

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Vanda Strejčková

Závislí na alkoholu v abstinenčně orientované léčbě a kontrolované pití

Alcohol addicts in abstinence-oriented treatment and controlled drinking

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**Vedoucí závěrečné práce:
MUDr. Viktor Mravčík, Ph.D.**

PRAHA, 2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci vypracovala samostatně, a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Plzni dne 24. 4. 2014

.....
Vanda Strejčková

Poděkování:

Děkuji svému vedoucímu bakalářské práce panu MUDr. Viktorovi Mravčíkovi, Ph.D. za odborné vedení, ochotu, trpělivost, podporu a laskavý přístup.

Poděkování patří též terapeutům a dalšímu personálu z PN v Dobřanech, PN Bohnice, PL Červený dvůr za ochotu a pomoc při rozdávání dotazníků pacientům, kteří se právě nacházeli v léčbě.

Dále bych chtěla poděkovat přátelům a rodině za velkou podporu při studiu i zpracování závěrečné práce.

Identifikační záznam:

STREJČKOVÁ, Vanda. *Závislí na alkoholu v abstinčně orientované léčbě a kontrolované pití [Alcohol addicts in abstinence – oriented treatment and controlled drinking]*. Praha, 2014. 67 stran, 8 příloh. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. Vedoucí závěrečné práce Mravčík, Viktor.

Abstrakt (teze):

Východiska: V konzumaci alkoholu se Česká republika dlouhodobě drží na prvních místech ve světě. Alkohol je u nás považován za legální návykovou látku běžně dostupnou. V populaci ČR ve věku 15 – 64 let mnoho osob konzumuje alkohol rizikově, jen malá část se však dostane do léčení. Od roku 2005 klesá počet ústavně léčených mužů pozvolna i žen, přesto že pravidelně narůstá počet uživatelů alkoholu.

Cíle: Cílem výzkumu bylo zmapovat stupeň závislosti pacientů nacházejících se v abstinenčně orientované léčbě v některých vybraných zařízeních, zjistit jejich zvyklosti při konzumaci alkoholu, rozdíly mezi užíváním mužů a žen, zkušenosti a postoje závislých k abstinenci a kontrolovanému pití a jak situaci pacienti vidí po ukončení léčby.

Metody: Byl proveden dotazníkový průzkum mezi pacienty léčícími se v průběhu ledna až března 2014 v PN v Dobřanech, PN Bohnice, PL Červený Dvůr a PL Lnář, celkem 125 pacientů (48 žen a 77 mužů). Dotazníky byly administrovány v souladu se zachováním anonymity odpovědí pacienta a v souladu s etickými principy jednotlivých zařízení. Vyhodnocení dotazníkové studie probíhalo pomocí programu MS Excel, kam byla zanesena data z dotazníků a ve kterém byla data také vyhodnocena.

Výsledky: Bylo zjištěno, že v abstinenčně orientované léčbě byla u pacientů zaznamenána v 27,2 % nízká úroveň závislosti, v 38,4 % střední úroveň závislosti, v 24 % závažná úroveň závislosti a v 10,4 % těžká závislost. Potvrdilo se, že ženy mají jiné vzorce užívání alkoholu než muži. Rovněž se potvrdily zkušenosti pacientů s kontrolovaným pitím před léčbou.

Závěry: Výzkum přinesl zajímavé poznatky o pacientech v abstinenčně orientované léčbě, úrovni jejich závislosti, vzorcích užívání alkoholu, zkušenostech s kontrolovaným pitím. Z výzkumu vyplývá, že i když strategie kontrolovaného pití nejsou součástí hlavního léčebného proudu v ČR, velká část pacientů měla s kontrolovaným pitím zkušenosti získané vlastními pokusy.

Klíčová slova: alkohol, závislost, abstinenčně orientovaná léčba, kontrolované pití, abstinence

Abstract (thesis):

Backgrounds: The Czech Republic is at the top of the world regarding alcohol consumption. Alcohol is in the Czech Republic considered legal addictive substance which is commonly available. In the Czech population aged 15-64 years a lot of people consume alcohol in a risk way, only small part, however, gets into the system of treatment. Since 2005 the number of institutionally treated men and women has been gradually decreasing, although the number of alcohol users regularly increases.

Objectives: The main goal of this research was to map extend of dependency of patients involved in abstinent oriented treatment. In specially selected clinics, this research was focusing on their behaviour and habitual practice while consuming alcohol and sorting out differences between men and women. It also pays attention to experience of these dependent patients with abstinence controlled drinking and their opinions on the whole situation after they finish their treatment.

Methods: There was a questionnaire research conducted in a period from January through March of 2014 involving patients in PN Dobřany, PN Bohnice, PL Červený Dvůr and PL Lnáře. All together study involved 125 patients, 48 women and 77 men. All questionnaires and answers were processed and evaluated strictly on anonymous basis while obeying ethical codes of each institute involved. MS Excel was used to sort out all data collected to gain results of this questionnaire study.

Results: It was found that in abstinence-oriented treatment a low dependence level (27.2%), an average dependence level (38.4%), severe dependence level (24%) and severe addiction (10.4%) were observed at patients. It was confirmed that women have different patterns of alcohol use than men. Patients experience with controlled drinking before treatment was confirmed as well.

Conclusions: The research revealed interesting findings about patients in abstinence-oriented treatment, their level of dependence, patterns of alcohol use, controlled drinking experience. From the research it follows that even though the strategy of controlled drinking is not part of the main stream of treatment in the Czech Republic, a large proportion of patients had controlled drinking experience based on their own experiments.

Key words: alcohol, addiction, abstinence – oriented treatment, controlled drinking, abstinence

Obsah

1	Úvod.....	1
2	Závislost na alkoholu	2
2.1	Alkohol (etylalkohol, etanol)	2
2.2	Modely závislosti na alkoholu	3
2.3	Klasifikace závislosti na alkoholu.....	4
1.1.1	Typy abúzu alkoholu podle Jellineka	4
1.1.2	Poruchy vyvolané užíváním alkoholu:	5
1.1.3	Vývojová stadia závislosti podle Jellineka	8
1.1.4	Syndrom závislosti na alkoholu	8
2.4	Další důsledky nadměrné konzumace alkoholu	10
1.1.5	Somatické dopady nadměrné konzumace alkoholu.....	10
1.1.6	Sociální dopady nadměrné konzumace alkoholu.....	12
2.5	Závislost a ženy.....	13
3	Souhrn epidemiologické situace v ČR.....	15
4	Abstinenčně orientovaná léčba závislosti na alkoholu	17
4.1	Historie léčby závislosti na alkoholu v ČR	18
4.2	Apolinářský Skálův model	19
4.3	Léčba závislosti na alkoholu v PN v Dobřanech	20
4.4	Farmakologická léčba	21
5	Harm reduction přístupy u závislosti na alkoholu	23
5.1	Základní principy přístupu HR.....	23
5.2	Umírněná konzumace alkoholu.....	24
5.3	Kontrolované pití	25
6	Výzkumný problém a použité metody.....	27
6.1	Cíl výzkumu a výzkumné otázky	27
6.2	Metoda tvorby a analýzy dat	28
6.3	Etika výzkumu	28
6.4	Popis výzkumného souboru	28
7	Výsledky	31
7.1	Vzorce užívání alkoholu	31
7.2	Zkušenosti s předchozí léčbou závislosti na alkoholu	35
7.3	Kontrolovaná konzumace alkoholu a abstinence – zkušenosti a názory	37
7.4	Záměry po skončení léčby	40
8	Diskuse.....	45
9	Závěr	49
	Použitá literatura	50
	Příloha č. 1 Dotazník	
	Příloha č. 2 Škála závislosti na alkoholu (ADS)	
	Příloha č. 3 Vyhodnocení dotazníku - část A	

1 Úvod

Tato bakalářská práce se zabývá závislými v abstinenčně orientované léčbě a kontrolovaným pitím. Hlavní motivací k výběru tohoto tématu bylo moje dlouholeté působení v PN v Dobřanech a letitá práce se závislými na alkoholu a jiných návykových látkách. V rámci skupin arteterapie často vyvstával rozpor mezi cílem abstinenčně orientované léčby, tedy trvalou abstinencí, a skutečnými přáními, představami či nevědomými procesy závislých, ve kterých se často skrývala naděje, že kontrolované užívání návykové látky je přeci jen možné a právě oni budou tou výjimkou, které se to podaří. Kladla jsem si přitom řadu otázek ohledně stupně závislosti pacientů v léčbě, specifík jejich způsobu užívání alkoholu, možnosti kontrolovaného pití, rozdílů mezi závislostí mužů a žen apod.

První část práce je teoretická. Objasňuje některé základní pojmy související se závislostí, abúzem alkoholu. Obsahuje též odborné pohledy na závislost jako nemoc nebo naučené chování. Další část se zaměřuje na ústavní léčbu závislosti, která v ČR po celá léta vychází ze Skálova apolinářského modelu. Je zde zmíněn rozdíl v léčbě mužů a žen a specifika ženského abúzu. Podrobněji je zde popsáno oddělení pro léčbu závislosti na alkoholu v PN v Dobřanech.

Druhá část je pak věnována vyhodnocení dotazníkové studie a podrobnější analýze získaných výsledků. Dotazník má dvě části, obě se vztahují k posledním 12 měsícům života klienta a jeho abúzu alkoholu. První část tvoří Škála závislosti na alkoholu (Alcohol dependence Scale, ADS), vytvořená Skinnerem a jeho spolupracovníky (1982) pro rychlé vyhodnocení závažnosti závislosti na alkoholu. Nástroj mapuje spektrum alkoholového odvykacího syndromu, narušenou kontrolu nad pitím, uvědomování si nutkání pít, zvýšenou toleranci alkoholu a chování zaměřené na vyhledávání příležitosti se napít. Druhá, mnou vytvořená část dotazníku, zjišťuje sociodemografické údaje, míru a vzorec konzumace alkoholu, zkušenosti s odvykací léčbou a zkušenosti s abstinencí a kontrolovaným pitím. Výsledky diskutuji ve světle údajů z literatury a zdravotnické statistiky.

2 Závislost na alkoholu

2.1 Alkohol (etylalkohol, etanol)

K nejčastěji užívaným návykovým látkám patří v ČR bezpochyby alkohol. Alkohol vzniká kvašením rostlinných cukrů – pivo sladu, víno z hroznů, destiláty z různých druhů plodů. Pivo obsahuje podle druhu i stupně až 8 % alkoholu. Obsah alkoholu ve víně je 10 až 18 %. Nejvyšší obsah alkoholu mají destiláty, a to většinou 30 - 40 %. Některé druhy destilátů však mohou obsahovat i více než 50 % alkoholu (Radimecký, 2007).

Alkohol byl vyráběn a požíván již v dobách historických, což dokládají četné archeologické nálezy (ať už k náboženským účelům či později stále častěji jako nápoj). Dochovaly se zprávy o léčebném používání alkoholu. Alkohol se dodnes používá ve farmakologii. Stejně tak dlouho, co je alkohol lidem znám, ho provází i negativní nestřídmé nadužívání (Kalina, 2003). Historické prameny uvádí, že v naší zemi již v dávných dobách se pivo a medovina těšily velké oblibě, což přinášelo řadu závažných problémů. Břetislav I. roku 1039 vyhlásil první „protialkoholní zákon“, který měl výrazně prohibiční charakter a uváděl přísné tresty pro opilce a krčmáře, kteří jim nalévali (Raboch & Zvolský, 2001).

Z hlediska účinku patří alkohol mezi tlumivé látky. Malé dávky alkoholu vyvolávají celkový pocit uvolnění a euforie. Již při malém množství se snižuje schopnost člověka pohotově reagovat na měnící se situace a soustředit se. Alkohol tlumí vnímání bolesti, povzbuzuje sebevědomí, avšak snižuje sebekritičnost a kontrolu. Při vyšších dávkách se řeč postupně stává málo zřetelnou, objevují se problémy s koordinací. Účinek alkoholu se může projevit také záchvaty hněvu až agresivním jednáním. Často se dále přidává ospalost, žaludeční nevolnosti a zvracení. Hluboký spánek může přejít až do bezvědomí. Smrt nastává nejčastěji v důsledku útlumu mozkových center řídících dýchání a krevní oběh v důsledku vdechnutí zvratků (Radimecký, 2007).

Při chronické konzumaci alkoholu dochází v CNS (centrální nervová soustava) k útlumu dopaminergní, serotonergní a taurinergní aktivity. Rovněž je potlačen inhibiční účinek kyseliny gama aminomáselné (GABA). Naopak je zvýrazněna aktivita glutamátu, zvyšuje se aktivita kalciových kanálů v neuronech a počet NMDA (N-methyl-D-asparagová kyselina) receptorů, dochází k hyperstimulaci cholinergního, noradrenergního a opioidového systému (Kalina, 2003).

Ethanol je dobře rozpustný ve vodě i v tucích, snadno tedy prostupuje a dostává se do krevní cirkulace. Zhruba 20 % dávky se vstřebá již v žaludku (záleží na náplni potravou), zbytek je vstřebán v tenkém střevě. Rozděluje se rovnoměrně do vodní fáze v celém těle. Dosažená krevní hladina záleží na dávce, rychlosti a účinnosti resorpce, tělesné konstituci, eliminační rychlosti. Etanol se enzymaticky oxiduje přes acetaldehyd,

acetát až na kysličník uhličitý a vodu za vedlejší syntézy mastných kyselin (Balíková, 2004).

