, 2003, str. 91-96).

V posledních letech se prosadil jeden z neurobiologických modelů, který zjednodušeně vychází z dopaminové hypotézy odměňujícího účinku drog. Skupina mozkových sítí, označována společným názvem systém odměny, je jedním z vnitřních autoregulačních mechanismů pro zajištění potřeb nepostradatelných k přežití, reprodukci a pocitu tělesné pohody. Podněty, prostředí a situace k naplnění těchto potřeb jsou

doprovázeny pocity libosti, tedy přirozenou biologickou odměnou (potrava, sex, sociální vztahy). Přirozený zdroj odměny zvyšuje výdej dopaminu v těle. Systém odměny zajišťuje motivování organismu směrem k získání přirozené odměny. Návykové látky jsou velmi pestré s mnoha různými (tlumivými, budivými, atd.) účinky na organismus. Všechny návykové látky mají jednu společnou vlastnost. Užívání návykových látek zvyšuje výdej dopaminu v systému odměny. Ve srovnání s přirozenými zdroji odměny mají umělé zdroje odměny (návykové látky) „výhodu“ např. v rychlejším a jednodušším dosažení odměny. Opakovaný výdej dopaminu vyvolává sérii adaptací, na jejichž konci jsou změněné vlastnosti i funkce systému odměny v behaviorální projevy známými jako závislost (Kalina et al, 2008, str. 25- 29).

1.2.2 Dimenze psychologická

Nejčastějšími faktory ovlivňující zneužívání návykových látek jsou prožitky nudy, zvědavost na mimořádné prožitky, chybějící vlastní program a zdroj zábavy, nízké sebehodnocení. Některé modely považují za klíčový faktor k rozvoji závislosti na alkoholu především temperament. Se vznikem alkoholismu souvisí např. některé vrozené osobnostní znaky, jako vysoká emocionalita, nízká sociabilita, nízká pozornost, nízká flexibilita, nestabilita nálad. Zvláště problémové chování dětského věku (hyperaktivita, emoční problémy a deviantní chování v např. v podobě vandalismu často predikuje problémové užívání. Studie ukazují přímo úměrný vztah mezi problematickým chováním v dětském věku s vyšší konzumací a závažností problémů spojených s alkoholem v adolescenci (Kalina et al, 2008, str. 58).

Jedním z mnoha faktorů vzniku závislosti může být samotná droga pro její účinky, které buď pomáhají řešit aktuální duševní stav jedince (pocity odcizení, nemilovanosti, apatie, tenze, frustrace, nízká sebeúcta a sebevědomí) nebo nabízejí něco, po čem jedinec touží (odvaha, humor, únik, poznání, moc). Souhrnně se jedná o několik možností, které drogy můžou nabízet:

- Umožňují dosažení větší kontroly a moci nad sebou či druhými
- Urychlují a zkvalitňují vlastní vývoj – poznání sebe sama či smyslu života
- Zbavují nepříjemných stavů neschopnosti, méněcennosti
- Vyvolávají slast, příjemný stav, dodávají na smyslové intenzitě
- Pomáhají při asociálním životním stylu – droga posiluje agresivitu, sebestřednost, potlačuje empatii (Kalina et al, 2003, str. 124).

Z dalších psychologických faktorů je to řada těch, které vznikají jako důsledek abúzu a posilují obvykle další užívání. Alkohol má anxiolytický a antidepresivní účinek v počátcích užívání. Později se však stává příčinou deprese a úzkosti, které stimulují další užívání (Kalina et al, 2003, str. 92).

1.2.3 Dimenze sociální

Sociální pojetí vzniku závislosti se zaměřuje na veškeré prostředí, ve kterém jedinec žije. Záleží na vlivech sociálního okolí, které formují, popřípadě brzdí či deformují zrání jedince. Sociální vlivy okolí se mohou týkat jak obecných okolností, jako je rasová příslušnost, status rodiny a prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje, tak specifických a konkrétnějších vlivů, jako např. konkrétní rodinné vztahy a výchova v rodině, která je důležitým činitelem v procesu sociálního učení a hraje nezastupitelnou roli ve formování jedince. Fenomémem dnešní doby je rozpad rodin nebo málo času rodičů na děti. Absence pozitivních vlivů vede k hledání alternativních zdrojů (negativních rituálů) mimo rodinu, ve vrstevnických skupinách či při identifikaci s jednotlivcem. Podobně rizikové jsou také situace, kdy dítě vyrůstá v těsné blízkosti závislých osob a střetává se s užíváním jako s normou (Kalina et al, 2003, str. 92).

Základní charakteristiky rodin, které mohou souviset s užíváním:

- Užívání rodiči a jejich trestná činnost
- Nedostatečná nebo přehnaná péče rodiny o dospívající
- Špatná komunikace mezi rodinou a dospívajícím
- Absence jasných pravidel nebo jejich nejasné uplatňování
- Malá pozornost vůči kamarádkým vztahům a zájmům dítěte

Na propojení závislého chování a negativního charakteru rodiny můžeme také nahlížet ze čtyř hledisek – čtyři typy závislosti, kterým odpovídají různé znaky rodiny:

1. závislost traumatického typu (trauma, zneužívání, nezpracované úmrtí, psychická porucha v rodině) – reakcí může být závislostní chování, které zpracováním traumatizace odezní

2. neurotická závislost (napětí, vztahy plné nejasnosti a křivdy, partnerské problémy rodičů) – nejvhodnější prostor pro vznik závislosti

3. přechodová závislost (výskyt vážné duševní poruchy, tabuizace, manipulativní komunikace v rodině) – v tomto případě se může jednat o souběžnou hraniční poruchu osobnosti nebo hraniční rysy závislého

4. sociopatická závislost (lhostejnost, kriminalita, fyzické násilí) – závislost není primárním problémem, ale je součástí životního stylu rodiny a osoby uživatele (Kalina et al, 2008, str. 46).

V souvislosti s rodinnými vztahy a možným závislostním chováním je zajímavý model kodependence neboli spoluzávislosti. „*Spoluzávislost označuje souhrn motivů, postojů, komunikace a chování, kterým rodina nebo partner či partnerka závislost spíše podporují, rozvíjejí, nebo naopak sabotují, či zlehčují snahu o vyléčení.*“ Tento model jakoby umožňuje závislé chování např. popíráním a přehlížením problému, neschopností nastavit a udržet jasná pravidla, zlehčováním, odkládáním a nedostatečnou snahou hledat řešení. Spoluzávislý má pocit, že nemůže po závislém cokoli vyžadovat, nebo staví na určitých ziscích, které mu závislý přináší (např. sebevědomí kvůli výdrži v dané situaci, odvedení pozornosti rodičů od vlastního nespokojeného vztahu k problémovému dítěti) (Kalina et al, 2008, str. 42).

1.2.4 Dimenze spirituální

Spiritualita, duchovno je něco co jedince přesahuje, k čemu pohlíží jako k autoritě, k nejvyššímu řádu a ideji. Je to něco, co dává jedinci smysl života (Kalina et al, 2003, str. 93).

Pro spiritualitu můžeme považovat za klíčové např. tyto prvky:

- **Smysluplnost:** důležitost života, smysl životních situací, odvozování jejich účelnosti
- **Hodnoty:** ceněná přesvědčení a hodnotová měřítka
- **Transcedence:** zkušenosti s dimenzí přesahující osobní já a oceňování této dimenze
- **Spojení:** vztahy k sobě, k druhým lidem, k Bohu nebo k Vyšší síle a prostředí
- **Stávání se:** rozvíjení života, což vyžaduje zkušenost a reflexi a zahrnuje pocit, kdo člověk je a jak poznává (Nešpor, 2006, str. 131).

U mnoha lidí vrcholí nadměrné užívání alkoholu v intenzivních pocitech odcizení, izolace, prázdnoty a ztráty smyslu života, což může mít za následek motivaci k další

intoxikaci. Prohlubující se závislost postihuje smýšlení o sobě samém, o svých cílech a způsobech jejich dosažení. Vnitřní prázdnotu už naplňuje jen alkohol, který má schopnost tyto stavy vnitřní prázdnoty rychle napravit (Rotgers et al, 1999, str. 22).

Spiritualitu a spirituální dimenzi v problematice užívání návykových látek nejvíce vyzdvihli Anonymní Alkoholici ve svých 12. krocích k úzdavě, které staví na vztahu k Vyšší moci. Ta má pomoci obnovit zdraví a navrátit smysl života (Kalina et al, 2003, str. 93).

1.3 Vývoj a typologie závislosti

Vývoj závislosti je ovlivněn osobnostními dispozicemi, užším a širším sociálním kontextem, frekvencí užívání, genetickými predispozicemi a v neposlední řadě i samotnou užívanou látkou (Kalina et al, 2001, str. 40).

Diagnóza závislosti staví na několika opěrných bodech:

- Zhodnocení abúzu, kvantifikovaného množství a frekvenci
- Zhodnocení závislosti nebo předstupně – abúzu nutkavého charakteru
- Zhodnocení důsledků škod na tělesném i duševním zdraví a ve společenských vztazích (rodina, zaměstnání, zákon) souvisejících s abúzem alkoholu (Skála, 1987).

Méně známá je diagnostická metoda, podle MKD tzv. Víceosá diagnostika, která poskytuje komplexnější pohled na situaci uživatele:

Osa I. Označuje klinickou diagnózu – diagnóza závislosti, škodlivého užívání a tělesného stavu

Osa II. Označuje postižení ve specifických oblastech fungování – péče o vlastní osobu, práce, rodina a domácnost, fungování v širším sociálním kontextu jako např. trávení volného času

Osa III. Označuje související faktory, které jsou zřetelné a významné pro prognózu, výskyt, projevy, průběh nebo léčbu poruch zaznamenaných v ose I. (Nešpor, 2000, str. 49).

Závislost se rozvíjí po dlouhodobém užívání, předchází jí poměrně dlouhé období, kdy je již patrné tělesné i psychické poškození a kdy je možné abúzus ještě relativně

„bezbolestně“ zastavit. Vývoj závislosti popisuje Jellinkovo rozdělení do čtyř vývojových stádií (Kalina et al, 2008, str. 343).

1. počáteční stádium, tzv. symptomatické, iniciální, prealkoholické - zvyšuje se frekvence konzumace alkoholu, stoupají dávky alkoholických nápojů, uživatel poznává a oceňuje odměňující účinky alkoholu

2. varovné stádium, tzv. prodromální – může trvat půl roku až pět let, uživatel pije často tajně a ze strachu, aby jeho užívání okolí nepoznalo, myšlení soustřeďuje na alkohol, shromažďuje alkohol, dělá si zásoby, má pocity viny, začíná mít „okna“

3. rozhodné stádium, tzv. krucální, kritické – chybí spolehlivá kontrola, uživatel se vyhýbá a brání ovlivnění ze strany svého okolí, co se týče abúzu, dělá si výčitky, vykazuje nápadné výkyvy nálad, pokouší se opakovaně, většinou marně, zdrženlivě pít, dochází k zúžení zájmů a oploštění meziosobnostních vztahů, ke konfliktům na pracovišti a ke společenskému sestupu, dostavují se příznaky tělesného poškození souvisejícího s abúzem, často i sexuální problémy doprovázené případně žárlivostí a jejími projevy, tolerance dále stoupá, vyskytují se kratší či delší období vynucené abstinence

4. konečné stádium, tzv. terminální, chronické – charakterizuje se výrazným oslabením tělesného a duševního zdraví, klesá tolerance na alkohol, dochází k ranním douškům, k několikedenním tahům, k přechodným psychotickým stavům, dostavují se stavy úzkosti, třesy. Uživatel vyhledává druhé osoby, které jsou pod jeho společenskou úrovní, aby měl příležitost k napití. Dochází ke konzumaci technických prostředků obsahujících alkohol (Alpa, Okena, líh apod.) a nakonec k bezmocnosti (Skála, 1987, str. 46).

Stále používaná a platná typologie závislosti dle Jellinka z roku 1940 rozlišuje pět základních typů závislosti na alkoholu:

1. typ alfa – k užívání dochází především pro ulehčení vnitřních konfliktů. Uživatel zná účinky alkoholu, zneužívá alkohol k potlačení tenze, k získání euforie, jako prostředek sblížení se skupinou či jednotlivcem. Jednotlivými riziky jsou rostoucí tolerance a frekvence, časté úrazy, trestné činy. K tomuto typu závislosti se nejvíce vztahují výše popsané vývojové stádia.

2. typ beta - užívání alkoholu bývá příležitostné, rozhodující úlohu hrají sociokulturní okolnosti (zvyky, víkendové pití). Motivem bývá zapadnutí do skupiny. Riziky pro tento typ závislosti jsou zvýšená tolerance a frekvence, somatická poškození.

3. typ gama – tento typ představuje závislost na alkoholu s charakteristickým znakem nespolehlivé, narušené kontroly pití. Není jistota, že při překročení určité hladiny alkoholu nebude uživatel pokračovat až do intoxikace, následují nucené abstinence. Tolerance stoupá, výraznější je psychická závislost.

4. typ delta – v tomto případě se jedná o chronické užívání alkoholu, uživatel si udržuje trvalou hladinu, bez větších projevů opilosti. Výraznější je závislost tělesná. Hrozí větší riziko tělesného, ale i psychického poškození.

5. typ epsilon – epizodické užívání, dramatický, často i s několika dny i týdny trvajícím průběhem (Skála, 1987, str. 46).

Česká společnost je vůči pravidelnému pití alkoholických nápojů velmi tolerantní. Tolerantní normy utvářejí pozitivní postoje lidí k alkoholu. Pití je považováno za normální součást sociálních kontaktů a neodmyslitelná součást veškeré zábavy. Dospělí v Čechách vypijí průměrně 16 litrů alkoholu za rok, čímž se řadí mezi přední příčky žebříčku v Evropě. Dosud se u nás nepodařilo účinným způsobem ovlivnit postoje a zvyky obyvatel ke konzumaci alkoholu. Zmírnění negativních důsledků užívání alkoholu je důležitým úkolem nejen zdravotnictví, ale celé společnosti (Sovinová, Czémy, et al, 2003, str. 46).

2 PROBLEMATIKA UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU

2.1 Historie užívání alkoholu a léčby

Dějiny užívání alkoholu doprovází vývoj celého lidstva. Přirozené kvašení bylo lidmi objeveno zřejmě už v dobách prehistorických a brzy následovala výroba vín a piv z cukernatých a škrobnatých rostlin. První historické záznamy pochází z egyptského papyru z roku 3500 př. n. l. Opojně nápoje patřily po celém světě ke každé náboženské, společenské i soukromé události (korunování, války, narození, pohřby). Stejně jak byl alkohol a jeho společenský prospěch oceňován, tak se vědělo o jeho špatných stránkách. Známost destilace se ukazuje až v 80. letech 18. Století, kdy se vlivem rozvoje dopravy a masové výroby dostávají do popředí významné značky jako např. Johnny Wolker, posléze Gin. Nejrůznější excesy spojené s pitím, zejména u nižších, ale i vyšších tříd způsobily uvalení daně a omezení prodeje alkoholu. Během 19. století docházelo v Evropě k různým omezením a opatřením směrem k užívání alkoholu, např. omezení činnosti lokálů. Vznikají první abstinenci hnutí, která se začínají na počátku dvacátého století objevovat i v Čechách (Tyler, 1995, str. 39).

V roce 1909 je v Čechách zřízena první protialkoholní léčebna ve Velkých Kunčicích na Moravě, vznikají také protialkoholní poradny v Brně a v Praze. V roce 1948 vzniká první lůžkové oddělení pro studium a léčbu alkoholismu v rámci lékařské fakulty UK – Apolinář, při kterém se ještě v roce 1951 otevírá záchytná stanice, která má pozitivní vliv na přijímání pacientů na lůžkové oddělení. Po tomto vzoru se otevírala spousta dalších protialkoholních oddělení v rámci psychiatrických léčeben např. v Bohnicích, Černovicích, Jihlavě a vznikaly protialkoholní záchytné stanice, jejichž kapacita nabízela několik set lůžek. Rychlý rozvoj protialkoholní péče usnadnily dvě metody – léčba emetinem vyvolávající odpor vůči alkoholickým nápojům a léčba Antabusem na odbourávání etylalkoholu v játrech. V roce 1956 vzniká sekce pro studium alkoholismu při Psychiatrické společnosti ČLS J. E. Purkyně, která se o deset let později rozšiřuje o problematiku jiných (nealkoholových) toxikománií a od roku 1992 působí již samostatně jako Společnost pro návykové nemoci (Kalina et al, 2003, str. 91).

Postupně se vytváří celý komplex různých služeb, včetně ambulancí, záchytných stanic, terapeutických komunit, středisek pro děti, mládež a rodinu, svépomocných aktivit, režimových aktivit, skupinové psychoterapie atd. Apolinář se stal vzorem pro další

oddělení a celý pozdější systém ambulantní a lůžkové medicínské péče v oblasti závislosti; nezastupitelnou roli při jejím vývoji sehrál doc. Skála (Nechanská et al, 2001, str. 9).

Ohledně problematiky alkoholu jsou také přijímány různé zákony - roce 1923 zákon týkající se licencí na prodej alkoholických nápojů a zákazu jejich podávání mladistvým a podnapilým, později (1948) zákon o potírání alkoholismu, který nahrazoval od roku 1962 zákon o boji proti alkoholismu. Od roku 1989 vstupuje v platnost zákon o ochraně společnosti před alkoholismem a jinými toxikomaniemi, který je s několika pozdějšími novelizacemi platný dodnes (Kalina et al, 2003, str. 91).

2.2 Specifika cílových skupin

Dospívající - *Období dětství a dospívání je složitý komplex změn, jehož cílem je vývoj od nezralého a závislého jedince k jedinci relativně soběstačnému – dospělému. Celé období dospívání je v životě člověka z pohledu proběhlých změn a vývojových úkolů nesmírně náročné a obtížné období plné náročných situací, které musí dospívající řešit a které mu komplikují jeho sociální roli a psychologickou jistotu. To vše může vyvolávat frustraci, se kterou se dá vyrovnávat různě. Jedinci s nedostatečnou vybaveností pro překonávání překážek či pocházející z nepodnětného, nestabilního prostředí volí raději zdánlivě jednodušší a méně náročné řešení či nestandardní způsob k růstu odpovědnosti za své jednání v podobě užívání návykových látek. Takové užívání jinými slovy zbavuje důvodu vývoje od závislosti ke svobodě a od dítěte k dospělému (Kalina et al, 2008, str. 254 – 258).*

Specifika abúzu alkoholu u dospívajících:

- Zpomalení tělesného vývoje, zhoršená výživa, nemoci,
- V oblasti studia či přípravy na zaměstnání nezáměr, lhostejnost, zhoršená schopnost myslet,
- Citová otupělost, riziko přenosu pohlavních chorob, nechtěná těhotenství, ztráta zájmu o sex,
- Ztráta dlouhodobých cílů, plané filosofování,
- Zaostávání v různých oblastech života,

- Riziko kožních chorob, snížení tělesné i duševní výkonnosti, předčasné stárnutí, úrazy, nemoci,
- Nesamostatnost a větší závislost na druhých, rodičích,
- Trestná činnost (Nešpor, 2004, str. 62).

Ženy – od druhé světové války se výrazně mění postavení ženy ve společnosti. Ženy se stávají ekonomicky, společensky i právně nezávislé a nejsou tolik chráněny před vnějšími vlivy. Vztah k alkoholu není tolik tabuizován a žena se dostává do nových rolí, úkolů, a tato změna životního stylu bývá motivem k vyhledání alkoholu jako pomocníka k rozšíření možností a schopností (Heller, Pecinová, 1996, str. 27-29).

Specifické rysy závislých žen:

- Vyšší výskyt depresí a úzkostí,
- Vznik závislosti se často pojí se zátěžovou událostí v rodině nebo partnerském životě,
- Ženy pijí tajně a osamoceně, na tento problém může okolí reagovat pozdě,
- Abúzus alkoholu je často spojen se sexuální problematikou - závislá žena bývá častěji vystavována sexuálnímu násilí, pitím se také může s touto problematikou vyrovnávat
- Žena závislá na alkoholu se za své pití stydí a pije sama,
- Častá je kombinace alkoholu s psychofarmaky,
- Pití jako reakce na přechod či syndrom prázdného hnízda,
- Často vznik závislosti v souvislosti se závislým či problémově pijícím mužem,
- Silnější a méně předvídatelné reakce na požitý alkohol (Nešpor, Czémy, 1996, str. 153),
- V léčbě jsou na počátku méně spolupracující než muži,
- V léčbě získaném náhledu lépe přijímají nutnost abstinence,
- Lépe spolupracují, ke změně náhledu potřebují další léčebný program.

U žen je nutná včasná diagnostika a léčba, nelze zanedbat ani skryté deprese či jiné psychické problémy. Neléčená či nedostatečně léčená ženská závislost má závažnější důsledky, léčená naopak trvalejší výsledky než u mužů (Heller, Pecinová, 1996, str. 29).

Muži – mužským specifickým se nevěnuje dostatek pozornosti, přesto je několik specifických rysů, které se projevují výrazněji než u žen:

- Vyšší sklon k sebevraždám,
- Méně se zjišťují duševní problémy a psychologická traumatizace,
- Častá kriminální anamnéza,
- Častější nástup do léčby, delší výdrž a častější dokončení léčby, ale také častější návrat k původnímu chování,
- V léčbě - sklon skrývat nejistotu a strach z intimity a sexuality, obtíže s emočním vyjádřením, agresivita, dominantnost, soupeřivost,
- U adolescentních mužů často poruchy identity, špatná identifikace s vlastním tělem a sexuální rolí, emoční závislost na původní rodině, nízká schopnost obstat v mezilidských vztazích, povrchní sociální adaptace (Kalina et al, 2008, str. 270).

Staří lidé – závislost lze u starších lidí rozdělit na závislost, která vznikla ve středním či mladším věku a pokračuje do stáří, nebo závislost, která vznikla až ve stáří u lidí, kteří dříve s alkoholem problémy neměli, např. při odchodu do důchodu či po smrti partnera (Nešpor, Czémy, 1996, str. 163).

Specifika abúzu alkoholu u osob vyššího věku:

- Odolnost klesá, zvyšuje se riziko těžké intoxikace,
- Zdravotní komplikace způsobené interakcí s často užívanými léky např. na tlak, cukrovku, srdeční nemoci, bolest apod.,
- Alkohol zvyšuje mnohem více krevní tlak a riziko cévních mozkových příhod,
- Poruchy paměti (Nešpor, 2000, str. 57).

2.3 Důsledky užívání alkoholu

V první řadě je třeba připomenout akutní účinek alkoholu. Ten závisí na dávce a jiných vlivech, jako je vliv prostředí a dispozice jedince. Stav, který se projevuje po požití, se nazývá prostá opilost. Malé dávky alkoholu se projevují spíše stimulačně, vyšší dávky tlumivě. Na počátku se zlepšuje nálada, pocit sebevědomí a energie, později se ztrácí zábrany a snižuje se sebekritičnost. Tyto stavy později přechází v únavu, útlum a spánek. Intoxikaci lze rozdělit do **čtyř stádií** podle hladiny alkoholu v krvi:

- Lehká opilost – alkohol do 1,5 g/kg
- Opilost středního stupně – alkohol od 1,6 do 2,0 g/kg
- Těžká opilost – alkohol více jak 2,0 g/kg
- Těžká intoxikace se ztrátou vědomí, hrozící zástavou dechu a oběhu – alkohol nad 3 g/kg

Mezi krátkodobé, nežádoucí účinky můžeme zařadit různé tělesné příznaky např. poruchu rovnováhy, svalové napětí, zpomaluje se reakční čas, častá je nevolnost a zvracení. Projevují se poruchy chování s agresivitou, snižuje se sebekritičnost a může docházet k riskantním rozhodnutím vedoucím k různým úrazům. Při těžké intoxikaci hrozí poruchy vědomí a smrt.

Dlouhodobé negativní účinky se projevují zejména v poruchách trávení. Dochází k poškození jater, hrozí rozvoj jaterní cirhózy, karcinom jater, žaludku a tenkého střeva. Může také dojít ke vzniku diabetu. Časté bývají také poruchy krvetvorby. Výrazné jsou poruchy nervového systému, vznik psychotických poruch, halucinace, bludy, poruchy paměti, demence (Kalina et al, 2008, str. 341).

Důležité je také zmínit odvykací stav, který nastává po vysazení alkoholu. Objevuje se většinou po dlouhodobém a intenzivním užívání. Projevuje se zejména psychomotorickým neklidem, třesem, úzkostí, nevolností, slabostí a poruchami spánku. Pokud dochází k halucinacím, křečím a iluzím, jedná se daleko vážnější průběh ve formě alkoholových psychóz. Podle některých autorů jsou právě psychózy reakcí na odnětí alkoholu (Kalina et al, 2008, str. 342; Skála, 1987, str. 68). Nejčastější a nejobávanější alkoholickou psychózou je Delirium tremens. Jako první příznaky se uvádějí poruchy spánku, třes, pocity vyčerpání a nechut' k jídlu. Někdy se také dostaví epileptický záchvat. Následují první psychotické projevy v podobě halucinací, iluzí zrakových a tělových, např. pohyblivé scény, padající strop, drobná zvířata, doprovázené pocity strachu, úzkosti a deprese.