2.2 Modely závislosti na alkoholu

Definice závislosti jsou různé, všechny ovšem obsahují představu silné motivace k určité činnosti, nemající význam pro přežití, kterou jedinec získává na základě zkušenosti s takovou činností, bez ohledu na újmu či riziko újmy, kterou působí. Modely závislosti vykazují značnou různorodost a nelze z nich vytvořit přehlednou klasifikaci (West, 2013).

West (2013) nabízí klasifikační systém modelů závislosti, na jehož podobě průběžně pracuje od roku 2006. Většina modelů se zaměřuje na jednotlivce a jeho situaci. Popisují charakteristiky, jimiž se daná osoba vyznačuje, mechanismy, které vedou k těmto rysům, nebo jak se tyto jednotlivé rysy v rámci své interakce s okolním prostředím podílejí na vzniku silné motivace k závislostnímu chování. Některé modely svou pozornost obrací k proměnným na úrovni populace, mezi něž patří incidence drogové kriminality, incidence předávkování opiáty, úhrnná spotřeba alkoholu, prevalence kouření cigaret a jejich průměrná cena.

Modely, které se zaměřují na jednotlivce, lze rozdělit na ty, jež si více všímají „automatických procesů“ (asociativního učení, pudů, inhibičních procesů a imitace, které se všechny obejdou bez sebereflexe a lze je zkoumat pomocí studií bez využití humánních subjektů), a ty, které se zaměřují na procesy reflexivní volby (vědomé rozhodnutí se pro určité chování po zvážení negativ a pozitiv), ať už „racionální“ (vycházející z rozumové analýzy) nebo „neobjektivní“ (podléhající emocionálním nebo jiným procesům, které narušují objektivitu rozhodování). Napříč touto dichotomií automatického a reflexivního pak směřují teorie, které se zabývají různými typy cílů (pozitivní odměna, získaná potřeba a preexistující potřeba). Vedle toho existují integrativní teorie, které v sobě kombinují prvky modelů automatické a reflexivní volby, teorie, jež se zaměřují na procesy změny, a biologické teorie, které popisují nervové mechanismy, u nichž se předpokládá souvislost se závislostí. Mezi modely zaujímající populační hledisko patří teorie sociálních sítí, ekonomické modely (9) a konstrukty, které lze označit za komunikační/marketingové modely a „systémové“ modely (West, 2013).

Příkladem integrativního modelu závislosti je bio-psycho-sociální(-spirituální) model závislosti, který je v současnosti převažujícím paradigmatem v oblasti návykových látek a závislostí v ČR a který nahradil biomedicínský přístup redukcující závislost na poruchu biologických funkcí organismu (Kalina, 2003, Kudrle, 2003a, Kudrle, 2003b).

Vznik i vývoj závislosti ovlivňuje celá řada faktorů a aspektů, které se týkají hlavně interakce člověka, prostředí a podnětů, se kterými přijde jedinec do kontaktu a také

dostupnost psychoaktivní látky. Některá z těchto složek může být dominantní, avšak na rozvinutí závislosti má vliv interakce všech čtyř zmíněných aspektů. Závislost se týká celého člověka po stránce biologické, psychické a sociální (Orel a kol., 2012).

Rychlost vybudování si závislosti je různá u každého člověka. Závisí na dispozici jedince, věku při začátku pití a také způsobu zneužívání alkoholu. Čím má jedinec větší dispozici a čím mladší tato osoba je na začátku užívání alkoholu, tím rychleji závislost vzniká. Pokud jedinec vybavený vrozenou dispozicí začne pravidelně pít, projeví se u něj závislost obvykle do 35 let věku (Heller & Pecinová, 2011).

Hosek (1998) definuje závislost takto: „*Závislost na alkoholu znamená, že pití alkoholických nápojů vychází z tělesné potřeby jeho konzumenta. Rozhodujícím motivem pití alkoholu není např. žízeň, společenská událost, rozmluva s přáteli atd., ale nutnost získat pro své tělo vnitřně odměřenou dávku alkoholu. Po jejím dosažení nastane zklidnění jedince i zvolnění jeho konzumace. Je to jakýsi vrchol spokojenosti*“.

Nadměrná konzumace alkoholických nápojů bývá označována jako alkoholismus. Tento termín je připisován švédskému lékaři Hussovi, který jej poprvé použil roku 1849 (Raboch & Zvolský, 2001).

Hosek definuje alkoholika jako toho, kdo nadměrně užívá alkohol a na jeho pravidelné nebo občasné konzumaci je závislý (Hosek, 1998)

2.3 Klasifikace závislosti na alkoholu

Duševní poruchy a poruchy chování, vyvolané užíváním alkoholu jsou v současnosti diagnostikovány a klasifikovány podle 10. Mezinárodní nemoci (MKN 10) (Raboch & Zvolský, 2001).

1.1.1 Typy abúzu alkoholu podle Jellineka

Dosud je v odborné literatuře citována klasická Jellinekova typologie.

Jellinek (verze z roku 1960) rozeznává 5 typů abúzu alkoholu, respektive závislosti na alkoholu.

Typ alfa: „problémové pití“, abúzus pro ulehčení vnitřních konfliktů, požíváno jako „sebemedikace“, časté pití o samotě. Abuzér jej čas od času zneužívá k potlačení tenze, k získání euforie či alespoň k odstranění dysforie, jako prostředek ke sblížení s druhými lidmi. Kontrola je víceméně spolehlivá, psychická ani somatická závislost není zatím přítomna.

Typ beta: příležitostný abúzus, při jehož vzniku hrají rozhodující úlohu sociokulturní okolnosti (píjácké zvyklosti, víkend) Častou motivací je přání neodlišovat se od druhých a nezůstat v izolaci (časté je pití ve společnosti). Rizikem je zvyšující se tolerance i frekvence, porušení dopravních předpisů atd. Charakteristickým následkem je somatické poškození.

Typ gama: (někdy označován jako anglosaský typ, s preferencí piva a destilátů) závislost na alkoholu, charakterizovaná poruchami kontroly pití (ztráta kontroly není ale ještě 100 %), postupným nárůstem tolerance k alkoholu, s typickou progresí konzumace,

následovanou somatickým a psychickým poškozením, s výrazněji vyjádřenou psychickou závislostí. Jedinec si nikdy nemůže být jistý při překročení určité hladiny alkoholu v krvi (0,5 – 0,6 ‰), že nebude v pití pokračovat až do intoxikace. Po proběhlé intoxikaci je schopen abstinovat kratší či delší dobu („vynucená abstinence“). Tolerance dále stoupá, je vyjádřena především psychická závislost, syndrom odnětí při detoxikaci je zpravidla nevýrazný. Tento typ závislosti je závažný pro svou progresi, vede k somatickým, psychickým a společenským újmám.

Typ delta: (románský typ, preferující víno), jde o protrahovaný (chronický denní) konzum alkoholických nápojů spíše ve formě subintoxikace (udržování hladinky) než intoxikace. V popředí je závislost somatická, psychická se vyvíjí relativně později. K rizikům patří větší poškození fyzického (např. cirhóza) i psychického zdraví (např. delirium tremens) než u typu gama.

Typ epsilon: epizodický abúzus, je blízký typu gama, představuje epizodický abúzus (dipsomanie, kvartální pijáctví) často s dramatickými dny i týdny trvajícím průběhem. Tento typ závislosti není příliš častý, někdy provází afektivní poruchy.

Z jednotlivých typů závislosti na alkoholu (gama, delta, epsilon) se u nás nejčastěji vyskytuje typ gama (Skála, 1987, Raboch & Zvolský, 2001).

Psychoaktivní účinky alkoholu závisí na množství požitého alkoholu, mají komplexní charakter. Na výsledném efektu (projevech chování) se podílejí: dispozice biologické (osobní dispozice, kondice, zdravotní stav), psychologické vlivy (anticipace účinku, očekávaný efekt) a sociální vlivy (působení prostředí, společnosti, dalších osob, atd.) (Raboch & Zvolský, 2001).

1.1.2 Poruchy vyvolané užíváním alkoholu:

Akutní intoxikace CNS alkoholem se většinou projevuje jako prostá opilost (ebrieta). Na začátku konzumace a při nižších dávkách se působení alkoholu projevuje stimulačně. Je to přechodný stav, kdy dochází k psychomotorické excitaci s povznesenou náladou, k mnohomluvnosti, ke zvýšení sebevědomí, pak se objevuje snížená sebekritičnost, ztráta zábran, agresivita. Při rychlé konzumaci alkoholu zejména s vyšším procentním obsahem, při déle trvající nepřetržité konzumaci nastává útlum CNS (únava, somnolence, spánek, případně bezvědomí až smrt) (Raboch & Zvolský, 2001).

U prosté opilosti rozeznáváme několik stádií:

- I. stádium: 1-1,5 promile alkoholu v krvi, dotyčná osoba má povznesenou náladu, živá gestikulace i mimika, je přátelská, mnohomluvná, sebevědomá, snadno překonává ostych, žertuje. Objevují se drobné poruchy svalové koordinace, pozornosti a přesnosti vnímání, např. špatný odhad vzdálenosti.

- II. stádium: 1,5 – 2 promile alkoholu v krvi, dotyčný je nekritický, netaktní, své okolí napadá slovně i fyzicky, odmítá se podrobit, vyhrožuje, jednání je impulzivní a nepromyšlené. V obličeji je rudý, dochází ke zrychlení tepové frekvence (nad 100 pulsů za minutu), pohyby jsou nekoordinované, nepřesné, projevuje se značná nejistota ve stoje, při chůzi i při otáčení (vrávorání, potácení, tendence padat). Výrazné jsou mozečkové poruchy, dochází k horizontálnímu nystagmu.
- III. stádium: 2 – 3 promile alkoholu v krvi, dostavuje se únava, spavost, postižený někdy zvrací, je bledý. Při těžších stavech dochází k bezvědomí, puls je mělký, klesá tlak, dýchání je pomalé, může dojít k samovolnému odchodu moči či stolice, zornice jsou rozšířené a nereagují na světlo, někdy nastanou stavy neklidu, zmatenosti a agresivity. Je to závažný až život ohrožující stav (Radimský, 1997, Raboch & Zvolský, 2001).

Patologická intoxikace se projevuje jako náhlá panická reakce na alkohol (patická ebrieta). Začíná již po vypití malého množství alkoholu, které by u většiny lidí nezpůsobilo ani intoxikaci. Dochází ke kvalitativním poruchám vědomí a nepochopitelnému jednání, které není typické pro dotyčného ve střízlivém stavu. Může dojít k poruchám emocí (strach, úzkost), poruchám vnímání (zrakové a sluchové halucinace), poruchy myšlení (často paranoidně perzekuční bludy). Častá je agresivita vůči okolí, projevující se jako nekontrolovatelný výbuch vzteku. Porucha má trvání několik minut až několik hodin, ukončena je většinou spánkem, po kterém je úplná či ostrůvkovitá amnézie (Raboch & Zvolský, 2001).

Škodlivé užívání je způsob užívání alkoholu, vedoucí k poškození zdraví, který je většinou předzvěstí vlastní závislosti na alkoholu. Mezi časté somatické příznaky způsobené škodlivým abúzem alkoholu patří chronické potíže a známky poškození gastrointestinálního traktu (dysfagie, průjmky, gastritidy, jícnové varixy, atd.) Je zvýšeno riziko vzniku jaterní cirhózy, hepatálního karcinomu, karcinomu jícnu, žaludku, tenkého střeva, u pijáků piva karcinomu rekta. Může dojít k narušení endokrinního systému, poškození pankreatu. Časté jsou avitaminózy, poruchy krvetvorby, hemokoagulace, anémie. U mužů dochází v důsledku alkoholismu ke snížené sekreci testosteronu, poruchám sexuální funkce a k impotenci. U alkoholiček, které otěhotní, hrozí poškození plodu (fetální alkoholový syndrom) (Raboch & Zvolský, 2001).

K přechodu od škodlivého užívání k **závislosti na alkoholu** dochází většinou nenápadně. Typické jsou postupné zvyšování tolerance vůči alkoholu, postupná ztráta kontroly užívání a postupné zanedbávání jiných potěšení a zájmů. Současně také dochází ke změnám v myšlení a chování, jde o adaptační mechanismus, kterým alkoholik reaguje na konflikty, které vznikají při konfrontaci s realitou a problémů souvisejících s jeho pitím. Tyto změny jsou označovány jako „alkoholové obrany“. Alkoholik pomocí nich zpočátku zakrývá, později vysvětluje a obhajuje (racionalizuje) pití. Pro rozvinutou závislost je příznačná výrazná změna tolerance, výskyt odvykacích příznaků (ranní doušky, okénka).

Alkoholová okénka jsou typické výpadky paměti (akutní amnézie), kdy si postižený nepamatuje, co během intoxikace dělal. Charakteristické pro vývoj tolerance na alkohol je to, že dochází zpočátku k jejímu zvyšování. Závislý je schopen denně konzumovat velké množství alkoholu, aniž by působil opilým dojmem. Postupně dochází k výraznému snížení tolerance, kdy i malé množství alkoholu vyvolá příznaky těžké opilosti (Raboch & Zvolský, 2001).