Postižený je zatím orientovaný sám sebou, dochází ale k dezorientaci místem, časem a situací. Rozvinuté formy vyžadují lékařskou péči, kdy se dá celkový stav pacienta upravit během 3 – 5 dnů (Skála, 1987, str. 68.).

Tabulka č. 1. Přehled somatických a psychických poruch (Sovinová, Czémy, et al, 2003, str. 48).

Somatické	Psychické
Infekční nemoci	Psychická závislost na alkoholu
Zhoubné nádory	Postižení intelektu
Nemoci žláz s vnitřní sekrecí	Poruchy osobnosti
Poruchy výživy a přeměny látek	Syndrom u odnětí
Nemoci krve a krevetvorných orgánů	Delirium tremens
Nemoci nervové	Alkoholická halucinóza
Nemoci oběhové soustavy	Korzakovova alkoholická psychóza
Nemoci trávicí soustavy	Paranoidní alkoholická psychóza
Nemoci kůže a svalů	Patická opilost
Úrazy a otravy	
Fetální alkoholový syndrom	

Alkohol způsobuje široké spektrum společenských škod - od nepříjemností typu rušení nočního klidu až po různé závažnější dopady v podobě ohrožení manželství, zneužívání dětí a kriminální činy. Kromě toho, že alkohol způsobuje asi šedesát různých onemocnění a poškození, v důsledku užívání alkoholu narůstá také riziko úmrtí. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice uvádí počet zemřelých v důsledku smrtelného předávkování alkoholem. Počet v ČR se dle údajů z informačních systémů pohybuje ročně kolem 330 případů (Mravčík et al., 2012, str. 82).

Alkohol se často pije pro intoxikační účinky s cílem opít se (dosáhnout intoxikace). Právě intoxikace bývá hlavní příčinou společenských škod. Riziko negativních společenských důsledků alkoholu (rvačky, ohrožení rodiny, manželství, práce, studia, přátelství) je přímo úměrné množství vypitého alkoholu. Často se také objevuje škodlivost

pítí ve formě mírnějších následků, jako je obtěžování na veřejných místech, ale i vážných následků, jako například fyzické napadení a násilí nebo majetkové ztráty. Obecně platí, že čím vyšší spotřeba alkoholu, tím závažnější násilí. Vyšší konzumace alkoholu vede také k vyšší nezaměstnanosti, zvyšuje se riziko pozdních příchoďů, absence, předčasných odchodů z pracoviště, dochází ke ztrátě produktivity, k nepřiměřenému chování a ke špatným vztahům na pracovišti (Anderson et al, 2005, str. 21).

Hlavními sociálními důsledky jsou tedy dlouhodobá nezaměstnanost, nedokončené vzdělání, bezdomovectví, rodinné problémy, zanedbávání dětí, rozvody, různorodá trestná činnost, řízení pod vlivem alkoholu, finanční a existenční problémy a v neposlední řadě zvýšené finanční nároky na zdravotní a sociální služby (Sovinová, Czémy, et al, 2003, str. 60).

Důležité je podotknout, že všechna tato problematika sebou nese jisté ekonomické aspekty a s tím spojené náklady. Rozlišíme **tři typy** nákladů:

- Přímé náklady - finanční prostředky vynaložené společností na řešení problému. Přímé náklady jsou zejména náklady zdravotní péče, náklady prosazování práva, náklady pojišťoven, náklady na prevenci, výzkum a vzdělávání a jiné náklady typu dopravních nehod.
- Nepřímé náklady - užívání má vliv na ztrátu produktivity v důsledku nemoci, úmrtnosti, kriminality a produktivity rodin.
- Nehmotné náklady - tyto náklady jsou složitě ekonomicky ohodnotitelné, protože se týkají především psychosociálního vývoje, bolesti, utrpení a ztráty blízkých a sekundárních následků pro trh v důsledku snížené kupní síly (Kalina et al, 2001, str. 70).

„V roce 2007 byly přímé zdravotní náklady ze zdravotního pojištění související s alkoholem 2,6 mld. Kč. Pokud jde o onemocnění v souvislosti s užíváním alkoholu, téměř třetinu nákladů (32,6 %) můžeme přiřadit kardiovaskulárním onemocněním a čtvrtinu (23,9 %) nádorovým onemocněním, 9,1 % nákladu souviselo s onemocněními trávicího traktu a 11,1 % bylo přiřazeno neuropsychiatrickým onemocněním – konkrétní zhoršení epileptických stavů, 26 % nákladu bylo vynaloženo na poruchy způsobené samotným užíváním alkoholu, a to včetně alkoholických psychóz a jiných negativních důsledků.“

„Společenské náklady užívání alkoholu byly tvořeny převážně přímými náklady (53,7 %), a to zejména náklady na léčbu zdravotních poruch. 7,7 % přímých nákladů užívání alkoholu souviselo s léčbou závislosti a jiných alkoholem způsobených onemocnění, 20,4 % souviselo se stiháním trestných činů nebo přestupků tzv. primární alkoholové kriminality, 33,9 % se sekundární kriminalitou a 7,8 % s dopravními nehodami pod vlivem alkoholu a jejich prevencí. V oblasti nepřímých nákladů spojených s užíváním alkoholu převažovaly zdravotní náklady (93 % nepřímých nákladů), 81,4 % nepřímých nákladů tvořila úmrtí v důsledku onemocnění přiřaditelných alkoholu a v souvislosti s dopravními nehodami. 4,8 % nepřímých nákladů představovaly škody v souvislosti s dopravními nehodami pod vlivem alkoholu“ (Zábranský et al, 2007, str. 71 - 72).

Za zmínku stojí výstup z Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v ČR z r. 2011, který udává, že z celkového počtu 357 vyšetřených zemřelých účastníků dopravních nehod, bylo v roce 2011 40,7 % pozitivních na přítomnost alkoholu. Ve stejném roce bylo policií ČR zjištěno 12 777 pozitivních nálezů alkoholu u řidičů. Počet úrazů pod vlivem alkoholu se ročně pohybuje kolem 40 tisíc (Mravčík et al, 2012, str. 93).

Tabulka č. 2. Celkové společenské náklady užívání alkoholu v roce 2007 (Zábranský et al, 2012, str. 20)

	MIL.KČ.	ALKOHOL
Přímé náklady zdravotnictví	Léčba závislosti	674,6
	Léčba přiřaditelných nemocí	1925,4
	Úrazy obětí trestných činů	38,9
	CELKEM	2638,9
Přímé náklady vymáhání práva	Primární kriminalita	1789,9
	Sekundární kriminalita	2980,0
	Doprava a dopravní nehody	685,6
	CELKEM	5455,6
Další přímé náklady	Výzkum	4,7
	Náklady na výběr spotřební daně	577,4
	Administrativní náklady pojišťoven	103,8

	CELKEM	685,9
	CELKEM PŘÍMÉ	8780,3
Nepřímé náklady zdravotnictví	Morbidita (hospitalizace)	312,0
	Morbidita (nemocenská, bez hospitalizací)	542,3
	Úmrtnost	6167,6
	CELKEM	7021,6
Nepřímé náklady vymáhání práva	Uvěznění za primární kriminální činnost	10,3
	Uvěznění za sekundární kriminální činnost	61,9
	Morbidita obětí trestné činnosti (nemocenská)	66,4
	Morbidita obětí trestné činnosti	47,2
	Škody v souvislosti s dopravními nehodami	366,8
	CELKEM	552,6
	CELKEM NEPŘÍMÉ	7574,5
	CELKEM PŘÍMÉ A NEPŘÍMÉ	16,354,8

3 PREVENCE A LÉČBA

Specializovaná péče o uživatele návykových látek má v Čechách dlouho historii. Od založení prvního specializovaného zařízení u Apolináře (1948) uběhlo mnoho let, během kterých se péče o uživatele alkoholu i jiných nealkoholových drog rozrostla o mnoho specializovaných zařízení, jak v rovině zdravotního, ale i nestátního a neziskového sektoru a to zejména po roce 1989, která se v první polovině 90. let rozrůstají o širokou škálu služeb nejen pro aktivní a abstinující uživatele, ale také pro rodinné příslušníky. Neopomíjí se také sociální aspekt závislosti a různé cílové populace. Státní a nestátní sektor zaujímá určité partnerství v systému komplexní péče o závislé, jak po stránce kvalitativní (struktura a provázanost sítě), tak v oblasti kvantitativní (rozsah a dostupnost péče). Komplexnost péče spočívá zejména ve schopnosti pokrýt potřeby různých cílových skupin s ohledem na stupeň rozvoje závislosti nebo rozsah problémů, které se pojí se závislostním chováním. Nezbytná je také provázanost systému péče tak, aby byla umožněna návaznost mezi jednotlivými stupni léčebné péče. Léčebná péče musí být v neposlední řadě místně a časově dostupná, v závislosti na místních potřebách (Kalina et al, 2003, str. 155).

Pro přiřazení optimální léčebné intervence se používá pojem matching. U začínajících problémů s alkoholem se doporučují pedagogicko-psychologické poradny, u problémů středního stupně by to měly být ambulantní programy a u těžkých problémů ústavní léčba nebo dlouhodobá léčba v terapeutické komunitě (Nešpor, 1996, str. 18).

3.1 Prevence

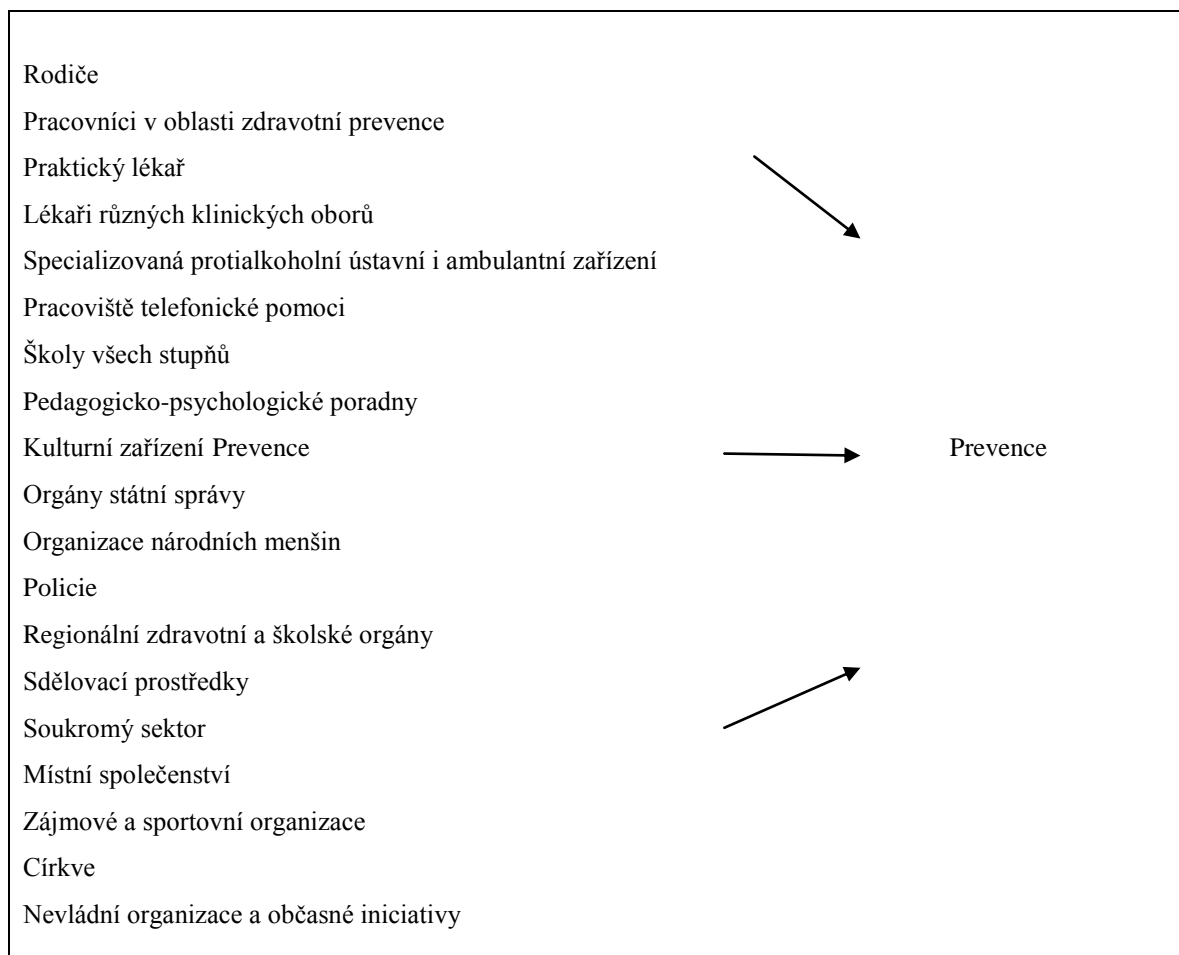
3.1.1 Prevence a její východiska

K užívání návykových látek dochází v kontextu bio – psycho – socio - spirituálního modelu, který znázorňuje vztah jednotlivce s užívanou látkou a prostředím. K jednotlivým prvkům (člověk, návyková látka a prostředí) se vážou jednotlivé rizikové nebo ochranné faktory, které riziko vzniku závislosti buď zvyšují, nebo snižují. Úkolem prevence je podporovat ochranné faktory a omezovat faktory rizikové. U jednotlivé návykové látky tedy sledujeme její charakter a potenciál pro závislost. Člověk je k závislosti náchylný na základě různých charakterových vlastností. Působení prostředí, tedy všeho co nás obklopuje, můžeme rozdělit ještě do úrovně společnosti (např. jak moc je společnost tolerantní k určité návykové látce, konzum, rozvodovost, koncepce protidrogové politiky),

rodiny (atmosféra, výchova, normy, hodnoty, užívání v rodině) a vrstevníků (hodnoty a životní styl dané skupiny), (Kalina et al, 2003, str. 275).