U osob s anamnézou dlouhodobého a intenzivního abúzu alkoholu se objevuje **alkoholový odvykací stav**. Dochází k němu během několika hodin až dní po přerušení konzumace alkoholu nebo výrazném snížení dávek. Příznaky se většinou ve velké míře projeví druhý den po odnětí alkoholu (třes rukou, případně celého těla, pocení, úzkost, psychomotorický neklid, přechodné vizuální či sluchové halucinace nebo iluze, nauzea, zvracení, bolesti hlavy, tachykardie, hypertenze, pocity slabosti, poruchy spánku. Tento stav odeznívá většinou během čtyř až pěti dní. Některé příznaky mohou přetrvávat i několik měsíců (nespavost, vegetativní obtíže, úzkost). Odvykací stav může být komplikován křečemi, záchvaty grand mal, může se rozvinout až do odvykacího stavu s deliriem (Raboch & Zvolský, 2001).

Delirium tremens je závažný až život ohrožující stav s relativně vysokou mortalitou. Projevuje se poruchami vědomí, kognitivních funkcí, vizuálními, taktilními, čichovými nebo sluchovými halucinacemi, často paranoidními bludy, dezorientací, výrazným psychomotorickým neklidem, vegetativními poruchami (tachykardie, pocení), hrubým třesem (tremens – třesoucí se), záchvaty křečí, většina potíží nastává v noci, inverze spánku. Stav je komplikován hypoglykemií, poruchami rovnováhy elektrolytů s hrozbou metabolického rozvratu (Heller & Pecinovská, 2011, Raboch & Zvolský, 2001).

V důsledku léta trvajících chronického abúzu alkoholu, dochází k **psychotickým poruchám**. Mezi ně jsou zařazeny: alkoholová halucinóza, alkoholová paranoidní psychóza a alkoholová demence. Dříve do této skupiny patřily i patická ebrieta, delirium tremens, Korsakova psychóza, alkoholová epilepsie a Wernickeova encefalopatie.

Alkoholová halucinóza bývá diagnostikována na základě trvalé přítomnosti halucinací (většinou sluchových a vizuálních), které se objevují po snížení množství alkoholu u osoby, která je závislá více než deset let. Čtyřikrát častěji postihuje muže než ženy, vzácný je přechod do chronické formy, připomínající schizofrenii.

Amnestický syndrom se přidružuje k chronickému výraznému zhoršení krátkodobé paměti, při zachování bezprostřední paměti (Heller & Pecinovská, 2011, Raboch & Zvolský, 2001).

1.1.3 Vývojová stadia závislosti podle Jellineka

Vývojová stadia popsal Jellinek v roce 1952. U nás se jeho dělení začalo aplikovat od roku 1957. Jellinekova stadia jsou charakterizována několika desítkami příznaků, které nenastupují vždy jeden po druhém, ale často po skupinách.

- I. stadium – počáteční (iniciální, prealkoholické, symptomatické): zvyšuje se frekvence pití, stoupají dávky alkoholických nápojů, piják poznává a oceňuje „odměňující“ účinek alkoholu.
- II. stadium – varovné (prodromální), trvá půl roku až pět let. Jedinec pije často již tajně ze strachu, aby nebyl rozpoznán jeho abúzus, myslí trvale na alkohol, shromažďuje, zajišťuje si zásoby alkoholických nápojů, pije dychtivě svou první dávku, má pocity viny, je citlivý na zmínky o alkoholu, začíná mít okénka.
- III. stadium – rozhodné (kritické, krucální): ztrácí spolehlivou kontrolu (po započítí pití), vyhýbá a brání se ovlivnění ze strany svého okolí co se týče abúzu, dělá si výčitky, vykazuje nápadné výkyvy nálady, činí opakované zpravidla marné pokusy pít zdrženlivě, dochází u něj k zúžení mezilidských vztahů, ke konfliktům na pracovišti a ke společenskému sestupu, dostávají se příznaky tělesného poškození souvisejícího s abúzem (včetně tremoru), často i sexuální problémy doprovázené případně žárlivostí a jejími projevy, tolerance dále stoupá, vyskytují se kratší či delší období abstinence (vynucené).
- IV. stadium – konečné (terminální, chronické) je charakterizováno výrazným oslabením tělesného i duševního zdraví: klesá tolerance na alkohol, dochází k ranním douškům, k několikadenním tahům, k přechodným psychotickým stavům, dostávají se stavy úzkosti, třesy. Jedinec vyhledává druhé osoby, které jsou pod jeho společenskou úrovní, aby měl příležitost k napití. Dochází ke konzumaci technických prostředků obsahujících alkohol. Nakonec se dostaví bezmoc, debakl – bez alkoholu to nejde a s alkoholem také ne. V tomto stádiu je možné ho získat pro léčbu (Skála, 1987).

1.1.4 Syndrom závislosti na alkoholu

Závislost na alkoholu je chronické recidivující onemocnění, které postihuje závislého jedince kromě oblasti zdravotní i v dalších oblastech. Pokud nedojde k adekvátní léčbě, má toto onemocnění sklon k progresi, v terminálním stádiu může dojít k trvalému umístění v psychiatrické léčebně. Základní podmínkou léčby závislosti na alkoholu je abstinence, protože pro tuto poruchu je charakteristická „nevratná“ ztráta schopnosti kontrolovaného pití. U velké části pacientů nedochází po první léčbě k trvalé abstinenci. 50 -70 % absolventů odvykací léčby abstinuje minimálně jeden rok a 30 - 40 % i po třech letech (Kalina, 2003).

Podle MKN – 10 (2000) je syndrom závislosti na alkoholu chápán jako skupina jevů fyziologických (tělesných), behaviorálních (týkajících se chování) a kognitivních

(týkajících se duševního života, zejména poznávání), v nichž přijímání alkoholu má u jedince mnohem větší přednost, než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti na alkoholu je touha (často silná, někdy přemáhající) přijímat alkohol. Pití alkoholu po období abstinence vede k rychlejšímu znovuoobjevení jiných rysů syndromu závislosti, než je tomu u jedince, u kterého se závislost nevyskytuje.

Definitivní diagnóza by se měla obvykle stanovit tehdy, jestliže během posledního roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů (Nešpor, 1996)

- a) silná touha nebo potřeba přijímat alkohol
- b) potíže v kontrole přijímání alkoholu, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství pití alkoholu
- c) tělesný odvykací stav, jestliže je alkohol přijímán s úmyslem zmenšit jeho příznaky, nebo jestliže je přijímána příbuzná látka se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky
- d) průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolanými nižšími dávkami alkoholu
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch přijímání alkoholu a zvýšení množství času k získání nebo přijímání alkoholu nebo zotavení se z jeho účinků
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků jako poškození jater nadměrným pitím, depresivní stavy, vyplývající z nadměrného pití nebo poškození myšlení alkoholem. Je třeba snažit se určit, zda pacient byl nebo mohl být vyšetřen a zda mohly být zjištěny příčiny a rozsah poškození.

Diagnóza závislosti podle Americké psychiatrické asociace je stanovena podle následujících kritérií. Aby jedinci byla stanovena tato diagnóza, měl by vykazovat alespoň tři ze sedmi uvedených příznaků (Nešpor, 2011).

1. růst tolerance (zvyšování dávek, aby se dosáhlo stejného účinku, nebo pokles účinku návykové látky při stejném dávkování)
2. odvykací příznaky po vysazení látky
3. přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu, než měl člověk v úmyslu
4. dlouhodobá snaha nebo jeden či více pokusů omezit a ovládat přijímání látky
5. trávení velkého množství času užíváním a obstaráváním látky nebo zotavováním se z jejích účinků
6. zanechání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky nebo jejích omezení

7. pokračující užívání látky navzdory dlouhodobým nebo opakujícím se sociálním, psychologickým nebo tělesným problémům, o nichž člověk ví a které jsou způsobeny nebo zhoršovány užíváním látky.

Novotný (2005) definuje závislost na alkoholu jako heterogenní onemocnění, na jehož vzniku mají podíl různé faktory. Klasický model vzniku onemocnění obsahuje faktory biologické, psychologické, sociální i spirituální. Z biologických příčin je pozornost věnována genetickému přenosu. Při vzniku závislosti na alkoholu hrají genetické predispozice důležitou roli. Autoři zabývající se alkoholismem v rodinách, zjistily, že asi u poloviny hospitalizovaných se závislostí na alkoholu je pozitivní rodinná anamnéza. V průběhu 60. let probíhaly výzkumy s jednovaječnými dvojčaty závislých rodičů, která byla rozdělena a vychovávána v různých rodinách. Výsledky ukázaly, že při sledování znaku se objevily významné pohlavní rozdíly. Synové alkoholiků mají 3 – 4krát vyšší riziko vzniku závislosti než synové otců bez problémů s alkoholem. U žen nebyly výsledky jednoznačné. Závislost na alkoholu patří mezi polygenně podmíněná onemocnění. Geny se vyskytují v různých funkčních variantách, které v kombinaci s působením vlivů prostředí vytvářejí individuální osobnost.

Pro závislost v genetickém výzkumu je důležité specifikovat diagnostická kritéria. V 60. letech byla různá kritéria rozdělování alkoholiků hlavně na základě klinického obrazu. V současnosti se pracuje hlavně s rozdělením na dva typy. Typ apollónský, který je charakterizován spíše pozdějším vznikem (po 25. roce věku) a lehčím průběhem. Vyskytuje se spíše u žen, dochází ke ztrátě kontroly a významným pocitům viny. Typ dionýský, se začátkem před 25. rokem, postihuje častěji muže. Průběh bývá závažnější, mnohdy je spojen s kriminálním chováním, agresivitou v opilosti a časnou sexuální zkušeností. U tohoto typu se ve více případech objevuje pozitivní rodinná anamnéza, předpokládá se důležitější role genetické predispozice (Novotný, 2005).

2.4 Další důsledky nadměrné konzumace alkoholu

Dlouhodobé nadužívání alkoholu vede k poškozování orgánů, orgánových systémů (např. mozek a periferní nervy) a ovlivňuje i vznik některých druhů nádorů. Největším rizikem je dlouhodobý pravidelný přísun alkoholu. (Kelner, 1999)

1.1.5 Somatické dopady nadměrné konzumace alkoholu

Somatická poškození, zapříčiněná nadměrnou konzumací alkoholu, se mohou týkat všech částí lidského těla. Diagnóza závislosti na alkoholu je často právě na somatických odděleních přehlížena (Raboch & Zvolský, 2001).

Alkohol je jednou z nejčastějších příčin onemocnění jater, která představují místo metabolisme etanolu. Odbourávání alkoholu se děje výhradně v játrech oxidací na acetaldehyd za pomoci alkoholdehydrogenázy. V důsledku abúzu alkoholu dochází k řadě metabolických změn, např. zvýšené tvorbě lipoproteinů. V játrech klesá zásoba glykogenu

a zabrzdí se glukoneogeneze. Stoupá obsah tuků a železa v játrech. Někdy může dojít ke zhoršení po vysazení alkoholu. K hlavním jaterním alkoholickým poškozením patří jaterní steatóza, alkoholická hepatitida a alkoholická cirhóza. První změna jater při chronickém abúzu alkoholu, která vzniká u všech alkoholiků je **alkoholická steatóza** (ztukovatění jater). Za normálních okolností je podíl tuku v hepatocytech do 5 %, při steatóze může dosahovat desítek procent, jde převážně o triacylglyceroly. Játra vyhytávají lipidy z krve, syntetizují i odbourávají je. Je to změna reverzibilní, při abstinenci rychle mizí (Kelner, 1999, Nečas 2003).

Při **alkoholové hepatitidě** se jedná o jaterní lézi. Histologické známky zánětu vznikají v souvislosti s konzumací alkoholu. Může mít buď akutní, nebo asymptomatický průběh, závažná je progresse do cirhózy. Nejčastěji jsou postiženi muži středního věku po mnohaletém chronickém abúzu alkoholu, hlavně koncentrátů. Bezprostředním impulsem bývá větší alkoholický exces, ale může to být i infekce (Kelner, 1999, Vokurka, 2005).

Alkoholická cirhóza je stav morfologicky charakterizovaný difúzní ireverzibilní přestavbou jater (lalůčků, cév, vaziva). Nachází se známky nekrózy, zmnožení vaziva a zjizvení, nodulární regenerace. Dochází k narušení normální architektury jaterní tkáně a cév. Výsledkem je úbytek funkčního jaterního parenchymu a porušení krevního průtoku játry. Je vyústěním řady jaterních chorob, nejčastější jsou chronické hepatitidy. Jako komplikace jaterní cirhózy se objevují jícnové varixy. Závažnější komplikací je vznik **karcinomu jater**. Primární karcinom jater vychází z hepatocytů. Je nejčastějším primárním nádorem jater. Jeho výskyt se v současnosti zvyšuje. Velká většina karcinomů vzniká při cirhóze jater, u infekce HCV se udává riziko 2-5 % riziko vzniku karcinomu, zejména v kombinaci s HBV nebo konzumací alkoholu. Klinicky se karcinom často projeví obrazem dekompenzace jaterní cirhózy a progresse jaterního onemocnění s obrazem jaterního selhání. Patří k nádorům se špatnou prognózou. Příčinou úmrtí u alkoholika s jaterní chorobou jsou především jaterní selhání, krvácení do trávicího ústrojí, karcinom v cirhóze, úrazy a sebevraždy (Bártová, 2004, Kelner, 1999).

Bylo prokázáno, že alkohol působí na pankreatickou sekreční tkáň toxicky. Alkohol svým působením v žaludku vede ke stimulaci žaludeční kyseliny solné a kyselý chymus pak liberalizuje enterohormony sekretin a cholecystokinin, potencují exokrinní sekreci pankreatu. **Alkoholická forma akutní pankreatitidy** je častou příčinou akutního poškození žlázy. Počet osob, u kterých je diagnostikována chronická pankreatitida, vzrůstá v celosvětovém měřítku. Jako jedna z možných příčin bývá uváděna zvýšená konzumace alkoholu (Bártová, 2004, Kelner, 1999).

Výskyt karcinomu pankreatu se postupně zvyšuje ne ze zcela známých důvodů. Vyšší výskyt je pozorován u pacientů s chronickou pankreatitidou, u kuřáků i chronických alkoholiků (Kelner, 1999).

Přímým kontaktem alkoholu s citlivou sliznicí je poškozován trávicí trakt od dutiny ústní až po konečník. Alkohol nejdříve způsobuje překrvení, kdy může dojít k snazšímu

postupu infekce sliznicí a následné záněty. Ty mohou vést až ke ztenčení sliznice a nakonec ke vzniku zhoubného nádoru. V žaludku může dojít ke vzniku atrofické gastritis, která může předcházet rakovině žaludku. Na sliznici poškozené alkoholem snáze vznikne žaludeční vřed. Alkohol ovlivňuje i motilitu trávicí trubice (Heller & Pecinová, 2011).

Alkohol a jeho metabolity přímo poškozují srdce a krevní oběh. Na vzniku **alkoholické kardiomyopatie** se podílí toxický účinek alkoholu, hypertenze a přetížení srdce velkými objemy tekutiny (mnichovské srdce pijáků piva). Častým jevem u alkoholiků je systémová arteriální hypertenze (vysoký krevní tlak) (Heller & Pecinová, 2011).

Alkoholici trpí častými záněty dýchacího systému, vyskytují se u nich dvakrát častěji než u ostatní populace, mají těžší průběh a vyšší mortalitu (Heller & Pecinová, 2011).

K typickým kožním projevům abúzu alkoholu patří faciales alcoholica (alkoholický obličej). Vyznačuje se atrofií podkožní tukové tkáně, hyperplazií příušních slinných žláz, zarudnutím tváře, zduřelým červeným nosem, zarudnutím víček, překrvením spojivek a ragádami ústních koutků. Na kůži alkoholiků se nachází hyperhydróza a folikulární hyperkeratóza, které zapříčiňují stařecký vzhled pokožky. Poruchy elektrolytů způsobují edém kůže a podkoží. Časté jsou modřiny, jejichž původ postižený není schopen vysvětlit (Heller & Pecinová, 2011).

1.1.6 Sociální dopady nadměrné konzumace alkoholu

Nadměrná konzumace alkoholu ovlivňuje všechny oblasti lidského života (mezilidské vztahy, finance, životní styl, práci, atd.). Důsledkem je chudý životní styl, který se časem redukuje na cestu z práce do hospody (ženy častěji praktikují pití doma), někteří pak přestávají chodit do práce vůbec, uzavírání se před světem a druhými lidmi, nedostatek času i finančních prostředků, zanedbávání péče o zevnějšek a někdy i hygienu. Toto se pak promítá do mezilidských vztahů: hádky v rodině kvůli pití, neplnění povinností, výmluvy, napětí, nedůvěra jiných lidí, pocity viny vůči ostatním, zanedbávání rodiny, špatná výchova dětí – střídání nezájmu a náklonnosti, agrese, násilí v rodině, odcizení partnerů, nahromadění neřešených problémů, celá situace často vyústí v rozvod a konzumentovi může hrozit až bezdomovectví. Lidé pod vlivem alkoholu se často dopouští nerozvážného jednání, trestných činů zejména těch násilných, ale často se stávají i oběťmi jiných. V práci hrozí vyšší riziko pracovních úrazů, častější je i pracovní neschopnost, pracovní výkonnost klesá, tito lidé často vykonávají práci, která neodpovídá jejich kvalifikaci. Výjimkou nejsou pozdní příchody, absence, dovolená vybíraná po dnech, aby bylo zamaskováno předešlé pití, z toho plyne i větší chybovost na pracovišti, nespolehlivost a i nižší výdělek. S tím souvisí i zhoršující se finanční situace: stoupající

výdaje za alkohol, ušlý zisk, nehody pod vlivem alkoholu, neuvážené výdaje, nevýhodné obchody apod. (Nešpor, 2004).

2.5 Závislost a ženy

U žen je velmi důležitá včasná diagnostika závislosti a následná ústavní nebo ambulantní léčba. Je nutné brát v potaz skryté deprese a další psychické poruchy. Neléčená nebo nedostatečně léčená ženská závislost má závažnější důsledky než závislost mužská. Včasná a kvalitní léčba dosahuje lepších a trvalejších výsledků než u mužů (Heller & Pecinová, 2011).

Závislost u žen vykazuje odlišnosti od závislosti mužů. Je možné je shrnout do následujících bodů (Heller & Pecinová, 2011):

- důsledky abúzu a závislosti na návykových látkách jsou u žen vážnější a jejich úprava obtížnější – izolace a odmítání závislých žen ze strany jejich okolí je větší než u mužů
- důsledky závislosti na tělesném a duševním zdraví se projevují rychleji a výrazněji
- výskyt psychóz je u žen relativně vyšší než u mužů
- ženy pijí tajně a osamocně, okolí reaguje opožděně
- u žen závislých na alkoholu je vysoký výskyt závislosti na alkoholu i u rodinných příslušníků
- ženy jsou více úzkostné a méně agresivní než muži
- ženy výrazně často nedokáží aktivně odpočívat formou relaxace
- u žen je častěji než u mužů začátek abúzu reakcí na životní komplikace a nezdary
- z problémů dominujících jako stimuly abúzu jsou u žen hlavně problémy s dětmi a blíže neurčené problémy u mužů pak problémy ve vztahu k partnerce a v zaměstnání
- kombinace abúzu alkoholu a léků je u žen častější než u mužů
- ženy častěji ztrácejí dobré rodinné zázemí, případně celou rodinu.

Specifika působení návykových látek u žen (Nešpor, 2011):

- Ženy bývají zpravidla ve vztahu k návykovým látkám a jiným rizikům (hazardní hra) zdrženlivější a opatrnější.
- Žen s návykovými problémy přibývá podstatně rychleji než mužů.
- Ženy mají menší játra (jejich játra navíc metabolizují ve větší míře hormony), to vede spolu s nižší hmotností, vyšším obsahem tuku v těle, nižší aktivitou enzymů a dalšími faktory k tomu, že návykové látky působí u nich silněji než u mužů.
- Žena se mnohem častěji dostane do návykových problémů kvůli partnerovi, který návykové látky užívá, než je tomu opačně.

- Ženy se v souvislosti s návykovými problémy dopouštějí méně často trestné činnosti a násilného jednání.
- Ženy závislé trpí častěji depresemi a úzkostí, méně často u nich bývají poruchy osobnosti.
- Ženy mívají silnější pud sebezáchovy než muži.
- Ženám také více záleží na tom, jak vypadají a jak působí na své okolí. Tím lze vysvětlit častější samotářské pití.
- U žen byla prokázána souvislost mezi menstruačním cyklem a konzumací alkoholu. Období před menstruací je rizikovější.
- K specifickým problémům žen patří riziko poškození plodu v těhotenství v důsledku užívání návykových látek.
- Závislá žena bývá častěji týrána, fyzicky napadána a sexuálně zneužívána.
- Většina žen se dokáže relativně snáze odpoutat od nevhodné společnosti lidí, kteří jsou závislí na návykových látkách.
- Rodiny a děti závislých žen trpí jejich problémem často ještě víc, než je tomu u mužů.
- Ženy si snadněji vytvářejí zdravější životní styl.

Odlišnosti projevující se v průběhu léčby a doléčování u mužů a žen (Heller & Pecinovská, 2011)

- na začátku léčby spolupracuje podstatně méně žen než mužů
- v průběhu léčby vytvořením náhledu přijme nutnost abstinence více žen než mužů
- ženy více spolupracují v individuálních formách psychoterapie než muži, ke změně náhledu je však nutný další léčebný program
- více žen je schopno a ochotno investovat své úsilí do doléčovacích programů, výsledky léčby jsou pak stabilnější.

3 Souhrn epidemiologické situace v ČR

V české společnosti převládá vysoká tolerance ke konzumaci alkoholu jakožto legální a snadno dostupné droze (Úřad vlády ČR, 2013).

Česká republika zaujímá podle statistik Světové zdravotnické organizace (WHO) v celosvětovém žebříčku dlouhodobě první místa mezi státy s nejvyšší spotřebou alkoholu (včetně nezaznamenané), resp. alkoholických nápojů. V přepočtu na stoprocentní alkohol to již řadu let představuje průměrnou spotřebu 16 litrů na jednoho obyvatele staršího 15 let (WHO vychází z jiných koeficientů pro obsah alkoholu v jednotlivých druzích alkoholických nápojů než Český statistický úřad) (Scémy & Winkler, 2012). Na celou populaci ČR ve věku 15 – 64 let bylo odhadem 730 tis. – 1 mil. častých konzumentů nadměrných dávek alkoholu (5 a více sklenic při jedné příležitosti s frekvencí jednou týdně a častěji), denně nebo téměř denně (5 – 7 x týdně) konzumuje nadměrné dávky alkoholu přibližně 120 – 200 tisíc osob. Kritéria rizikové konzumace alkoholu podle čtyřpoložkové screeningové škály CAGE splňovalo 1,1 – 1,4 milionu osob (17 %), z nich 500 – 690 tisíc (8,2 %) se nacházelo v kategorii vysokého rizika v souvislosti s konzumací alkoholu (Mravčík a kol., 2013).

Podle Kohoutové (2013) úmrtí v důsledku konzumace alkoholu představovala v roce 2010 přibližně 6 % z celkové úmrtnosti na všechny příčiny, tento podíl se liší podle pohlaví a věku. U mužů tvoří asi 10 %, u žen 2 %. U žen byl zaznamenán v období 1994 – 2010 téměř dvojnásobný nárůst. Nejvíce relativní škody způsobuje alkohol u mladých dospělých a ve středním věku. Podíl úmrtí v důsledku konzumace alkoholu je nejvyšší ve věkové skupině 35 – 44let, kde dosahuje hodnoty téměř 26 % u mužů a 17 % u žen.

V České republice se v obecné populaci nachází přibližně 10 % abstinentů, 2 – 3 % české populace konzumuje alkohol s takovými problémy, které by vyžadovaly odbornou pomoc a které dosahují charakteru syndromu závislosti, a dalších 11 – 20 % obyvatel ČR konzumuje alkohol ohrožujícím způsobem. V porovnání s daty o poptávce po léčbě vyplývá, že pouze malé procento lidí s poruchami vyvolanými užíváním alkoholu vyhledá odbornou pomoc, léčených uživatelů alkoholu je kolem necelých 28 tisíc. V souvislosti s počtem úmrtí ovlivněných konzumací alkoholu lze konstatovat trend mírného zvyšování počtu úmrtí ovlivněných konzumací alkoholu mezi lety 1995 až 2002 u mužů a naopak mírného snižování tohoto počtu u žen (Vondráčková, 2012)

Podle Českého statistického úřadu (2014) připadalo na jednoho občana naší republiky v roce 2012 175,2 l alkoholu (hodnota čistého lihu činila 9,9 l), z toho vína 19,8 l, piva 148,6 l a 40 % alkoholu 6,7 l.

V září 2012 propukla v ČR série otrav z metanolu. Vzniklá situace upozornila na dlouhodobou bagatelizaci problémů spojených s existencí nelegálního trhu s alkoholem a jeho užíváním a vyústila k časově omezenému zavedení prohibice destilátů. Po této

zkušenosti již nelze pochybovat o tom, že alkohol je společensky nebezpečná droga, jež by měla podléhat systémové kontrole stejně, jako nelegální návykové látky (Úřad vlády ČR, 2013).

Podle WHO jsou v oblasti snižování důsledků škodlivého užívání alkoholu nejúčinnější ta opatření, která jsou postavená na regulaci a kontrole, tj. ta, která mají regulatorní a kontrolní povahu. Jde o balík opatření jako např.: regulace prostředí/trhu s alkoholem, snížení fyzické dostupnosti alkoholu (regulace počtu prodejních míst, hodin prodeje), omezení (nebo zákaz) reklamy na alkohol a propagování alkoholu, striktní vymáhání propagování alkoholu, striktní vymáhání práva ve vztahu k řízení pod vlivem alkoholu, k podávání alkoholu nezletilým a podávání alkoholu podnapilým osobám (Úřad vlády ČR, 2013).

Podle údajů Policie ČR bylo pod vlivem alkoholu spácháno v roce 2012 16,1 tisíc trestných činů (87,5 %).

4 Abstinenčně orientovaná léčba závislosti na alkoholu

V České republice je léčba závislostí ovlivněna působením docenta Jaroslava Skály, který založil střednědobou režimovou ústavní léčbu, která obsahuje různé terapeutické prvky (skupinové terapie, prvky terapeutických komunit, kognitivně – behaviorální techniky). Problém současné léčby tkví v rozpadu dříve dobře fungujících AT ordinací (alkohol, toxikomanie – označení zdravotnických zařízení zabývajících se léčbou závislosti) a v malém zájmu ambulantních psychiatrů se věnovat léčbě závislosti. Rozvoj ambulantní formy léčby by mohl předejít chronicitě poruchy a vést ke snížení nákladů na léčbu (Csémy & Winkler, 2012).