Ideální systém prevence by měl být provázaný a měl by harmonicky spolupůsobit v kontextu bio-psycho-socio-spirituálním. Efektivnost prevence spočívá zejména v kombinování různých preventivních strategií, informace by měly být cílené a adekvátní věku a charakteristikám populace, preventivní aktivity by měly být uplatňovány pozitivně a včas. Kdo by se měl podílet na prevenci, znázorňuje tabulka.

Tabulka č. 3. Systém prevence (Sovinová, Czémy, et al, 2003, str.60).



Primární prevence si klade za cíl odradit od prvního užití návykové látky nebo alespoň co nejdéle odložit první kontakt a podporovat zrání jedince v hledání vlastní identity bez návykových látek. V rovině biologické sem patří například přiměřený zájem o své tělo, pohyb a starost o výživu. Důležitý je také zájem o fyzické zdraví, prevence úrazů a včasná léčba nemocí. V rovině psychologické stojí na počátku užívání návykových látek

nuda nebo také zvědavost na nové, mimořádné prožitky. Často chybí vlastní program, bývají narušené hranice a nízké hodnocení sebe sama. Uživatel prosazuje samostatnost ve změněných stavech vědomí. V primární prevenci je důležité učení se asertivitě, hranicím, tvorbě vlastního programu a zvládnání volného času. V sociální oblasti jsou častými předpoklady pocity vyčlenění ze skupiny, rasová odlišnost nebo touha identifikace s mocnější skupinou. Důležité je tedy podporovat snahy v oblasti prosociálního chování, komunitního cítění dobročinnosti a soucítění s druhými, minoritami a sociálně potřebnými. Neméně důležitá je spirituální oblast. Zde se jako rizikové ukazuje častá absence smyslu života, duchovních hodnot či duchovní autority, nevyváženém zaměření se na materiální zisky, nerozvíjená pokora, orientace na negativní rituály, momentální uspokojování potřeb a s tím spojená požívačnost současného života „in“. Prevence by měly korigovat pocíťované nedostatky popřípadě nabízet alternativy (Kalina et al, 2008, str. 18).

3.1.2 Prevence v rodině a ve škole

Problematika alkoholu v rodině je důležitá, protože rodiny jsou důležité pro plnění potřeb členů ve všech oblastech jejich života – fyzické, psychické, sociální a ekonomické zabezpečení a prospívání. Poskytnutí uspokojivého prostředí v rodině je důležité pro vzdělávání a socializaci. Problémová konzumace může mít dopad na všechny tyto funkce. Pro rodiče platí, že by měli dětem dávat dobrý příklad (Czémy et al, 2001, str. 4).

Nešpor uvádí tyto **zásady prevence v rodině**:

- získat důvěru dítěte – mít na dítě čas, věnovat se mu, mít zájem,
- mluvit s dětmi o alkoholu a o drogách,
- předcházet nudě – posílit vazbu dítěte na rodinu, povzbudit dítě ke kvalitním zálibám mimo rodinu,
- zdravá pravidla v rodině - žádný alkohol nebo drogy u nezletilých, pravidlo předem daných a logicky souvisejících důsledků porušení pravidla, pravidlo neústupnosti vůči vydírání, pravidlo práva na kontrolu, pravidlo informovanosti,
- rodič jako nositel hodnot a vzor pro dítě,
- pomoci dítěti bránit se nevhodné společnosti – pomoci dítěti hledat kvalitní společnost, rozlišovat mezi skutečným přátelstvím,

- učte dítě, aby si vážilo vlastní osobnosti.

Tento výčet je uplatnitelný ve „zdravých“ rodinách. Je nutno brát také v potaz, že každá rodina uplatňuje jiný styl výchovy. K úplnému uchopení problematiky rodiny a prevence bychom museli zkoumat specifitější problémy, struktury a fungování rodin. Cílem bylo seznámit s obecnými pravidly prevence v rodině, kdy rodina sehrává důležitou roli do 12 let věku dítěte, zejména vštěpováním informací o nebezpečnosti a důsledcích užívání alkoholu. Jelikož jsou počátky konzumace alkoholu spíše vrstevnická záležitost v období adolescence a dospívání, sehrávají důležitou roli jedince nejvíce kamarádi, kteří mohou pomoci se alkoholu vyhnout, nebo mohou být naopak hrozbou. V této době bývá jedinec nejčastěji ohrožen vytvořením návyku, kterému je třeba předcházet (Nešpor, Czémy, 2003 str. 10-20).

Ve školním prostředí se aktivity zaměřují na předem definované skupiny, na žáky různých ročníků a většinou bývají přesně definovány. Využívají se přednášky a besedy, které bývají často jednorázové a z hlediska prevence ve školách bývají také nejméně účinné pro svoji nárazovost a velký počet posluchačů. Lektori přicházejí přednést přednášku a dávají prostor pro dotazy a diskuzi, přičemž obsahově se jedná spíše o stručný přehled podstatných informací. Dále se využívají komponované pořady, které bývají doplněny o hudební či filmovou produkci a mívají větší efekt, pokud jsou součástí dlouhodobé prevence. Dlouhodobé programy sumarizují množství přístupů rozložených do dlouhého časového úseku. Bývají realizovány učiteli a lektory primární prevence, kteří zaručí dlouhodobou práci se skupinou, a tím preventivní působení bývá zpravidla efektivnější. Tyto programy bývají zvláště zaměřeny na předškolní věk, ranný školní věk, 4. - 5. třídu, 2. stupeň základních škol a pro střední školy. Dalším efektivním přístupem jsou tzv. peer programy, které se zaměřují především na nejrizikovější cílovou skupinu preventivních programů. Jsou to osoby ve věku 13 – 19 let, které jsou v období adolescence nejvíce vystavovány tlaku okolí a hledání vlastní identity mezi vrstevníky. Principem peer programů je aktivní zapojení proškolených vrstevníků, kteří působí na žáky a snaží se ovlivnit jejich postoje k návykovému chování (Kalina et al, 2003, str. 300 - 304).

Vedle prevence v rodině a ve školním prostředí je také důležité zmínit různé volnočasové aktivity v podobě kroužků, zájmové činnosti apod., které mají do jisté míry za úkol vytvářet pozitivní podmínky pro trávení volného času. Nelze opomenout nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, která poskytují ambulantní či terénní služby

dětem a mládeži, ohroženým sociálním vyloučením, nebo mají vyhraněný životní styl a jsou ohroženi sociálně-patologickými jevy. Základním prostředkem je nabídka volnočasových aktivit. Cílem je předcházení a snížení sociálních a zdravotních rizik, souvisejících s jejich způsobem života, a lepší orientace v sociálním prostředí. Služba obsahuje výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů (Zákon 108/ 2006 Sb.).

3.1.3 Prevence na úrovni společnosti

V celosvětovém měřítku je škodlivé užívání alkoholu stavěno do popředí jako jeden z rizikových faktorů zdravotních problémů. Pro konzumenta, okolí, ale i širší veřejnost, má škodlivé užívání negativní vliv na zdraví a sociální vazby a poškozuje základní struktury lidské společnosti a výrazně přispívá k předčasným úmrtím či zdravotním postižením. Minimalizace negativních důsledků je do jisté míry úkolem příslušných politik a jejich efektivních opatření. Aktivity v celostátním měřítku, ale i na místní úrovni, mohou mít vliv na lepší výsledky v těchto oblastech. Světová zdravotnická organizace vydala v roce 2010 „Globální strategii pro omezování škodlivého užívání alkoholu“, týkající se opatření na všech úrovních, jejímž účelem je podpořit a doplnit politiku v oblasti veřejného zdraví. Škodlivé užívání alkoholu je možné omezit, pokud jednotlivé země přijmou tato opatření, která lze seskupit do deseti cílových oblastí:

1. **Vedení, informovanost, a odhodlání** – trvale udržitelná opatření, silné vedení a pevný základ, informovanost, vědecky podložená fakta, přizpůsobení se místním podmínkám, národní strategie a akční plány, koordinace, široký přístup k informacím, centrální dohled.
2. **Opatření na úrovni zdravotnických služeb** – preventivní a léčebné intervence, financování zdravotnických služeb, navyšování kapacit, podpora rodin, orientační testování, včasná identifikace problémů, všestranný přístup ke zdravotní péči, dostupnost a přístupnost, zajištění zdravotních a sociálních služeb.
3. **Aktivity na komunitní úrovni** – na místní úrovni podporovat rychlé zhodnocení situace a vyplnění mezer z hlediska intervencí, prosazování odpovídajících opatření, posilování kapacit samosprávy ke koordinaci aktivit zaměřených na snižování míry škodlivého užívání, opatření k ochraně nezletilých, péče pro postižené jedince, tvorba a podpora komunitních programů pro dílčí cílové skupiny ohrožené alkoholem.

4. **Politiky a protiopatření týkající se řízení vozidel pod vlivem alkoholu** - přísnější hranice obsahu alkoholu v krvi, kontroly, informační kampaně a mediální kampaně, podpora alternativních způsobů dopravy, edukace řidičů.
5. **Dostupnost alkoholu** – systém regulace výroby, licence pro maloobchod a regulace maloobchodu, stanovení vhodného minimálního věku pro nákup a konzumaci, opatření proti nezákonné produkci, omezení prodeje podnapilým.
6. **Reklama na alkoholické nápoje** – regulace obsahu i objemu reklamy, regulace sponzorských aktivit s propagací alkoholu, systém dohledu nad reklamou, sankce pro porušení pravidel.
7. **Cenová politika** – specifický systém zdanění a jeho uplatňování, korekce cen, omezení či zákaz zvýhodňování formou prodejních akcí, slev, paušálních sazeb za neomezenou konzumaci, pobídky na nealkoholické nápoje, snížení nebo zastavení dotací pro výrobce alkoholu.
8. **Snížování negativních následků požívání alkoholu a intoxikace alkoholem** – specifická opatření v souvislosti s alkoholem při veřejných masových akcích (např. plastové obaly), zajistit zodpovědnější podávání alkoholu v restauracích, edukace o situacích s agresivním či silně podnapilým, nezbytná péče a přístřeší pro silně podnapilé.
9. **Snížování dopadu nelegálního alkoholu a neoficiálně vyráběného alkoholu na veřejné zdraví** – kontrola kvality výroby a distribuce, regulace neoficiální výroby, odhalování nelegální produkce, relevantní předávání informací a spolupráce mezi příslušnými orgány, informování veřejnosti o nebezpečích.
10. **Monitoring a dohled** – efektivní monitorovací a kontrolní činnost, zřízení instituce zodpovědné za sběr, třídění, analyzování, šíření dat a zpráv o situaci, definování společných indikátorů užívání alkoholu (SZO, 2011, str. 20 – 37).