Podle Csémyho a Winklera (2012) bylo v roce 2010 ve specializovaných ambulantních zařízeních registrováno 27 275 osob léčících se pro poruchy vyvolané alkoholem. Do ústavní léčby bylo přijato 10 003 osob. Od roku 2005 klesá počet ústavně léčených mužů pozvolna i žen, přesto že pravidelně narůstá počet uživatelů alkoholu. Nižší poptávka po léčbě patrně souvisí s obavami ze ztráty zaměstnání a omezenou kapacitou léčebných zařízení.

Ústavní péče je poskytována psychiatrickými nemocnicemi či léčebnami, kde jsou zřízena oddělení protialkoholní léčby a psychiatrickými odděleními nemocnic. Většina zařízení funguje na principu komunit. Základem je program, režim a bodovací systém. Pacient se do ústavní léčby dostává v momentu, kdy ztratil možnost zvládnout vlastními silami stav po odnětí návykové látky a vrací se opakovaně k jejímu konzumování bez ohledu na škody na zdraví a jeho okolí (rodina, zaměstnání) (Heller & Pecinová, 2011).

Hospitalizace se pohybuje v rozmezí 3 – 6 měsíců. Léčebný program zahrnuje farmakoterapii, psychoterapii, léčebný program s režimem, informační systém, socioterapeutické prvky, které jsou realizovány v komunitním systému. Týdně probíhají alespoň dvě skupiny, důraz je kladen na psychoterapii, která by měla přispět k dosažení změn u pacienta. Výrazný potenciál ke změně chování i struktury osobnosti tvoří modelové situace ze skupin i komunity, je využíváno efektu zpětné vazby (Heller & Pecinová, 2011).

Léčba závislostí je hrazena především ze zdravotního pojištění – na zdravotnickou léčbu spojenou s užíváním psychoaktivních látek (dg. F10 až F19) byly v roce 2011 vynaloženy náklady ve výši 1563 mil. Kč, z toho 1110 mil. Kč na léčbu uživatelů alkoholu a 453 mil. Kč na léčbu uživatelů nealkoholových drog. Oproti roku 2010 byl ve výdajích zdravotních pojišťoven zaznamenán pokles o 4 %. Podíl psychiatrie a oboru návykových nemocí činil asi 90 % u lůžkové péče a necelých 60 % u ambulantní péče (Mravčík a kol., 2013).

Přístupy v léčbě poruch vyvolaných užíváním alkoholu lze v současné době rozdělit do dvou základních kategorií nefarmakologická léčba, která má především psychosociální

charakter a farmakologická léčba, která se často používá jako doplněk psychosociální léčby (Holcnerová, 2011).

4.1 Historie léčby závislosti na alkoholu v ČR

Ve zprávě Zemského správního výboru v Čechách z r. 1926 se uvádí, že v roce 1913 tvořili pijáci 20 % všech nově přijatých nemocných v psychiatrických ústavech. V průběhu válečných let 1914 – 1918 počet léčených pijáků průběžně klesal až na desetinu. Odlišné jsou však údaje o pití žen. V prvních dvou válečných letech počet pijaček přijatých do ústavní léčby narůstal. V dalších válečných letech došlo k prudkému poklesu, nárůst byl opět zaznamenán v poválečných letech (Heller & Pecinovská, 2011)

Na počátku století připadala na 20 pijících mužů jedna žena. V roce 1960 uvádí Jellinek poměr pijících mužů a žen v Norimberku 1 : 23, v USA 1 : 6, ve Velké Británii 1 : 2 a v některých oblastech Francie 1 : 1. V současné době je tento poměr v České republice přibližně 1 : 7 (Heller & Pecinovská, 2011).

Počet hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním alkoholu se zvyšoval v průběhu celého sledovaného období (od konce 50. let minulého století). Po krátkém období poklesu na přelomu 80. a 90. let došlo k opětovnému nárůstu, historického maxima 11 691 hospitalizovaných alkoholiků bylo dosaženo v roce 2005. Počet i podíl žen rostl plynule z původních 5 % až na přibližně jednu třetinu v roce 2008. V roce 1973 byli nejčastější skupinou pacienti ve věku 30 – 39 let, v roce 2008 pacienti ve věku 50 – 59 let (nárůst z 13 % v roce 1973 na 27 % v roce 2008). Podíl pacientů ve věku 20 – 29 let se nepřetržitě snižoval (z 21,5 % v roce 1973 na 9 % v roce 2008). Za sledované období bylo také evidováno 197 dětských pacientů do 15 let a 4547 mladistvých ve věku 15 – 19 let (Nechanská a kol., 2011).

Prvním specializovaným lůžkovým zařízením pro léčbu závislostí na alkoholu v České republice bylo mužské oddělení pro léčbu alkoholismu, které v roce 1948 založil docent Jaroslav Skála při psychiatrické klinice VFN v Praze u Apolináře. Jeho zřízení předcházelo v témže roce založení Klubu lidí usilujících o střízlivost (KLUS) (Nechanská a kol., 2011).

V roce 1971 vznikla v Lojovicích u Velkých Popovic první specializovaná léčebna pro závislé ženy jako pobočka protialkoholního oddělení psychiatrické kliniky pražské fakultní nemocnice. Do té doby se ženy léčily na uzavřených odděleních psychiatrie, nebo měly vyhrazeno pár lůžek na mužských protialkoholních odděleních. V sedmdesátých letech docházelo k nárůstu počtu žen hospitalizovaných pro závislost na alkoholu i jiných látkách. Do té doby byl poměr pijících žen a mužů konstantní 1 : 20. Do roku 1985 se tento poměr změnil na 1 : 12, to je více než 8 % podíl žen mezi osobami evidovanými v poradnách AT. Velká města se koncem osmdesátých let dostávala až k poměrnému zastoupení 1 : 7 nebo i 1 : 5 v Praze. V roce 1991 už je poměr u konzumace alkoholu 1 : 5 pro celou ČR (Heller & Pecinovská, 2011).

V souvislosti s alkoholem byl v posledních 15 letech nejvyšší relativní počet hospitalizací u osob ze Zlínského, Olomouckého a Moravskoslezského kraje. Lůžková kapacita psychiatrických lůžkových zařízení, především psychiatrických léčeben, po roce 1989 výrazně poklesla, což kontrastuje s nárůstem jak počtu hospitalizací v souvislosti s alkoholem, tak zejména s nealkoholovými drogami právě v 90. letech minulého století (Nechanská a kol., 2011).

4.2 Apolinářský Skálův model

Skála říká, že na osobu závislou na alkoholu je třeba se podívat z hlediska komplexního, třídního a filosofického: osoba závislá je jedinec, jehož osobní podíl na vzniku a rozvoji abúzu je vždy víceméně umožněn a přímo i nepřímo podporován také jeho okolím, společnostmi a civilizací, ve které žije. Je to člověk – ani jenom dobrý, ani jenom zlý – který se pokouší o realizaci sebe sama a doslova bloudí při uspokojování soustavy svých potřeb. Droga, kterou vyžaduje, působí rychle a výrazně na jeho psychiku. Stala se mu často pseudopotřebou vedoucí i k jeho dehumanizaci, když konstruktivní tendence v jeho chování, citění a myšlení oslabovala a destruktivní posilovala (Skála, 1987).

V roce 1948 založil Jaroslav Skála při psychiatrické klinice 1. lékařské fakulty UK v Praze ve Všeobecné fakultní nemocnici první specializované lůžkové oddělení pro studium a léčbu alkoholismu, známé jako Apolinář. Toto oddělení vedl až do roku 1982. Řadu desetiletí je Apolinář centrem odborného života v oblasti léčby závislostí i v psychoterapii (Nechanská a kol., 2011).

Apolinářský model je znám i v zahraničí. Spojuje zásady terapeutické komunity a behaviorální přístupy, které se projevují hlavně v náročném léčebném režimu s bodovacím systémem. Tento model zdůrazňuje nejen individuální odpovědnost pacientů, což je v léčbě závislostí pravidlem, ale i odpovědnost kolektivní. Dalším prvkem jsou pravidelná shromáždění komunity, skupinová terapie s rodinou. Důraz je kladen na edukaci a posilování fyzické zdatnosti (Kalina, 2008).

Skála byl ve světovém měřítku asi první, kdo použil principy léčebně – výchovného kolektivu v oblasti závislosti (Kalina, 2008).

Režim je přísnější, s řadou represivních prvků. Tolerance vůči odchýlnému chování je menší, větší důraz se klade na kázeň a pořádek. Život v terapeutické komunitě má posilovat vůli, vést k novým zájmům a činnostem, navozovat potřebné stavy přirozené euforie, naučit se vypořádat se s kritickými stavy napětí, frustrace, špatné nálady bez útěku k alkoholu. Pacienti jsou záměrně vystavováni zvýšené psychické i fyzické zátěži a vedeni k větší odpovědnosti za vytváření vlastního osudu. Apolinářský model obsahuje řadu paralel a souvislostí s hnutím Anonymních alkoholiků (svépomoc, oddanost společenství, doznání, odčinění v životní praxi, důraz na pozitivní změnu a posilování ega) (Kalina, 2008).

Skála vytvořil nezávislou a originální koncepci, která se během dekád jeho aktivního působení rozšiřovala a obohacovala o nové podněty, vždy si ale zachovávala svébytnost (Kalina, 2008).

4.3 Léčba závislosti na alkoholu v PN v Dobřanech

Léčba závislosti probíhá v PN v Dobřanech na dvou odděleních, odd. 26 pro ženy a odd. 24 pro muže. Jsou to obě režimová oddělení. Základní program léčby je stanoven na dobu 3 měsíců u mužů, u žen 4 měsíců. Strejčková (2010) charakterizuje tato oddělení takto:

Oddělení 24 : režimové oddělení pro léčbu závislosti na alkoholu a patologického hráčství. Oddělení 24 bylo po celkové rekonstrukci znovuotevřeno v létě roku 2009. Navázalo na dlouholetou tradici oddělení 20, které se zaměřovalo na léčbu alkoholismu a patologického hráčství. Jedná se o mužské otevřené oddělení s celkovou kapacitou 33 lůžek. Přijímání jsou pacienti od 18 let věku. Léčba je plně hrazena pojišťovnou a pacienti mají nárok na vystavení pracovní neschopnosti po dobu hospitalizace.

Vybavením a zázemím patří toto oddělení k nejmodernějším a nejlépe zařízeným pracovištím specializovaným na závislosti v celé České republice. Budova je umístěna na okraji rozlehlého parku a svým uspořádáním působí spíše jako rekreační objekt než jako nemocnice. Pacienti jsou ubytováni na dvoulůžkových a trojlůžkových pokojích se sociálním zařízením, k dispozici mají terapeutickou i společenskou místnost, jídelnu a kuřárnu. Rozlehlé prostory oddělení umožňují každému pacientovi dostatek soukromí. Pacienti mají možnost kulturního i sportovního vyžití. V areálu jsou k dispozici hřiště, tenisové kurty, různé terapie, knihovna apod.

Terapeutický tým je tvořen lékaři se specializací z psychiatrie, psychology a psychoterapeuty. Nedílnou součástí týmu jsou i proškolené zdravotní sestry, které mají s prací se závislými rozsáhlé zkušenosti. Pacientům je k dispozici i sociální pracovnice.

Léčba závislostí je náročná, dlouhodobá, má své zákonitosti a pravidla, která je třeba dodržet. Základními principy léčby jsou psychoterapie a režim. Pacienti se účastní skupinové terapie, vedou si deníky, do kterých zaznamenávají své myšlenky a postřehy, docházejí na pracovní terapii (ta většinou probíhá v zahradnictví nebo chráněné dílně) a arteterapii, kde jsou interpretovány nevědomé obsahy výtvarné produkce. Pod vedením zkušených lektorů se učí prvkům svalové relaxace či jógy, mohou si rovněž individuálně promluvit s terapeutem. Každý den má svůj pevný řád a strukturu. To pacientům pomáhá ve vytváření či obnovování žádoucích vzorců chování, zvyšuje se odolnost proti zátěži a stresu, budují se mechanismy, které mají do budoucna zabránit recidivě. Součástí léčby jsou i přednášky členů terapeutického týmu - jejich obsahem jsou nejčastěji témata související se závislostí. Pacienti tak mají možnost rozšířit si své povědomí o vlastním problému, což jim může rovněž velmi pomoci ve zvládnání abstinence.

Toto pracoviště funguje na komunitním principu a pacienti se spolupodílejí na chodu oddělení. Mají svou samosprávu a zajišťují si i část denního programu – zejména formou patientských skupin, večerních sezení s poslechem hudby či sledováním vybraných filmů a televizních pořadů. Oddělení je otevřené – pacienti se mohou volně pohybovat po areálu nemocnice a po absolvování úvodní části léčby mají možnost i vycházek do města. V závěrečné fázi pobytu pak zpravidla ještě absolvují jednu či dvě víkendové dovolenky v domácím prostředí, které slouží k ověření jejich stavu a připravenosti na návrat domů. Průměrná doba hospitalizace se u závislosti na alkoholu pohybuje kolem 3 měsíců, u patologického hráčství je to zhruba 6 týdnů. Zkrácení léčby není vhodné a nese sebou vysoké riziko recidivy. Po propuštění je všem pacientům doporučováno pokračovat v terapii zhruba rok ambulantní formou, což rovněž zvyšuje šanci na dlouhodobou abstinenci. První měsíce po propuštění jsou totiž poměrně obtížné a riziko selhání je velké.