Popov (2011, str. 12 - 15) uvádí, že do praxe jsou bohužel některé závěry a opatření uváděny naprosto nedostatečně. Stává se, že některé významné dokumenty skončí jako „šuplíkový dokument“. V České republice ještě do nedávna převládaly tendence oddělovat od sebe problematiku drog legálních a drog nelegálních. Systém péče o osoby škodlivě pijící nebo závislé na alkoholu i pře své obecně známé a rozměrově obrovské dopady není

zdaleka tak propracovaný a dostupný, jako pro uživatele nelegálních drog. Výzkumné instituce začaly stále častěji poukazovat na jejich propojenost a nutnost řešit problematiku společně. Odpovědí je současný trend tzv. integrované politiky řešit legální a nelegální drogy společnou strategií. Proto „Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2012“, po vzoru Evropských zemí tento integrovaný přístup přijímá a akceptuje skutečnost, že užívání návykových látek od sebe nelze oddělit. Proto může být Globální strategie pro omezování škodlivého alkoholu významným dokumentem, o který se může Česká republika odborně ale i politicky opřít.

3.2 Možnosti léčby a doléčování

V předchozí kapitole jsem se věnovala prevenci především primární. Do této kapitoly zahrnuji další dvě známé prevence – sekundární a terciární, z toho důvodu, že obě tyto prevence zahrnují víceméně různorodé léčebné a terapeutické působení, vedoucí k abstinenci, nebo metody k předcházení závažného zdravotního poškození. Opět zde budeme brát ohled na bio-psycho-socio-spirituální model.

Sekundární prevence má za cíl předcházet vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které již návykovou látku užívají nebo už jsou na ní závislé. Sekundární prevence se často používá jako souhrnný název pro včasnou intervenci, poradenství a léčení. Léčba se zde zaměřuje zejména na léčbu vedoucí k abstinenci, méně často na léčbu vedoucí ke kontrolovanému užívání. Úsilí se zaměřuje také na rodinu uživatele. Z biologického hlediska se sekundární prevence zaměřuje především na medicínskou léčbu nemocí spojených s užíváním, které buď otevřely cestu k abúzu, nebo abúzus udržují. V psychologické rovině se na závislost nahlíží v souvislostech užívání a psychických problémů, kdy závislost začala tyto problémy vytvářet. Pracuje se s nejrůznějšími psychoterapeutickými přístupy. Cílem je náhled souvislosti a získání odpovědnosti za svoje chování. V sociální oblasti je důležitým aspektem sociální práce, ale také mnohé sociologické výzkumy a zkoumání vzorců (např. vliv vrstevníků, rituály, politické a kulturní fenomény, minoritní skupiny, bída, atd.), které mohly ovlivnit rozvoj abúzu. Tato specifika by měla být v terapeutické práci zohledněna a respektována. Nedílnou součástí je tzv. re-socializace. Spirituální oblast léčby a programy založené na filosofii především Anonymních alkoholiků se zaměřují hlavně na přijetí životního smyslu a údělu, na víru, sounáležitost a soucítění, pokoru a respekt toho, co přesahuje vlastní já (Kalina et al, 2008, str. 20 - 22).

Terciární prevence má za cíl předcházet vážnému, či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození. Zaměřuje se na resocializaci nebo sociální rehabilitaci u osob vracejících se z léčby nebo na intervence u aktuálních uživatelů, kteří zatím svůj problém neřeší. V této rovině se uplatňují spíše přístupy ze sociální oblasti ve formě pomoci při uplatnění na trhu práce, kontakty s institucemi a úřady, pracovní rehabilitace, pomoc při hledání bydlení. Psychologická dimenze zahrnuje nejrůznější doléčovací aktivity, poradenství, prevenci relapsu, motivační a rodinné poradenství, edukaci. V oblasti

biologické se jedná zejména o základní péči o zdraví a v oblasti spirituální např. smíření se s fyzickou smrtí u osob umírajících (Kalina et al, 2008, str. 23).

S léčbou bych také ráda zmínila termín tzv. optimální léčitelnosti, kterou vyjadřuje Rubešovo schéma kurability. Jde o grafické znázornění průsečíku dvou přímk, které vyjadřují na straně jedné narůstající problémy s délkou trvání závislosti a zároveň zvyšující se náhled a motivaci k léčbě, na straně druhé snižující se schopnosti pro celkovou somatopsychickou devastaci. Jejich průsečík je značně individuální, určen jednak samotným jedincem, ale i prostředím. Znázorňuje optimální dobu pro nástup do léčby. Poznání a náhled, který je nutným předpokladem pro léčbu, nezískává jedinec snadno. Zprvu má tendence problém bagatelizovat, minimalizovat či racionalizovat. K zvnitřnění a uvědomění si souvislosti závislosti dochází až později v léčbě. Pokud nedochází v optimální době ke zvyšování náhledu a léčbě, snižují se schopnosti proces závislosti bezbolestně zastavit. Proto je nutné věnovat pozornost tomu, co předchází samotné léčbě. Je třeba takticky přispět k tomu, aby uživatel nastoupil do léčby tehdy, dokud je schopen a nedošlo k závažnějšímu poškození (Heller, Pecinová, 1996, str. 94 – 95).

3.2.1 Složky péče v ČR

Jednotlivé složky péče jsou zastoupeny, jak státními, tak nestátními, zdravotnickými i nezdravotnickými, neziskovými i ziskovými subjekty. Jejich provázanost a spolupráce je nezbytná pro efektivní zajištění celého systému péče o uživatele návykových látek. „*Systém sám by měl být nastaven tak, aby pomáhal klientovi, jeho rodině i odborníkům překonávat rozhraní mezi péčí ambulantní a lůžkovou, zdravotní a sociální, státní a nestátní, péčí zaměřenou na problém závislosti a na doprovodné problémy a komplikace, a v neposlední řadě i mezi péčí odbornou a svépomocnou*“ (Kalina et al, 2003, str. 156). Maximální možnou efektivitu mají také zajišťovat akreditační podmínky či standardy odborné způsobilosti.

3.2.1.1 Péče ve zdravotnictví

Ordinace pro alkoholismus a jiné toxikomanie – poskytují komplexní ambulantní léčebnou péči, od kontaktní práce přes poradenství, léčebnou péči až k doléčování, vedoucí k minimalizaci zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním návykových látek. Často bývají součástí psychiatrických zařízení. Ordinaci vede lékař adiktolog s psychiatrickou a adiktologickou kvalifikací.

Cílové skupiny: experimentátoři, škodlivé užívání alkoholu, závislí na alkoholu, depresivní a úzkostní pacienti zneužívající alkohol, psychotická onemocnění vlivem užívání, problémoví uživatelé v konfliktu se zákonem, rodina a partneři závislých, osoby po výkonu trestu.

Služby: diagnostika, prevence relapsu, léčba duálních diagnóz, poradenství, prevence, psychoterapeutické aktivity, ambulantní dlouhodobý léčebný program, posílení a udržení abstinence (Tkáč, 2011, str. 90 - 91).

Detoxifikační jednotky – jsou určeny ke zvládnutí odvykacích stavů a intoxikace. Bývají součástí zařízení pro léčbu závislostí nebo nemocnic. Detoxikace je léčebný postup, který má za úkol vyloučit návykovou látku z těla a omezit škodlivost jejích účinků. Detoxifikační jednotky bývají složeny z lékařů, zdravotnických pracovníků, terapeutů a sociálních pracovníků.

Cílové skupiny: osoby připravující se na další léčbu, osoby nebezpečné samy sobě nebo svému okolí z důvodu intoxikace, osoby, u nichž je žádoucí vzhledem k zdravotnímu a sociálnímu stavu snížit toleranci, ale zatím nejsou motivováni přestat s užíváním.

Služby: zhodnocení stavu pacienta, farmakoterapie, psychoterapie, sociální práce, strukturovaný denní program, zahrnující edukační a motivační aktivity (Kalina et al, 2008, str. 375 – 376).

Ústavní léčba – psychiatrické léčebny – jedná se o rezidenční léčbu problémových uživatelů po absolvované detoxifikaci ve zdravotnických zařízeních, může být různě dlouhá – krátkodobá v řádu 1 – 4 týdnů, střednědobá 1 – 3 měsíce. Pacienti se léčí dobrovolně nebo jim je nařízena ochranná ústavní léčba. Personál tvoří hlavně zdravotničtí pracovníci, dále psychoterapeuti, sociální pracovníci a např. arteterapeuti.

Cílem je změna životního stylu pacienta, abstinence, stabilizace a vybudování náhledu na závislost, zvnitřnění norem, osvojení si rizik relapsu.

Model léčby vychází z tzv. Skálova či apolinářského modelu, v němž jsou zahrnuty hlavně:

- strukturovaný a komplexní týdenní program,
- režim, pravidla, odměny, sankce,

- komunitní setkání – prostor pro řešení problematiky léčby, pravidel, hodnocení programu,
- skupinová a individuální psychoterapie mnoha směrů a přístupů,
- rodinná a partnerská terapie a poradenství,
- pracovní terapie,
- volnočasové aktivity a sport (Kalina et al, 2008, str. 382).

Farmakoterapie – Antabus (disulfiram) – nejčastěji používaný preparát na zvýšení vnímavosti organismu vůči účinku alkoholu. Pokud dojde k požití alkoholu po užití Antabusu, následuje tzv. antabusová reakce organismu. Dochází ke zvýšení krevního tlaku, zrudnutí v obličeji, bolesti hlavy, zvracení, ale i kolapsové stavy či bezvědomí. Antabus je podáván většinou v délce jednoho roku od ukončení základní odvykací léčby, nejčastěji dvakrát týdně. Podává se nejvíce v ambulantním programu tak, aby byla zajištěna kontrola, ale i umožněn terapeutický kontakt (Kalina et al, 2008, str. 147).

3.2.1.2 *Péče mimo zdravotnictví*

Denní stacionáře - jsou zařízení ambulantního typu s intenzivním denním strukturovaným programem. Personál tvoří psychiatři, psychoterapeuti, sociální pracovníci, pedagogové. Jsou určeny osobám v různé fázi závislosti se stálým sociálním zázemím, uvažujícím o změně svého životního stylu. Klienti do takových zařízení denně dochází. Cílem léčby v denních stacionářích je změna životního stylu, abstinence, podpora a rozvoj zrání jedince, získání sociálních dovedností, zlepšení psychické a fyzické kondice. Základem je využívání prvků terapeutických komunit – komunity, skupinová psychoterapie, jasný strukturovaný program. Léčba je rozdělena do fází, které reflektují postup pacienta v léčbě (Kalina et al, 2008, str. 379 - 381).

Terapeutické komunity – jsou specifická rezidenční zařízení, poskytující dlouhodobou léčbu a resocializaci. Léčba se označuje jako léčba vedoucí k abstinenci, kdy abstinence není cílem, ale prostředkem ke změně životního stylu. Specifika a filosofie léčby v terapeutických komunitách jsou svým způsobem výjimečné. Základním prostředkem k dosažení cílů je samotný život v komunitě. Personál je multidisciplinární, s různým vzděláním (psychoterapeuti, speciální pedagogové, lékařští pracovníci, sociální pracovníci). Terapeutická komunita staví na vysoce organizovaném řádu a struktuře. Terapie se zaměřuje na vývoj osobnosti, emoce, chování, na dovednosti přežít. Základními

aktivitami bývají setkání komunity, skupinová a individuální terapie, práce s rodinou a pracovní terapie. Pobyt klienta je strukturován do fází, každá má stanovená jasná pravidla se stanoveným postupem do fáze další (Kalina et al, 2008, str. 199 - 207).

Následná péče a doléčování – je soubor všech služeb, poskytujícími se abstinujícím klientům po léčbě. Smyslem je vytvářet takové podmínky, které povedou k udržení abstinence. Cílem je sociální integrace do běžných podmínek a společenského života. Ke zdárnému dokončení a stabilizaci je nutno uplatnit řadu intervencí - prevenci relapsu, podpurnou terapii, poradenství, volnočasové aktivity, sociální práci, chráněné bydlení, chráněnou práci a resocializaci, zdravotní péči, práci s rodinou. Doléčovací programy jsou ambulantní zařízení. Kvůli své široké škále služeb je nutný multidisciplinární personál (Kalina et al, 2001, str. 382 - 384).

Svépomocné skupiny – Anonymní alkoholici – společenství osob sdílející vlastní zkušenost a naději, že jsou schopni vyřešit svůj život a pomoci ostatním od alkoholu. Skupiny bývají svépomocné, tzn., bez účasti profesionálů, ale pouze abstinujících osob, které zde sdílejí své zkušenosti, názory a situace. Členové se řídí „12 kroky“ a „12 tradicemi“, které pomáhají vyrovnat se závislostí na alkoholu (od přiznání bezmoci nad alkoholem, přes napravení chyb až po pokoru a pomoc ostatním) a určují pravidla chování skupiny. Skupiny mají detailně rozpracovaný systém patronství, kterým takto zkušenější členové pomáhají a podporují nováčky (Nešpor, 2000, str. 99 - 103).