Oddělení 26 : je zaměřeno na léčbu žen závislých na alkoholu. Jedná se o menší otevřené oddělení s 16 lůžky. Základem léčby je režimová terapie s důrazem na skupinové aktivity-psychotherapeutické skupiny, arteterapeutické skupiny, dále v rámci léčebného programu ergoterapie, přednášky s protialkoholní tematikou, relaxační cvičení a další. Z konkrétních potřeb samostatných pacientek vychází nabídka individuální psychotherapie, rodinné či párové intervence s psychologem oddělení. Nabízena je i možnost následné péče pro pacientky, které absolvovaly ústavní léčbu, a to dále formou skupinové psychotherapie. Délka pobytu je 4 měsíce, převážně dobrovolný vstup. Chod oddělení je inspirován prvky terapeutické komunity. Pacientky si volí samosprávu, aktivně si zajišťují část denního programu, podílí se na činnostech běžného fungování oddělení. Terapeutický tým je tvořen lékaři, psychology, arteterapeuty a zkušenými sestrami. Pacientky mají k dispozici společenskou místnost, kde se odehrává převážná část terapeutických aktivit. V rámci nemocnice mohou využívat kulturní i sportovní zázemí, patientskou knihovnu, prostory lesoparku, v němž jsou umístěny budovy jednotlivých oddělení. Již několik desítek let na začátku léta je pořádáno setkání bývalých abstinujících pacientek. Pro omezený počet míst je nezbytné se k léčbě předem objednat.

4.4 Farmakologická léčba

V rámci farmakologické léčby se používá medikace zejména přímo k ovlivnění užívání alkoholu, k léčbě odvykacích stavů nebo přidružených psychiatrických potíží jako jsou například afektivní nebo úzkostné poruchy. Ve farmakoterapii zaměřené na ovlivnění užívání alkoholu se v současné době používají dva základní typy farmakologických přípravků averzivní medikace, která má svými účinky odradit klienta od dalšího užívání alkoholu a léky na utlumení bažení, jejichž cílem je snížit klientovu touhu pít (Holcnerová, 2011).

Averzivní medikace

Averzivní medikace je založena na principu senzitivace, kdy je zvýšena vnímavost organismu vůči účinkům alkoholu. Požití alkoholu po aplikaci averzivního farmaka vede k výrazné vegetativní reakci organismu, která se nejčastěji projevuje zrychlením činnosti srdce, zkrácení dechu, bolestem hlavy, závratím a zvracení (Popov, 2003). Averzivní medikace ovlivňuje metabolismus alkoholu v játrech a umožňuje hromadění acetaldehydu v krvi, který způsobuje negativní vegetativní reakci organismu. Předpokladem mechanismu účinku je, že zažívání těchto nepříjemných pocitů bude motivovat klienta k dalšímu vyhýbání se jejich prožití a tedy k abstinenci vůči alkoholu. Nejznámější látkou z této skupiny farmak je disulfram (Antabus) (Holcnerová, 2011).

Léky na utlumení bažení

Léky této skupiny potlačují chuť na alkohol. Mezi nejčastěji užívané látky patří akamprosát (Campral) a naltrexon. (Acamprosát) Podávání se nepřerušuje ani v případě recidivy. Acamprosát je možné užít i nárazově, například v krizi rozkousat tabletu, nechat ji vstřebat pod jazykem a usnadnit si tak zvládnutí bažení po alkoholu (Holcnerová, 2011).

Naltrexon funguje na principu blokády endogenních opiátů, které jsou aktivovány při požití alkoholu a mají za následek příjemný efekt alkoholu. Studie zjistily, že užívání naltrexonu snižuje užívání alkoholu, bažení, prodlužuje dobu abstinence před objevením se prvního relapsu a snižuje délku relapsu (Holcnerová, 2011).

Nalmefen v léčbě alkoholové závislosti

Nalmefen je modulátorem endogenního opioidního systému působícím kompetitivně antagonistickým mechanismem na μ a delta opioidních receptorech a parciálně agonisticky na receptorech kappa. Patří k látkám potlačujícím prokázané změny v opioidním systému v mozku spojené s opakovaným působením alkoholu. Nalmefenu je možno využít k potlačení bažení („cravingu“), ke snížení konzumace alkoholu a tak k farmakoterapii alkoholizmu. Nalmefen strukturálně i farmakologickým mechanismem působí podobně jako naltrexon, má však lepší biologickou dostupnost po perorálním podání, delší poločas eliminace a nebyly popsány nežádoucí účinky ne jaterní funkce (Šulcová & Popov, 2013).

Přípravek Selincro je indikován pro snížení spotřeby alkoholu u dospělých pacientů se závislostí na alkoholu, u kterých přetrvává vysoké riziko pití i po konzultaci s lékařem (bez fyzických abstinčních symptomů a kteří nevyžadují bezprostřední detoxifikaci). Tento přípravek musí být předepisován pouze ve spojení s trvalou psychosociální podporou zaměřenou na adherenci k léčbě a snižování spotřeby alkoholu. Léčba přípravkem Selincro by měla být zahájena pouze u pacientů, u kterých dva týdny po úvodním hodnocení přetrvává vysoké riziko pití. Přípravek Selincro je užíván dle potřeby: každý den, kdy si pacient uvědomuje riziko pití alkoholu, má být užita jedna tableta, pokud možno 1 - 2 hodiny před předpokládaným pitím (Lundbeck, 2013).

5 Harm reduction přístupy u závislosti na alkoholu

5.1 Základní principy přístupu HR

Harm reduction je přístup minimalizace rizik a škod spojených s užíváním drog. Je to jeden z pilířů evropské protidrogové politiky, který je tradičně spojován hlavně s užíváním nelegálních návykových s vyšší mírou rizika (tzv. tvrdé drogy). Přístup harm reduction vychází z konceptu závislosti jako formy naučeného chování (Radimecký, 2005).

Lidskou společnost provází přístup harm reduction od jejich počátků, definován byl však až v 80. letech 20. století v souvislosti s drogovou problematikou (tedy s novým přístupem k uživatelům drog). Přístup ke klientovi není určen předem danými schématy, ale jedinečnou životní situací a potřebami každého konkrétního klienta. Neusiluje o absolutní eliminaci drog a jejich užívání, snaží se s nimi pracovat tak, aby byly negativní účinky co nejmenší. Zaměřuje se hlavně na stabilizaci životního stylu klienta, vychází z jeho potřeb, dává mu možnost podílet se na tvorbě služeb a možnost rozhodnutí jak, kdy a kde má být léčen. Přitom je brán zřetel na zlepšení kvality života, zdravotního stavu, tělesné i duševní pohody. Je upřednostňováno zdraví a osobní zodpovědnost před perzekucí. V popředí zájmu je léčba a všechny její možnosti (i přístupy založené na absolutní abstinenci), před kriminalizací závislých. Jakákoliv pozitivní změna směrem ke snížení poškození je krok správným směrem (Hrdina, 2003).

Model harm reduction se zaměřuje i na ochranu celé společnosti před nežádoucími dopady užívání drog, souvisí tak se strategií ochrany veřejného zdraví, která je spíše zaměřena na celou populaci než na jedince. Zájmy klienta se mohou lišit od zájmů společnosti. Je důležité dodržovat mezi nimi rovnováhu a mít na paměti společný jmenovatel ochrany zdraví. Úsilí je zaměřeno ke snížení poškození zdraví celé komunity (problém jednotlivce je chápán jako problém celku). Intervence se plánují na základě potřeb jednotlivce i komunity (Hrdina, 2003).

Základními principy přístupu HR je akceptování faktů, že (Vavrinčíková, 2012):

- legální i nelegální drogy jsou a budou součástí každé společnosti, a to navzdory veškerým snahám o omezování nabídky a poptávky
- některé způsoby užívání drog jsou bezpečnější než druhé
- úplná abstinence nemusí být v dané chvíli pro člověka tím nejdůležitějším nebo nejvhodnějším cílem
- jakákoliv pozitivní změna v chování směrem k bezpečnějšímu užívání je žádoucí, protože prevence dalšího poškození z užívání je snazší a méně nákladná než následná léčba.

5.2 Umírněná konzumace alkoholu

V odborné literatuře se již od 90. let 20. století vyskytují pokyny, jak konzumovat alkohol, aby se uživatel vyvaroval negativních následků. Obsahují informace o doporučených maximálních týdenních, později denních bezpečných dávkách. Dosud však nebyly provedeny žádné výzkumy, které by vyhodnotily, zda zveřejněné pokyny pro bezpečnou konzumaci alkoholu vedou ke změnám chování a zároveň k omezení škod vzniklých užíváním alkoholu (Vacek, 2012).

Doporučení pro nízkorizikové (bezpečné, zodpovědné, mírné či citlivé pití, jak bývá nazýváno) se týká v první řadě konzumovaného množství. Tolerance alkoholu u žen je menší než u mužů, ženy by neměly pít v průměru víc než dvě standardní jednotky denně, muži tři. Velikost standardní jednotky alkoholu je v kontextu doporučení různých expertů různá, variuje mezi 8 a 14 g čistého etanolu. Dále se z hlediska množství doporučuje nepít víc než čtyři standardní jednotky při jedné příležitosti (více než 7 standardních jednotek je považováno za velmi rizikové), a zcela abstinentovat minimálně jeden den v průběhu týdne (Vacek, 2012). Z přehledu doporučení z různých zemí vyplývá, že pro muže se dnes za hranici rizikové konzumace považuje dávka 30–60 g čistého alkoholu na den (60 g je přibližně 2 l piva, 0,7 l vína nebo 0,2 l tvrdého alkoholu), pro ženy 20–40 g/den (Sieroslawski a kol., 2011).

Doporučení pro umírněnou konzumaci alkoholu (Vavrinčíková, 2012)

- Koncentrace alkoholu v konzumovaných nápojích se doporučuje co nejnižší, spíše než lihoviny pít pivo a víno.
- Konzumace dostatečného množství tekutin, střídání alkoholických a nealkoholických nápojů jako prevence dehydratace.
- Rychlost konzumace, čím pomalejší a plynulejší, tím méně riziková.
- Kombinace různých typů alkoholických nápojů není doporučována, odbourávání alkoholu pak trvá déle.
- Konzumace nalačno není doporučována, dochází k rychlejšímu vstřebávání a výraznější ovlivnění alkoholem je rizikovější.
- Rizika míchaných nápojů, potenciálně neznámý obsah.
- Kombinace alkoholu a dalších návykových látek, může vyvolat nepředvídatelné reakce, vyšší riziko předávkování.
- Kvalita alkoholu: nepít levné, nekvalitní nápoje, nápoje z neznámých zdrojů a od neznámých lidí.
- Vnitřní a vnější okolnosti (set a setting): nepít s cílem zbavit se negativních emocí, nepít o samotě.

- Plánování: naplánovat si výdaje za alkohol ještě před začátkem konzumace umožňuje udržet míru, zajištění si dopravy domů předem střízlivým řidičem či jinou formou.
- Informovanost o následcích konzumace: vědět, jaké má konzumace alkoholu okamžité i dlouhodobé negativní účinky a jak jim předcházet, např. zvládnání kocoviny nebo rozpoznání škodlivého užívání.

5.3 Kontrolované pití

Vavrinčíková (2012) definuje harm reduction v léčbě užívání alkoholu jako pragmatický přístup, který nabízí rizikovým uživatelům alkoholu alternativu ke klasické abstinenci orientované léčbě v podobě kontrolovaného užívání alkoholu.

Již řadu let probíhá diskuse o tom, zda cílem léčby má být pouze abstinence nebo dostačuje kontrolované užívání alkoholu. Až do 60. let minulého století se odborníci shodovali na tom, že jediným možným cílem v léčbě poruch vyvolaných užíváním alkoholu je abstinence. Tato tvrzení byla postavena na výsledcích studií, které zjistily, že nadměrné opakované užívání alkoholu může vést k tzv. neuronální senzitivaci v mozkové tkáni. To se projevuje hlavně tím, že osoba se syndromem závislosti na alkoholu se k jeho užívání vrátí díky očekávání pozitivních stavů, ale také v důsledku silného nutkání pokračovat v užívání látky díky fyziologickým změnám v mozku způsobených právě dlouhodobým nadměrným užíváním alkoholu (Holcnerová, 2010).

Diskuse o možnosti kontrolovaného pití se opírají o studie manželů Sobelových, kteří na základě výsledků tvrdí, že kontrolované pití je pro některé rizikové uživatele alkoholu možné (Sobell & Sobell, 1973). Tento fakt potvrdily i další studie (např. Foy et al., 1984). Změnu cíle léčby z abstinence na alternativu kontrolovaného pití přijalo mnoho uživatelů s nadšením, protože to byl cíl mnohem přijatelnější než abstinence. V současné době se v léčbě pracuje i s možností kontrolovaného pití, kdy se zvyšuje možnost přivést do léčby i ty uživatele, kteří neuvažují o úplné abstinenci a požadavek úplné abstinence, kterou požadují tradiční programy, je překážkou. V případě, že není možné udržet kontrolované pití alkoholu, se stále nabízí možnost změny léčebného cíle ve prospěch abstinence (Holcnerová, 2010).