V posledních letech je odborníky v oboru adiktologie diskutována účinnost tzv. Harm reduction v pití alkoholu na individuální úrovni. Jedná se o soubor doporučení v oblasti kontrolovaného pití. Smyslem je podání informací a doporučení tak, aby se uživatel co nejvíce vyhnul negativním důsledkům. Kontrolované užívání je odborníky propagováno především proto, že může přivést do léčby i ty uživatele, kteří nechtějí zcela přestat pít, a pro které může být požadavek abstinence nabízený tradičními programy právě překážkou k vyhledání léčby. Zastánci tohoto přístupu uvádějí, že po nastoupení do léčby někteří uživatelé své rozhodnutí o kontrolovaném užívání změní a rozhodnou se pro úplnou abstinenci (Vacek, Vondráčková, 2012, str. 146).

Na tento trend reagují různé svépomocné organizace, ale mohla by to být také výzva pro **K-centra** (poskytující služby Harm reduction pro uživatele nealkoholových drog), která v posledních letech otevírají dveře i osobám závislým či rizikově užívajícím alkohol.

3.3 Složky péče na Třebíčsku

Vedle mnoha kroužků, zařízení pro trávení volného času a nejrůznějších volnočasových sportovních a kulturních aktivit, včetně preventivních aktivit ve školách, center prevence a nízkoprahových zařízení, kterých je na Třebíčsku několik, jsou tu také zařízení, která se věnují uživatelům alkoholu spíše v rovině léčebné či sekundární a terciární prevence. Domnívám se, že léčebných a podpůrných složek péče o osoby s problémovým pitím či syndromem závislosti je na Třebíčsku málo. Ráda bych se v této kapitole věnovala těm zařízením, která jsou na Třebíčsku k dispozici uživatelům alkoholu v různých fázích jejich závislosti.

Psychiatrická a psychologická ambulantní péče

Pro problémové uživatele alkoholu v Třebíči a na Třebíčsku není samostatně orientovaná psychiatrická či psychologická péče. Zde uvádím výčet několika psychiatrických lékařů či psychologické pomoci, kteří se problematikou závislosti zabývají společně s ostatní problematikou psychologického či psychiatrického aspektu.

Pedagogicko-psychologická poradna

Vltavínská 1346, 674 01 Třebíč

Tel: 568 848 816, Email: ppptr@volny.cz

Klienty jsou děti, žáci a studenti od předškolního věku do ukončení vzdělávání na střední, popř. vyšší odborné škole, jejich rodiče a učitelé. Pomoc při zvládnání výchovných obtíží doma i ve škole, při problémech s kouřením, alkoholem, drogami.

PhDr. Zuzana Zmátlová a PhDr. Jindra Mácová

Kofránkova 459/3, 67401 Třebíč

Zmátlová: 568 840 333, Email: z.zmatlova@tiscali.cz

Mácová: 568 847 710, Email: jindra.macova@email.cz

Provoz soukromé psychologické ambulance. Provádění psychodiagnostiky, psychoterapie, poradenství.

MUDr. Jitka Dočekalová

Jelínkova 991, 6740 01 Třebíč

Tel: 775 270 219, Email: docekalovaj@seznam.cz

Psychiatrická ambulance

MUDr. Petr Pokorný

Vltavínská 1289/10, 674 01 Třebíč

Tel: 568 808 233, Email: pokorny@trb.cz

Psychiatrická ambulance

Psychiatrická léčebna a ambulance

Pateb s.r.o.

Budějovická 625, 675 31 Jemnice

Tel: 568 450 790

Email: pateb@pateb.cz, ambulance@pateb.cz, www.pateb.cz

Budovy psychiatrické léčebny se nacházejí v přírodním prostředí památkově chráněného arboreta. Mužské a ženské oddělení jsou oddělené, každé v samostatné budově (dohromady cca 60 lůžek). Léčebna je otevřeným zařízením, pacienti jsou zde zcela dobrovolně a z vlastní vůle. V těsné blízkosti léčebny je i psychiatrická ambulance, ve které ordinují lékaři z léčebny, což je výhodou pro klienty, kteří tam mohou chodit na kontroly.

Pobyt v léčebně je financován zdravotními pojišťovnami, se kterými má léčebna uzavřenou smlouvu. Pacienti hradí pouze regulační poplatky.

Léčba závislostí - je určena pro ženy a muže od 15 let s diagnózou škodlivého užívání nebo závislosti na alkoholu, drogách a pro hazardní hráče. Léčba je dobrovolná a trvá 6 nebo 12 týdnů a probíhá formou komunitní režimové terapie.

Chráněné bydlení pro muže

Alkat o.s.

Nivka 741, 675 01 Jemnice

Tel: 568 422 909,

Email: alkat@alkat.cz, www.alkat.cz

Chráněné bydlení pro muže je komplexní rezidenční služba, která poskytuje klientům podle jejich individuálních potřeb takovou podporu, aby mohli v maximální míře vést normální způsob života. Posláním chráněného bydlení je umožňovat dospělým lidem žít co nejběžnějším svobodným a zodpovědným životem, v přirozeném, klidném a příjemném prostředí venkovského hospodářství na okraji města Jemnice. Chráněná domácnost je koncipována v rodinném duchu. Chráněné bydlení v Jemnici je určeno pro muže středního nebo pokročilého věku, kteří se léčili (léčí) ze závislosti na alkoholu nebo mají dlouhodobé psychické problémy

Chráněné bydlení nabízí: bydlení pro 13 osob, zajištění stravy, běžně vybavenou domácnost, kuchyň, společenskou místnost s televizí a knihovnou, pomoc s hledáním zaměstnání, pomoc při jednání s úřady a při vyřizování osobních věcí, spolupráci s psychoterapeutem, který do chráněného bydlení dochází

Doléčování

Circle of life o.s.

Koněšín 24, 675 02

Tel: 568 888 566

Email: circleoflife@circleoflife.cz, www.circleoflife.cz

Program v pobytové či ambulantní formě. Je určen pro osoby (muže i ženy) s diagnózou závislosti na nealkoholových drogách, včetně kombinací závislostí na alkoholu a gamblingu starší 15 let, kteří aktuálně abstínují minimálně tři měsíce. Klienti musí řádně absolvovat střednědobou či dlouhodobou ústavní léčbu, program musí navazovat bezprostředně. Je nutno dodat žádost, životopis a doporučení z předchozí léčby. Před nástupem se realizuje tzv. diagnostický pobyt, jehož cílem je zhodnocení, seznámení se s řádem a režimem. Základní délka programu je šest měsíců, skládá se ze dvou fází. Po

absolvování lze využít podpurný ambulantní program v maximální délce jednoho roku. Je zde možnost zaučení v keramické dílně, či absolvování rekvalifikace točář keramiky. Součástí doléčování je možnost využití chráněného bydlení, jehož podmínkou je uzavření terapeutického kontraktu a účast v doléčovacím programu.

Anonymní alkoholici

Skupina RESTART

Heliadova 10, 674 01 Třebíč

Pátek 17.30 hod

Libor – tel. 604 736 413

www.anonymnialkoholici.cz

AA je společenství mužů a žen, kteří se navzájem dělí o své zkušenosti, síly a naděje, že dovedou vyřešit svůj společný problém a pomoci ostatním k uzdravení z alkoholismu.

Ústav sociální péče Nové Syrovice

Nové Syrovice 1, 675 41

Tel: 568 408 211

Email: zadosti@upsnovesyrovice.cz, www.upsnovesyrovice.cz

Posláním Domova se zvláštním režimem v Nových Syrovicích je poskytnout podporu a pomoc osobám závislým na alkoholu, které se kvůli závislosti na alkoholu ocitly v obtížné životní situaci a potřebují pevné zázemí a pomoc druhé osoby. Každého klienta individuálně podporujeme v činnostech, které vedou k jeho soběstačnosti, nezávislosti a zachovávají jeho důstojnost. Pomáháme klientům udržovat nebo vytvářet přirozené kontakty s rodinou, přáteli a společností.

Služby jsou poskytovány ženám a mužům starším více než 30 let a jsou ohrožení závislostí nebo jsou závislí na alkoholu a u nichž účinky alkoholu způsobily psychotické nebo duševní poruchy, a kteří nemohou zůstat ve svém přirozeném prostředí a potřebují částečnou nebo úplnou pomoc druhé osoby. Kapacita je 90 lůžek. Lze využít kulturní sál

s kulečníkem, knihovnu, posilovnu, keramickou dílnu, výlety apod. Poskytuje se sociální, zdravotní a rehabilitační péče včetně psychoterapie.

„U závislosti chybí velmi důležitý předpoklad pro úspěšné zvládnutí léčby a tím je náhled choroby, náhled nutnosti léčby a s tím úzce souvisí náhled vhodné léčby“ (Heller, Pecinová et al, 1996, str. 83). Absence náhledu vyžaduje obtížné přesvědčování a intervence ze strany okolí. Pokud jsou vyčerpány možnosti z běžného života (snahy rodiny, partnerů, jednorázové konzultace u psychiatrů či psychologů), volí uživatel nejčastěji dvě možnosti. Buď nastupuje ústavní léčbu, nebo pokračuje v užívání alkoholu a prohlubuje svoje problémy. V tomto ohledu se domnívám, že chybí na Třebíčsku zařízení snižující sociální či zdravotní rizika formou harm reduction služeb, které by pracovalo s aktivními uživateli s již vzniklými sociálními či zdravotními problémy, kteří ovšem tyto problémy alkoholu nepřipisují, nemají náhled na své užívání a nechtějí nebo nemohou i přes vzniklé problémy z různých důvodů přestat pít.

Při porovnání jednotlivých složek péče, které jsou v rámci České republiky k dispozici a dostupnými složkami na Třebíčsku zde chybí hned několik typů péče. Pokud pomínu výčet mnoha psychiatrů a psychologů, kteří se nespecifikují pouze na problémy spojené s užíváním návykových látek, není na Třebíčsku k dispozici žádná specializovaná AT ambulance či poradenské centrum pro osoby závislé na alkoholu. Ze zkušenosti vím, že pro některé propuštěné uživatele, kteří chtějí zůstat v místě svého bydliště, chybí následná péče či chráněné bydlení přímo v Třebíči nebo denní stacionář s podpůrným režimem.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ - NÁHLED NA UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU U UŽIVATELŮ ALKOHOLU NA TŘEBÍČSKU

Různé studie dokazují, že problematika abúzu alkoholu je společností podceňována. Alkohol je součástí téměř veškerého společenského života. Reklama vyzdvihuje alkohol jako nezbytnou součást dobré zábavy, legrace, pohody, pěkných a dobrých přátel. Užívání je společností vnímáno jako normální a samotní uživatelé nepovažují pití jako něco škodlivého. Přesto dochází k různým negativním jevům – od zdravotních až po sociální – jejichž vznik osoby užívající nebo závislé na alkoholu nedávají do souvislosti s alkoholem. Ze zkušenosti vím, že osoby, které přišly vlivem užívání alkoholu např. o rodinu, vzdělání, domov, práci si tuto problematiku s pitím vůbec nespojují. Většinou žijí v přesvědčení, že za ty a ony problémy může zaměstnavatel, manželka, rodiče, lékaři, stát. Uživatel alkoholu přichází řešit prvně problém s bydlením nebo prací a problém s pitím neshledává jako důležitý - nemá na danou situaci náhled, neboť se domnívá, že se problém vyřeší, až bude bydlet nebo mít práci. Měla jsem možnost se setkat s osobou, která chtěla nastoupit do léčby jenom pro to, aby dokázala rodině, že není alkoholik, že ona problém nemá. To, že dotyčná osoba neměla peníze, bydlení, práci a ztrácela poslední kontakty s rodinou, dávala za vinu právě oné rodině – „oni mě nenechají bydlet doma a já si kvůli tomu nemůžu najít práci“. Závislí lidé stojí na obviňování všech ostatních a čekají na nějaký zázrak, který by problém vyřešil. To, že problém mají oni, si nedovedou připustit. Také jsem zažila osobu po několikaleté abstinenci a několikáté léčbě, která původně také obviňovala všechny ostatní. Tato osoba nyní plně přijala odpovědnost za své chování a dokázala vzniklé problémy vnímat jako následek užívání alkoholu. Zajímá mě, zda takovýto náhled na své užívání souvisí s dobou problémového užívání. Zda člověk, který s alkoholem „zestárne“, dokáže připsat své problémy právě alkoholu nebo je nutná intervence ze strany nějakého léčebného zařízení.