Podle Radimeckého je nutná změna paradigmatu, kde není uvažováno o závislosti jako o nemoci, ale o naučeném chování, jemuž se lze odnaučit, a změnit směrem k abstinenci či kontrolovanému, umírněnému pití (Radimecký, 2005). Přístup harm reduction vychází z konceptu závislosti jako formy naučeného chování, který otevírá cestu pro alternativní přístupy při práci s uživateli alkoholu (reedukace a resocializace s cílem změnit chování na méně škodlivé a rizikové). Dochází k posunu od snahy eliminovat alkohol obecně ke snižování množství alkoholu vypitého během jedné epizody i množství alkoholu, které člověk vypije během života (Vavrinčíková, 2012).

Vacek a Vondráčková (2012) uvádějí, že v současné době je možnost kontrolovaného pití vnímána odborníky jako jeden z regulérních cílů léčby alkoholu hlavně pro osoby s abúzem alkoholu nebo mírným stupněm závislosti. Kontrolované užívání může přivést do léčby i uživatele, kteří nechtějí přestat pít úplně. Pro ty může být požadavek abstinence, který nabízejí tradiční programy, překážkou. Někteří uživatelé po nástupu do léčby své rozhodnutí přehodnotí a rozhodnou se pro úplnou abstinenci.

Jedinci, kteří se rozhodnou pro kontrolované užívání alkoholu, jsou ve srovnání s těmi, kteří chtějí abstinovat, mladší, užívají menší dávky alkoholu, jejich historie užívání alkoholu není tak závažná, méně často pocházejí z „alkoholových“ rodin, ve více případech odmítají označení alkoholik (Vavrinčíková, 2012).

Individuální intervence v rámci harm reduction se zaměřuje na celé spektrum uživatelů. Konzumenty se snaží naučit pít střídavě bez negativních následků, ty, kteří užívají škodlivě zachytit a dostat do léčby, závislé léčit tak, aby nemuseli bezpodmínečně abstinovat (Vavrinčíková, 2012).

Vavrinčíková (2012) poukazuje na to, že v rámci harm reduction v léčbě poruch vyvolaných užíváním alkoholu se využívají i farmaka potlačující chuť na alkohol, např. látky Acamprosat (Campral) a Naltrexon (Revia). Užívání antidepresiv a anxiolytik vede ke snížení počtu dní konzumace i dávek alkoholu, pomocí této medikace je léčena primární diagnóza, kterou si klienti sami léčí prostřednictvím alkoholu (konzumace alkoholu jako seabemedikace).

6 Výzkumný problém a použité metody

V konzumaci alkoholu se Česká republika dlouhodobě drží na prvních místech ve světě. Přispívá k tomu fakt, že alkohol je u nás považován za legální návykovou látku běžně dostupnou. V populaci ČR ve věku 15 – 64 let bylo v roce 2012 odhadem 730 tis. – 1 mil. častých konzumentů nadměrných dávek alkoholu, denně nebo téměř denně konzumuje nadměrné dávky alkoholu přibližně 120 – 200 tisíc osob. Kritéria rizikové konzumace alkoholu podle čtyřpoložkové screeningové škály CAGE splňovalo 1,1 – 1,4 milionu osob (17 %), z nich 500 – 690 tisíc (8,2 %) se nacházelo v kategorii vysokého rizika v souvislosti s konzumací alkoholu (Mravčík a kol., 2013).

Podle Csémyho a Winklera (2012) bylo v roce 2010 do ústavní léčby přijato 10 003 osob léčících se pro poruchy vyvolané alkoholem. Od roku 2005 klesá počet ústavně léčených mužů pozvolna i žen, přesto že pravidelně narůstá počet uživatelů alkoholu. Nižší poptávka po léčbě patrně souvisí s obavami ze ztráty zaměstnání a omezenou kapacitou léčebných zařízení.

6.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem výzkumu v této bakalářské práci bylo zmapovat stupeň závislosti pacientů nacházejících se právě v abstinenčně orientované léčbě v některých vybraných zařízeních, zjistit jejich zvyklosti při konzumaci alkoholu (kdy začali s konzumací, jak často konzumují, jaké druhy alkoholických nápojů konzumují a jaký z nich preferují, kde a s kým alkoholické nápoje konzumují), rozdíly mezi užíváním mužů a žen, další část otázek zjišťuje zkušenosti a postoje závislých k abstinenci a kontrolovanému pití a jak situaci pacienti vidí po ukončení léčby.

Výzkumné otázky:

- 1) Jakou úroveň závislosti na alkoholu vykazují pacienti nacházející se v abstinenčně orientované léčbě?
- 2) Jaké zvyklosti užívání alkoholu vykazují pacienti v abstinenčně orientované léčbě, jaký je rozdíl mezi zvyklostmi užívání alkoholu mezi ženami a muži?
- 3) Jaké zkušenosti mají pacienti s abstinencí a kontrolovaným pitím?

Hypotézy:

Hypotéza č. 1: Do léčby se dostávají závislí s minimálně střední, spíše však závažnou a těžkou úrovní závislosti na alkoholu. U žen je úroveň závislosti vyšší než u mužů.

Hypotéza č. 2: U žen jsou jiné vzorce užívání alkoholických nápojů než u mužů.

Hypotéza č. 3: Velká část závislých v abstinenčně orientované léčbě má zkušenosti s kontrolovaným pitím a někteří o něm uvažují i po ukončení léčby.

Hypotéza č. 4: Část závislých si nepřipouští možné riziko relapsu, hodně si věří, že dokážou abstinovat a podceňují následnou péči a podpurné prostředky po ukončení léčby.

6.2 Metoda tvorby a analýzy dat

Byl proveden dotazníkový průzkum mezi pacienty v PN v Dobřanech, PN Bohnice, PL Červený Dvůr a PL Lnáře. Tato léčebná zařízení byla vybrána na podkladě zkušeností pacientů PN v Dobřanech, kteří tvořili velkou část výzkumného souboru a kteří při opakovaných pobytech hodnotili všechna tato ostatní zařízení jako kvalitní a nejčastěji frekventovaná. Do výzkumu byli zařazeni všichni pacienti a pacientky nacházející se v době konání studie v abstinenčně orientované léčbě pro závislost na alkoholu nebo jinou závislost (drogy, léky, gambling), nejsou abstinenti od alkoholu a alkohol konzumují ve větším či menším množství. Dotazníky byly rozdávány v průběhu měsíců ledna až března 2014 všem pacientům, kteří se momentálně nacházeli v léčbě v jednotlivých zařízeních. V PN v Dobřanech, v PN Bohnice a PL Červený Dvůr byly rozdány dotazníky terapeutem jednorázově všem. V PL Lnáře probíhal sběr dat postupně, protože se po vánočních svátcích obměnila většina pacientů a terapeutka čekala, na doplnění stavu a aklimatizaci pacientů. Součástí souboru byli i ti, u nichž závislost na alkoholu nebyla hlavním důvodem léčby, ale nepovažovali se za abstinenty.

Dotazník se skládal ze dvou částí, obě se vztahovaly k posledním 12 měsícům života klienta a jeho abúzu alkoholu. První část tvořila Škála závislosti na alkoholu (Alcohol dependence Scale, ADS), druhou, mnou vytvořenou část dotazníku, tvořily otázky přímé, nepřímé a škály, kde respondent sám označil míru na stupnici od 1 do 5. Vyhodnocení dotazníkové studie probíhalo pomocí programu MS Excel, kam byla zanesena data z dotazníků a ve kterém byla data také vyhodnocena.

Škála závislosti na alkoholu (ADS) byla vyhodnocena podle metodiky (viz příloha č. 2). Dichotomické položky jsou skórovány 0, 1; položky o třech možnostech jsou skórovány 0, 1, 2; položky o čtyřech možnostech 0, 1, 2, 3. Celkové skóre se může pohybovat od 0 do 47. Čím vyšší hodnota, tím vyšší stupeň závislosti (vyhodnocení viz příloha č. 2).

6.3 Etika výzkumu

Dotazníky administrovány v souladu se zachováním anonymity odpovědí pacienta a v souladu s etickými principy jednotlivých zařízení. Byl získán souhlas etické komise v PN Bohnice, souhlas ředitele v PN v Dobřanech, souhlas primáře v PL Červený Dvůr.

Dotazníky byly v jednotlivých zařízeních rozdávány a vyplňovány hromadně. Byla zachována dobrovolnost vyplnění a zaručena naprostá anonymita a následné nepředávání výsledků ošetřujícímu personálu.

6.4 Popis výzkumného souboru

Dotazník byl původně rozdán 130 respondentům, 4 dotazníky byly vyřazeny z důvodu neúplného vyplnění a jeden odevzdán prázdný, respondent se léčil se závislostí na patologickém hráčství a udal, že je abstinent. Výzkumný soubor tvořilo po vyřazení

neúplných dotazníků 125 pacientů, z toho 77 mužů (61,6 %) a 48 žen (38,4 %) ve věku od 17 do 78 let. Nejčastěji se věk nacházel mezi 30 - 34 a 35 - 39 lety (celkem 29,6 % souboru), viz tabulka č. 2. Složení výzkumného vzorku podle jednotlivých zařízení udává tabulka č. 1. Všechny 48 žen neuváděly jiný důvod hospitalizace než alkohol, 2 ženy uvedly, že se v minulosti léčily v psychiatrickém zařízení pro deprese. Z celkového počtu 77 mužů 13 uvedlo jinou primární závislost než alkohol (9 drogy, 2 léky, 2 gambling), viz graf č. 1. Věk respondentů se pohyboval v rozmezí 17 až 78 let, viz tabulka 2. Do věku 19 let byli v léčbě pouze 2 pacienti, do 24 let 10 pacientů, největší početní zastoupení měla skupina mužů ve věku 35 – 39 let 19 osob, 40 – 44 let 10 osob a 50 – 54 let 11 osob. Ženy měly nejsilnější zastoupení ve věkové kategorii 45 – 59 let, 10 osob.

Tabulka č. 1: Složení výzkumného vzorku podle jednotlivých zařízení

zařízení	ženy		muži		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
PN Dobřany	16	33,28	33	42,8	49	39,2
PN Bohnice	14	29,12	0	0	14	11,2
PL Červený Dvůr	15	31,2	25	32,5	40	32
PL Lnáře	3	6,24	19	24,7	22	17,6
Celkem	48	100,0	77	100,0	125	100,0

Graf č. 1: Rozložení závislosti u vzorku pacientů v abstinčně orientované léčbě



Tabulka č. 2: Věk pacientů v abstinčně orientované léčbě

věk	ženy		muži		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
15 - 19	1	2,1	1	1,3	2	1,6
20 - 24	2	4,2	6	7,8	10	8
25 - 29	8	16,7	8	10,4	16	12,8
30 - 34	6	12,5	8	10,4	18	14,4
35 - 39	4	8,3	19	24,7	19	15,2
40 - 44	6	12,5	10	13	17	13,6
45 - 59	10	20,8	7	9	17	13,6
50 - 54	4	8,3	11	14,3	14	11,2
55 - 59	2	4,2	4	5,2	5	4
60 - 64	2	4,2	0	0	5	4
65 +	3	6,2	3	3,9	2	1,6
celkem	48	100,0	77	100,0	125	100,0

7 Výsledky

7.1 Vzorce užívání alkoholu

Zatímco do 14 roku začalo alkohol pravidelně konzumovat jen 10 osob (shodně 5 mužů a 5 žen), mezi 15 – 19 rokem to bylo již celkem 45 (z toho 8 žen a 37 mužů). Vyjádřeno v poměrné částce je to téměř polovina všech mužů a více než třetina všech respondentů. 19 osob z celkového počtu začalo konzumovat alkohol mezi 20 – 24 rokem. Ve věkových hranicích 25 – 29, 30 – 34 začalo shodně 13 respondentů, což činí 10 % z celkového počtu. Od věkového rozmezí 35 – 39 do 50 + jednoznačně převládá početní zastoupení žen. 2 respondenti si již nedokázali vzpomenout na začátek pravidelné konzumace alkoholu. Rozložení dle věkových skupin respondentů podle toho, kdy začali pravidelně konzumovat alkoholické nápoje, ukazuje tabulka č. 3.

Tabulka č. 3: Věk, kdy začala pravidelná konzumace alkoholu

věk	ženy	muži	celkem	celkem v %
0 - 14	5	5	10	8
15 - 19	8	37	45	36
20 - 24	6	13	19	15,2
25 - 29	5	8	13	10,4
30 - 34	6	7	13	10,4
35 - 39	6	4	10	8
40 - 44	3	0	3	2,4
45 - 49	3	1	4	3,2
50 +	4	0	4	3,2
nevím	2	2	4	3,2
celkem	48	77	125	100,0

Pacienti v abstinenčně orientované léčbě dosáhli nízké úrovně stupně závislosti na alkoholu ve 34 případech (27,2 %), z toho ženy 11 muži 23 (z toho 2 gambleři, 1 závislý na lécích a 8 závislých na drogách). Střední úroveň závislosti na alkoholu dosáhlo celkem 48 osob (38,4 %), z toho 14 žen a 34 mužů (z toho jeden závislý na drogách). Závažná úroveň závislosti na alkoholu se prokázala u 30 osob (24 %), z toho shodně 15 žen i mužů (z toho jeden závislý na lécích). Těžkou závislostí pak trpí celkem 13 pacientů (10,4 %), z toho 5 žen a 8 mužů.