4.1 Cíle výzkumu a stanovení hypotéz

Cíle výzkumu jsem si stanovila na základě osobní zkušenosti se závislými. Při své práci se setkávám s osobami, které vlivem problémového pití alkoholu přicházejí ve svém životě o mnohé. Skutečnost, že problémové pití alkoholu bývá příčinou problémů, si samotný uživatel s alkoholem většinou zpočátku nespojuje. Osoby v okolí takového uživatele uplatňují různé metody a techniky pro to, aby nejlépe okamžitě nastoupil do léčby. Z praxe vím, že takto to bohužel nefunguje a blízcí, rodina a partneři uživatelů

narážejí na mnohá úskalí. Při samotné práci s uživateli návykových látek vzniká mnoho otázek, na které je potřeba reagovat různými postupy. Proto mě zajímá, jak moc a kdy je potřeba zasáhnout a jaké zvolit intervence tak, aby pomoc a podpora byla účinná a vedla pokud možno k abstinenci bez výrazných poškození a následků. Domnívám se, že bez náhledu samotných uživatelů na jejich problematické pití nelze účinně reagovat. Výzkumem se snažím reagovat na požadavky praxe, která reaguje na bezprostřední potřeby rodin a blízkých, ale i samotných uživatelů a v neposlední řadě také poskytovatelů služeb.

Cíle výzkumu: Cílem výzkumu je zjistit, jaká je míra náhledu dotazovaných uživatelů alkoholu na jejich pití a zároveň zjistit, jestli se tento náhled s délkou užívání prohlubuje a jaký je vzájemný vztah mezi náhledem a různými intervencemi ze strany léčebných zařízení.

Z tohoto důvodu jsem si stanovila tyto dvě hypotézy:

H1 Náhled na užívání alkoholu stoupá s dobou problémového užívání

H2 Odborná péče zvyšuje náhled pacienta na jeho užívání

Vysvětlení pojmů

Problémové užívání - pro potřeby této práce stanovuji problémové užívání jako konzumaci nejméně deseti jednotek alkoholu týdně (jednotka - jedno pivo; 0,05 dl tvrdého alkoholu, 2 dl vína).

Odborná péče – veškerá ambulantní a pobytová péče (terapeutické komunity, AT ambulance, psychiatrické léčebny, poradenské zařízení, atd.), kterou pacient absolvuje v souvislé délce nejméně dva měsíce.

Náhled – „kritický postoj s uvědoměním si příčin svého onemocnění, resp. svého chování; předpoklad nutný ke spolupráci, např. při léčbě alkoholismu“ (Hartl, Hartlová, 2000, str. 339).

4.2 Metody výzkumu

Pro zjištění údajů ke zpracování a interpretaci jsem si zvolila metodu kvantitativního výzkumu. Použila jsem dotazník s otevřenými i uzavřenými otázkami. Dotazník jsem koncipovala na 17 otázek s otevřenými, polo uzavřenými a uzavřenými otázkami. Použila jsem dvě filtrační otázky (otázka č. 2 a č. 4). *„Filtračními otázkami dochází k postupnému dělení respondentů na specifické podskupiny, tj. do dalších kol a k rozvíjejícím otázkám postupují jenom někteří. Dosáhne se tím maximální efektivity, neboť se ke zvolené problematice vyjadřují jenom ti, kteří byli vyhodnoceni jako kompetentní“* (Urban, 2011, str. 74). Ty oddělují od dalšího zkoumání ty osoby, které se nám pro účely tohoto výzkumu nehodí. Záměrně jsem také použila otázky kontrolní, které jsem rozptýlila v dotazníku. *„Kontrolní otázky mají za cíl prověřit věrohodnost (pravdivost) odpovědí respondenta. Zařazují se na jiné místo šetření, tj. nenásledují hned za otázkou, kterou prověřují“* (Urban, 2011, str. 74). Dotazník jsem měla v tištěné papírové podobě. Respondenty jsem oslovila osobně nebo prostřednictvím pracovníků či lékařského personálu jednotlivých zařízení, kteří nechali dotazníky vyplnit na skupinách či terapeutických sezeních. Validitu a funkčnost dotazníku jsem si ověřila na pěti respondentech.

Výběr respondentů

Pro výzkum jsem zvolila klienty různých sociálních služeb, kde se domnívám, že mohla mít problematika alkoholismu vliv na současnou úroveň života. Také jsem oslovila současné klienty psychiatrické léčebny a doléčovacího programu, kteří svoji situaci aktuálně řeší. Výběr respondentů jsem zvolila prostý náhodný.

Oslovila jsem:

Klienty azylového domu pro muže

Klienty domova pro matky v tísní

Klienty psychiatrické léčebny Jemnice

Klienty psychiatrické léčebny Jihlava

Klienty doléčovacího programu Circle of life

Vytipované návštěvníky pivnic a restauračních zařízení

4.3 Zpracování a interpretace výsledků

Bylo vyplněno 92 dotazníků. Filtračními otázkami na míru užívání alkoholu (otázka 2, 4) bylo vyřazeno celkem 16 dotazníků. Pro následnou interpretaci dat bylo tedy použito 76 dotazníků. Abychom mohli potvrdit nebo vyvrátit hypotézy H1 a H2, vyhodnotila jsem následující pojmy:

Doba problémového užívání

Doba užívání alkoholu je zjištěna v dotazníku otázkou č. 5.

Odborná péče

Absolvování odborné péče v rozsahu nejméně 2 měsíce je zjištěna v dotazníku otázkou č. 15.

Náhled

Míru náhledu respondentů zjišťují v dotazníku otázky č. 3, 6, 7, 8, 11, 12, 17. Pro stanovení náhledu je použito celkem sedm otázek. Míru náhledu posuzují sedmi otázkami proto, aby se snížila subjektivita vyhodnocování. Pro určení míry náhledu jsem stanovila škálu:

Nemá náhled (0 – 1)

Částečný náhled (2 – 4)

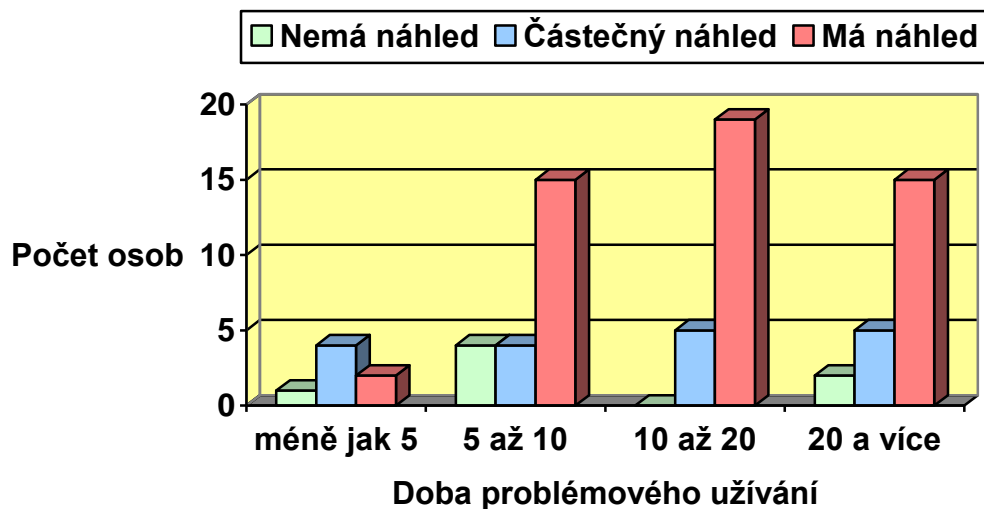
Má náhled (5 – 7)

Př.:

Respondent odpověděl na 5 – 7 otázek s jistou mírou reflexe a kritického pohledu na svoje užívání, byl tedy zařazen do kategorie **Má náhled**.

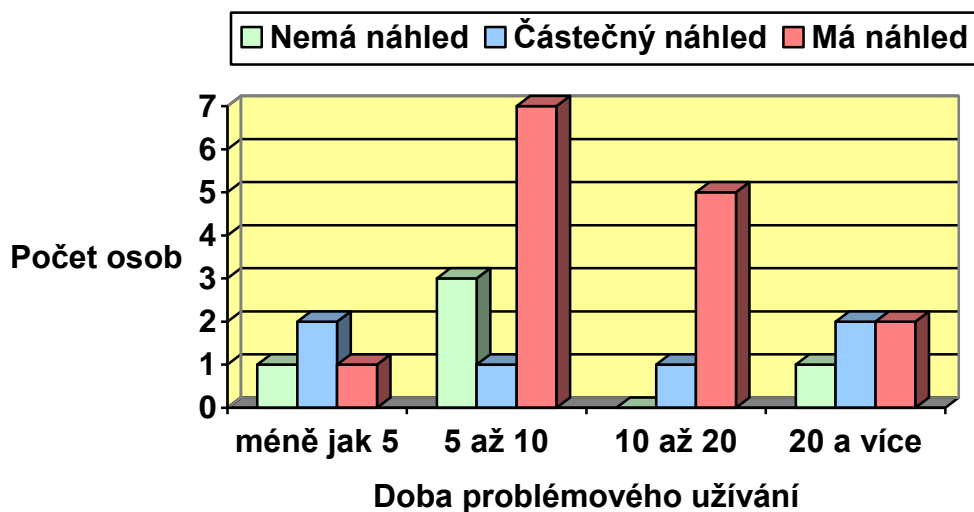
Respondent odpovídající na všech sedm otázek bez kritického pohledu či reflexe, byl zařazen do kategorie **Nemá náhled**.

Graf č. 1 Vztah náhledu respondentů k době jejich problémového užívání alkoholu (bez ohledu na prodělanou odbornou péči)

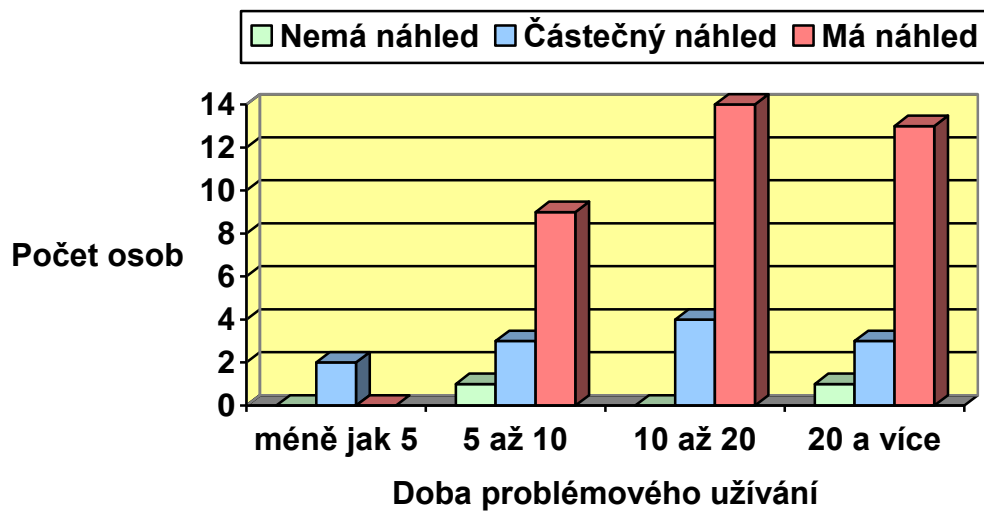


Ve skupině respondentů užívajících alkohol méně než 5 roků má nejvíce osob částečný náhled. Ve skupině 5 až 10 let a 10 až 20 let převažuje počet osob, které náhled na užívání alkoholu mají. Ve skupině 10 až 20 let nebyl nikdo, kdo by neměl alespoň částečný náhled. Zajímavé je zjištění u osob pijících problémově více než 20 let. U této kategorie se proporcčně zvyšuje podíl osob bez náhledu, nebo s částečným náhledem.

Graf č. 1a Vztah náhledu uživatelů bez odborné péče k době jejich problémového užívání alkoholu

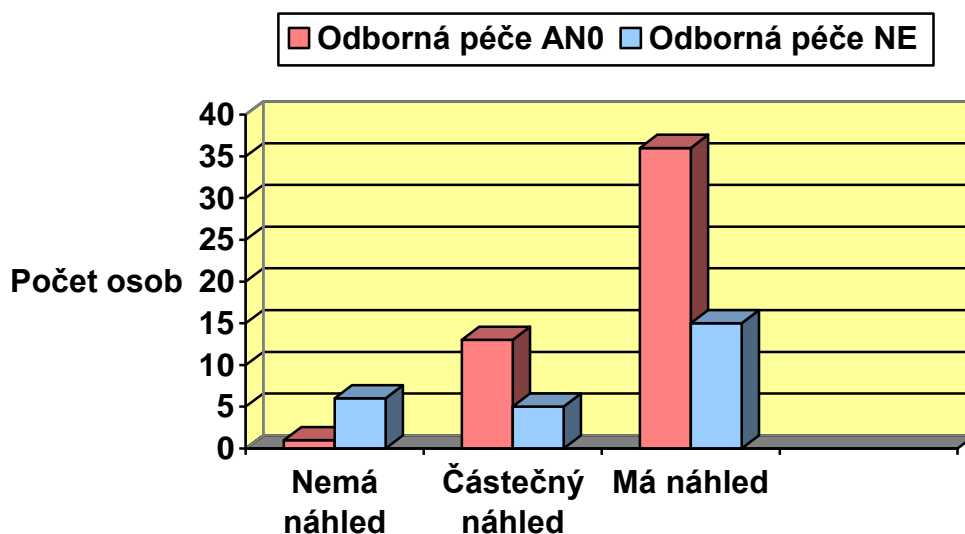


Graf č. 1b Vztah náhledu uživatelů s odbornou péčí k době jejich problémového užívání alkoholu



Ve skupině 5 – 10 let užívání alkoholu je statisticky významný rozdíl v počtu osob bez náhledu – osoby bez odborné péče vykazují horší výsledek. Nejvýraznější vliv prodělané odborné péče je patrný ve skupině užívající alkohol 20 a více roků. Respondenti z této skupiny mají výrazně nižší náhled na svoje pití za předpokladu, že neprodělali odbornou péčí. Dalo by se tedy tvrdit, že odborná péče udržuje náhled uživatelů i přes jejich postupnou degradaci, která přichází s věkem užívání.

Graf č. 2 - Náhled respondentů ve vztahu s prodělanou odbornou péčí bez ohledu na věk



Respondenti, kteří na svoje pití nemají náhled, většinou odbornou péčí neprošli. Osoby s částečným a úplným náhledem odbornou péčí většinou prošly.

H1 Náhled na užívání alkoholu stoupá s dobou problémového užívání

Hypotéza H1 se potvrdila částečně. Náhled na užívání alkoholu se zvyšuje až do intervalu 20 a více roků problémového užívání alkoholu, kde se míra náhledu snižuje. Tento fakt bychom mohli připsat devastujícím účinkům alkoholu, pokud je konzumován dlouhodobě. Z provedeného výzkumu také vyplývá snižující se kompetentnost dlouhodobých uživatelů alkoholu, tj. je potřeba uživatele alkoholu léčit včas.

H2 Odborná péče zvyšuje náhled pacienta na jeho užívání

Hypotéza H2 se potvrdila. Odborná péče pomáhá udržovat náhled uživatelů alkoholu, udržuje jejich kritický postoj. Odborná péče je obvykle primárně zaměřena na abstinenci uživatelů. Recidivy léčených osob mohou vést k pochybnostem o smyslu a efektivitě léčebných intervencí. Z výzkumu vyplývá, že léčba má smysl bez ohledu na abstinenci či recidivu, neboť alespoň pomáhá zvyšovat náhled uživatelů – což je první předpoklad k uzdravě.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se věnovala problematice alkoholismu. Byly vysvětleny základní pojmy týkající se této problematiky, specifikovány důsledky abúzu alkoholu pro jedince a pro společnost a konkretizovány rizikové skupiny. Také byly popsány možnosti prevence a léčby alkoholismu v České republice. Zároveň jsem přiblížila možnosti prevence a léčby na Třebíčsku.

Praktická část byla zaměřena na náhled uživatelů alkoholu na jejich užívání. Zajímalo mne, jaký je náhled respondentů (uživatelů alkoholu) na jejich užívání a zda se tento náhled s délkou problémového užívání zvyšuje. Také mne zajímala spojitost míry náhledu s prodělanou léčbou. Výzkum jsem prováděla u osob, u kterých jsem se domnívala, že jejich aktuální životní úroveň může souviset s abúzem alkoholu nebo osobami, u kterých je abúzus alkoholu patrný na první pohled. Část respondentů se aktuálně léčila se syndromem závislosti.

Výzkum provedený v této bakalářské práci nemůže komplexně mapovat danou problematiku. Odkryl však některé zajímavé skutečnosti, kterým bych se ráda ve své další odborné činnosti věnovala.

V dalším zkoumání by bylo užitečné zjistit potřebnost jednotlivých složek péče, které nejsou na Třebíčsku k dispozici. Domnívám se, že na Třebíčsku velmi chybí zařízení snižující sociální či zdravotní rizika formou harm reduction služeb, které by pracovalo s aktivními uživateli bez náhledu a „rozséváním“ pochybností či snižováním rizik by náhled zvyšovalo. Také by bylo vhodné zjistit potřebnost chráněného bydlení či doléčování.

Dále bych považovala za užitečné provést následné kvalitativní šetření s šestnácti respondenty, kteří neprošli filtračními otázkami – uvedli, že problémy s alkoholem nemají a tudíž ve výzkumu dále nefigurují. Vzhledem k tomu, že jsou to převážně obyvatelé Azylového domu, domnívám se, že jejich záporné odpovědi mohly být účelové, popírající skutečný stav věci.

V dalším šetření by mohlo být zajímavé, zabývat se genderovými rozdíly v užívání alkoholu. Ve výše uvedeném výzkumu bylo pouze 8 dotazníků od žen, proto jsem výsledky neinterpretovala podle pohlaví.

Tématika této práce a její zpracování mi umožnila nahlédnout do problematiky abúzu a závislosti na alkoholu. Měla jsem také čest setkat se s osobami z „branže“. Za tuto zkušenost a příležitost jsem velice vděčná a doufám, že poznatky uplatním ve své příští profesní činnosti.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ANDERSON, P., GUAL, A., COLOM, J. (2005). *Alkohol a primární zdravotní péče, klinická vodítka pro identifikaci a krátké intervence*. Barcelona. Česká verze: Sovinová, H., Czémy, L.
- CZÉMY, L., CHOMYNOVÁ, P., SADÍLEK, P. (2009). *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): Výsledky průzkumu v České republice v roce 2007*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-87041-94-9.
- CZÉMY, L., NEŠPOR, K., SOVINOVÁ H. (2001). *Problémy s alkoholem v rodině, zpráva pro EU*. Praha: SZÚ. ISBN 80-7071-189-2.
- GÖHLERT, CH., KÜHN, F. (2001). *Od návyku k závislosti*. Praha: Ikar. ISBN 80-7202-950-9.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-303-X.
- HELLER, J., PECINOVÁ, O. A KOL. (1996). *Závislost známá neznámá*. Havlíčkův Brod: Grada publishing. ISBN 80-7169-277-8.
- KALINA, K. A KOL. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.
- KALINA, K. A KOL. (2003). *Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.
- KALINA, K. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*, Praha: Filia Nova. ISBN 80-238-8014-4.
- KALINA, K. A KOL. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada publishing. ISBN 978-80-247-1411-0.
- KOLEKTIV AUTORŮ (2012). *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Třebíči 2012 - 2016*. Třebíč: Město Třebíč.
- MRAVČÍK, V. A KOL. (2012). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-067-4.

- NECHANSKÁ B., MRAČÍK, V. A KOL. (2001). *Uživatelé alkoholu a jiných drog ve zdravotnické statistice od roku 1959*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978- 80-7440-048-3.
- NEŠPOR, K. (2006). *Zůstat střízlivý*. Brno: Host, s.r.o. ISBN 80-7294-206-9.
- NEŠPOR, K. (2004). *Jak překonat problémy s alkoholem*. Praha: Fit in.
- NEŠPOR, K. (2003). *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-831-7.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L. (2003). *Alkohol drogy a vaše děti, jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat*. Praha: Sportpropag
- NEŠPOR, K., CZÉMY, L. (1996). *Léčba a prevence závislostí: příručka pro praxi*. Praha 8, Bohnice: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-52-2.
- POPOV, P. (2011). Další „šuplíkový dokument“? *Adiktologie*, 11(1), 12-15. ISSN 1213-3841.
- ROTGERS F. A KOL. (1999). *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-836-9.
- SKÁLA, J. (1987). *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicem.
- SOVINOVÁ, H., CZÉMY, L. A KOL. (2003). *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. Praha: SZÚ
- SZO (2011). *Globální strategie pro omezování škodlivého užívání alkoholu*. (Translated from WHO (2010). Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: World Health Organisation.) *Adiktologie*, (11) 1, 20-37. ISSN 1213-3841.
- TKÁČ, J. (2011). *Adiktologie*. Brno: Institut mezioborových studií.
- TYLER, A. (2000). *Drogy v ulicích – mýty – fakta – rady*. Praha: IŽ, s. r. o. ISBN 80-237-3606-X.
- URBAN, L. (2011). *Sociologie trochu jinak*. Praha: Grada publishing. ISBN 978-80-247-3562-7.
- VACEK, J., VONDRÁČKOVÁ, P. (2012). Přístup harm reduction k užívání alkoholu. *Adiktologie*, (12)2, 138 – 151. ISSN 1213-3841.

ZÁBRANSKÝ, T., V. BILAEKOVÁ, ŠTEFUNKOVÁ, M., VOPRAVIL, J., LANGROVÁ, M. (2011). *Společenské náklady užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog v ČR v roce 2007*. Praha, Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. LF UK v Praze a VFN v Praze. ISBN 978-80-260-1680-9.

Internet:

Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách dostupný z:
http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf

www.pateb.cz

www.alkat.cz

www.circleoflife.cz

www.uspnoveysyrovice.cz

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. č. 1. Droga – prostředí – jedinec

SEZNAM TABULEK

- Tabulka č. 1. Přehled somatických a psychických poruch
- Tabulka č. 2. Celkové společenské náklady užívání alkoholu v roce 2007
- Tabulka č. 3. Systém prevence

SEZNAM PŘÍLOH

P1 Dotazník

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dobrý den, prosím o vyplnění krátkého dotazníku ohledně konzumace alkoholu. Dotazník mapuje Váš pohled na tuto problematiku.

Dotazník je anonymní. Zpracování údajů poslouží ke studijním účelům.

Zvolte jednu nebo více odpovědí, u otázek bez výběru možností se prosím rozepište. Pokud momentálně abstinujete, odpovídejte tak, jak jste to měl/a v minulosti.

1. Pohlaví

- a) muž b) žena

2. Konzumoval jste někdy v životě více než 10 jednotek alkoholu (piv, panáků, 2dc vína) za týden?

- a) ano b) ne

3. Popište, co Vám přináší užívání alkoholu?

4. Kolik jednotek (piv, panáků, 2dc vína) alkoholu v průměru vypijete za týden ?

- a) 0 – 3 b) 3 – 10 c) 10 a více

5. Jak dlouho pijete alkohol?

- a) méně jak 5 let
b) 5 – 10 let
c) 10 – 20 let
d) 20 let a více

6. Považujete svoje užívání alkoholu za problémové?

- a) Ano b) Ne

7. Z jakého důvodu pijete?

- a) nepochopení ze strany okolí
b) neumím si poradit se svými problémy
c) zvyk
d) jsem závislý
e) jiné

8. Máte kvůli pití nějaké problémy?

- a) s přáteli
- b) s rodinou
- c) ve vztahu
- d) ve škole/ v práci
- e) s kriminální činností
- f) s psychickými problémy
- g) nemám problémy
- h) jiné

9. Vnímá okolí, že máte problém s pitím?

- a) Ano
- b) Ne

10. Pokud ano, kdo má s Vámi problémy?

- a) přátelé
- b) rodina
- c) partner
- d) ve škole/ v práci
- e) policie
- f) nemám problémy
- g) jinde

11. Jaká vidíte negativa na pití alkoholu?

12. Co by jste potřeboval/a zlepšit?

- a) nepotřebuji nic zlepšit
- b) práce-zdroj obživy
- c) užívání alkoholu
- d) psychický stav a problémy
- e) rodinné a sociální vztahy
- f) zdravotní stav

13. Vyhledal jste někdy odbornou pomoc kvůli Vašemu pití?

- a) Ano B) Ne

14. Pokud ne, tak proč?

- a) nevím, kam bych se obrátil
b) nemám odvahu
c) nemám problémy s pitím

15. Absolvoval jste někdy ambulantní nebo ústavní léčbu alkoholismu v délce nejméně dva měsíce?

- a) Ano b) Ne

16. Pokud ano, kterou a kolikrát?

- a) psychiatr.....xkrát
b) psych. léčebna..... xkrát
c) komunita.....xkrát
d) psycholog/psychoterapeut.....xkrát
e) jinou:.....xkrát

17. Které z vašich problémů připisujete alkoholu?

- a) s přáteli
b) s rodinou
c) ve vztahu
d) ve škole/ v práci
e) s kriminální činností
f) s psychickými problémy
g) nemám problémy ve spojitosti s alkoholem
h) jiné

Děkuji za Váš čas.