Tabulka č. 4: Stupeň závislosti na alkoholu, vyhodnocení podle škály závislosti na alkoholu Alcohol dependence Scale (ADS)

Pohlaví	Úroveň závislosti								Celkem
	Nízká úroveň		Střední úroveň		Závažná úroveň		Těžká závislost		
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	
muži	23	29,9	34	44,1	15	19,5	5	6,5	77
ženy	11	22,9	14	29,2	15	31,2	8	16,7	48
celkem	34	0	48	0	30	0	13	0	125
celkem %	27,2	0	38,4	0	24	0	10,4	0	100,0

Nejčastěji uváděný druh konzumovaného nápoje byla trojkombinace: pivo, víno, tvrdý alkohol. K tomuto typu konzumace se přihlásilo 19 žen a 23 mužů, což je 42 z celkového počtu 125, tedy jedna třetina. Kombinaci pivo a tvrdý preferuje 21 mužů, což je jedna třetina mužů. Ženy upřednostňují kombinaci víno a tvrdý alkohol (9 žen), tuto kombinaci uvedlo jen 5 mužů. Další kombinací je pivo a víno, tato kombinace se shodně týká stejného počtu žen i mužů (9). Pouze víno upřednostňují hlavně ženy, a to v počtu 8, zatímco muži jen 2. Naopak 12 mužů pije pouze pivo, zatímco jen 1 žena. Jen tvrdý alkohol udala jedna žena a 4 muži. Jako jiný konzumovaný nápoj v kombinaci s vínem uvedla jedna žena šampaňské. Podrobné rozložení konzumace jednotlivých druhů alkoholických nápojů ukazuje tabulka č. 5.

Tabulka č. 5 Konzumovaný alkoholický nápoj

alkoholický nápoj	ženy	muži	celkem	celkem v %
pivo	1	12	13	10,4
víno	8	2	10	8
tvrdý alkohol	1	4	5	4
Jiný + víno	0	1	1	0,8
pivo + víno	9	9	18	14,4
pivo+ tvrdý a.	0	21	21	16,8
víno + tvrdý a.	9	5	14	11,2
pivo+ víno + tvrdý a.	19	23	42	33,6
pivo+ tvrdý a. + jiný	1	0	1	0,8
celkem	48	77	125	100,0

Hlavním nápojem konzumovaným muži je jednoznačně pivo, 38 mužů a jen 4 ženy, celkem 42 osob. Naproti tomu hlavním nápojem konzumovaným ženami je víno, 30 žen a 11 mužů, celkem 41 osob. Tvrdý alkohol preferuje celkem 24 pacientů, z toho 7 žen

a 17 mužů. Někteří pacienti uvedli kombinace dvou druhů nápojů, kde oba považovali za rovnocenné. Dva muži uvedli, že konzumovali ve stejné míře vše, jeden zatrhl jiné a uvedl léky, 2 nevyplnili. Podrobný rozpis udává tabulka č. 6.

Tabulka č. 6 Hlavní konzumovaný nápoj

hlavní nápoj	ženy	muži	celkem	celkem v %
pivo	4	38	42	33,6
víno	30	11	41	32,8
tvrdý alkohol	7	17	24	19,2
víno + tvrdý alkohol	4	1	5	4
pivo + víno	2	1	3	2,4
pivo + tvrdý alkohol	0	4	4	3,2
vše	0	2	2	1,6
jiný	1	1	2	1,6
neuvedeno	0	2	2	1,6
celkem	48	77	125	100,0

Nejvíce respondentů uvedlo, že konzumovali alkoholické nápoje každý den, celkem 38 (30,4 %), z toho 13 žen a 25 mužů. Druhé největší početní zastoupení měla konzumace 3 – 4 x do týdne, tu udalo celkem 34 osob (27,2 %), shodně 17 žen a 17 mužů. Na třetím místě byla konzumace 5 – 6 x do týdne, ke které se hlásilo celkem 21 osob (16,8 %), z toho 5 žen a 16 mužů. 1 – 2 x do měsíce bylo zvyklých konzumovat alkohol celkem 11 pacientů, 5 žen a 6 mužů, 2 – 3 x do měsíce celkem 6 pacientů, 2 ženy a 4 muži, jednou za měsíc 7 pacientů, 4 ženy a 3 muži, 6 – 11 x do roka celkem 4 pacienti, 2 ženy a 2 muži, 2 – 5 x do roka 3 muži. Jeden muž udal, že pil podle práce. (viz tabulka č. 7) Pacienti, kteří udali jinou primární diagnózu než závislost na alkoholu, se zařadili do celého spektra četnosti, např. oba pacienti závislí na lécích udali konzumaci každý den, gambleři 1 – 2 x týdně a 3 – 4 x týdně, drogově závislí 4 osoby 1 – 2 x do týdne, 2 osoby 2 – 3 x do měsíce.

Tabulka č. 7 Četnost konzumace alkoholických nápojů

četnost	ženy	muži	celkem	celkem %
každý den	13	25	38	30,4
5 – 6 x do týdne	5	16	21	16,8
3 – 4 x do týdne	17	17	34	27,2
1 – 2 x do týdne	5	6	11	8,8
2 – 3 x do měsíce	2	4	6	4,8
jednou za měsíc	4	3	7	5,6
6 – 11 x do roka	2	2	4	3,2
2 – 5 x do roka	0	3	3	2,4
dle práce	0	1	1	0,8
celkem	48	77	125	100,0

Nejvíce respondentů konzumovalo alkoholické nápoje jen doma (celkem 50, z toho 29 žen 21 mužů), nejméně pouze v restauraci (2 muži). V hospodě, baru pili pouze muži (16), pouze jinde uvedlo 4 (z toho venku 2 ženy, hotel, ubytovna 1 muž, všude 1 muž). Ostatní zvolili různé kombinace z nabídky. V kombinacích, kde byla uvedena možnost jinde, se objevily varianty: u přátel, na návštěvě, na hřišti, v parku, na ulici cestou z práce a v práci. Nejčastější kombinací bylo doma, v hospodě, baru celkem uvedlo 11 osob, 1 žena a 10 mužů, doma a v restauraci uvedlo 8 osob, 2 ženy a 6 mužů, doma jinde 10 osob, shodně 5 žen a 5 mužů. Kombinaci tří míst doma, v hospodě, baru, v restauraci uvedlo 6 pacientů a doma, v hospodě, baru a jinde uvedlo 5 pacientů. Ostatní různé kombinace udalo 14 pacientů (viz tabulka č. 8).

Tabulka č. 8 Místo konzumace alkoholických nápojů

místo	ženy	muži	celkem	celkem v %
doma	29	21	50	40
v restauraci	0	2	2	1,6
v hospodě, baru	0	15	15	12
jinde	2	2	4	3,2
doma, v hospodě, baru	1	10	11	8,8
doma, restauraci	2	6	8	6,4
doma, jinde	5	5	10	8
doma, v hospodě, baru, v restauraci,	2	4	6	4,8
doma, v hospodě, baru, v restauraci, jinde	1	4	5	4
ostatní kombinace	6	8	14	11,2
celkem	48	77	125	100,0

Alkohol konzumovalo samo 48 osob, z toho 27 žen a 21 mužů. S přáteli konzumovali hlavně muži, z celkového počtu 21 osob to bylo 19 mužů a jen 2 ženy. Pouze s rodinou a neznámými lidmi nekonzumoval nikdo. S jinými uvedli 3 muži a doplnily: kdokoliv, známí, spolupracovníci. Nejčastější byly kombinace: sám, s přáteli, to zvolilo celkem 23 pacientů, z toho 6 žen a 17 mužů, sám, s přáteli a neznámými lidmi celkem 14, z toho 4 ženy a 10 mužů, sám, s přáteli, neznámými lidmi, s jinými celkem 3, 2 ženy a 1 muž. Jako jiné uvedli např. naprosté trosky, kdo se namanul apod. (viz tabulka č. 9)

Tabulka č. 9 S kým respondenti konzumovali alkoholické nápoje

s kým konzumovali alkohol	ženy	muži	celkem	celkem v %
sám/a	27	21	48	38,4
s rodinou	0	0	0	0,0
s přáteli	2	19	21	16,8
s neznámými lidmi	0	0	0	0,0
s jinými	0	3	3	2,4
sám/a, s přáteli	6	17	23	18,4
s rodinou, s přáteli	0	2	2	1,6
s přáteli, s neznámými lidmi	0	3	3	2,4
sám/a, s rodinou, s přáteli	5	1	6	4,8
sám/a, s přáteli, neznámými lidmi	4	10	14	11,2
sám/a, s přáteli, neznámými lidmi, s jinými	2	1	3	2,4
neuveďlo	2	0	2	1,6
celkem	48	77	125	100,0

7.2 Zkušenosti s předchozí léčbou závislosti na alkoholu

Téměř polovina ze všech pacientů (47,2 %) se nacházela ve své první léčbě, celkem 59 osob, z toho 19 žen a 40 mužů (z tohoto počtu mužů bylo 5 drogově závislých a 1 gambler). Druhý pobyt se týkal celkem 32 pacientů (25,6 %), z toho 13 žen a 19 mužů (z toho 1 drogově závislý a 1 gambler). Třetí pobyt absolvovalo celkem 15 osob (12 %), z toho 5 žen a 10 mužů (z toho 3 drogově závislí a 1 závislý na lécích). Čtvrtý pobyt uvedlo celkem 11 osob, z toho 7 žen (2 ženy s depresemi) a 4 muži. Pátý pobyt se týkal 4 osob, z toho 3 ženy a 1 muž. Šestého a sedmého pobytu se účastnil vždy jeden muž (7. pobyt muž se závislostí na lécích). Desátý pobyt shodně absolvovali jeden muž a jedna žena. (viz tabulka č. 10)

Tabulka č. 10 Číslo pobytu v léčebném zařízení

pobyt č.	ženy	muži	celkem	celkem v %
1.	19	40	59	47,2
2.	13	19	32	25,6
3.	5	10	15	12
4.	7	4	11	8,8
5.	3	1	4	3,2
6.	0	1	1	0,8
7.	0	1	1	0,8
10.	1	1	2	1,6
celkem	48	77	125	100,0

Pacienti byli doporučeni do léčby rodinou, přáteli ve 20 případech (16 %), z toho 11 žen a 9 mužů. Na doporučení lékaře do léčby nastoupili 4 pacienti (3,2 %), z toho 1 žena a 3 muži. Zaměstnavatel do léčby odeslal jednoho muže. Nejvíce osob se šlo léčit z vlastního rozhodnutí, celkem 70 (56 %), z toho 23 žen a 47 mužů. Jiný důvod uvedli 3 pacienti (2,4 %), z toho 1 žena (pokus o sebevraždu) a 2 muži (soudní rozhodnutí). Dále pacienti uváděli různé kombinace odpovědí, nejčastější byla: rodiny, přátel, vlastní rozhodnutí, celkem 15 osob (12 %), z toho 10 žen a 5 mužů. Ostatní kombinace viz tabulka č. 11.

Tabulka č. 11 Doporučení respondentů do léčby

doporučení	ženy	muži	celkem	celkem v %
rodiny, přátel	11	9	20	16
lékaře	1	3	4	3,2
zaměstnavatele	0	1	1	0,8
vlastní rozhodnutí	23	47	70	56
jiný důvod	1	2	3	2,4
lékaře, vlastní rozhodnutí	0	4	4	3,2
rodiny, přátel, vlastní rozhodnutí	10	5	15	12
rodiny, přátel, lékaře	0	2	2	1,6
zaměstnavatele, vlastní rozhodnutí	0	1	1	0,8
rodiny, přátel, lékaře, vlastní rozhodnutí	2	0	2	1,6
rodiny, přátel, lékaře, zaměstnavatele, vlastní rozhodnutí	0	3	3	2,4
celkem	48	77	125	100,0

7.3 Kontrolovaná konzumace alkoholu a abstinence – zkušenosti a názory

Na škále obtížnosti abstinence a kontrolovaného pití vyplnilo možnost abstinence celkem 106 pacientů, z toho 42 žen a 64 mužů. Stupeň 1 (velmi snadné) označilo 8 pacientů, z toho 1 žena a 7 mužů, stupeň 2 celkem 27 osob, z toho 10 žen a 17 mužů, stupeň 3 celkem 45 osob, z toho 16 žen a 29 mužů, stupeň 4 celkem 19 osob, z toho 5 žen a 14 mužů, stupeň 5 (velmi obtížné) celkem 17 osob, z toho 10 žen a 7 mužů.

Na škále obtížnosti abstinence a kontrolovaného pití vyplnilo možnost kontrolovaného pití 83 pacientů, z toho 35 žen a 48 mužů. Stupeň 1 (velmi snadné) označili 4 pacientů, z toho 2 ženy a 2 muži, stupeň 2 celkem 17 osob, z toho 8 žen a 9 mužů, stupeň 3 celkem 8 osob, z toho 5 žen a 3 muži, stupeň 4 celkem 13 osob, z toho 7 žen a 6 mužů, stupeň 5 (velmi obtížné) celkem 41 osob, z toho 13 žen a 28 mužů (viz tabulka č. 12).

Tabulka č. 12 Obtížnost abstinence a kontrolovaného pití

pohlaví			míra obtížnosti					celkem	průměrná míra obtížnosti
			1	2	3	4	5		
ženy	abstinence	počet	1	10	16	5	10	42	3,3
		%	2,4	23,8	38,1	11,9	23,8	100	-
	kontrolované pití	počet	2	8	5	7	13	35	3,6
		%	5,7	22,9	14,3	20	37,1	100	-
muži	abstinence	počet	7	17	29	14	7	74	2,96
		%	9,5	23	39,2	18,9	9,5	100	-
	kontrolované pití	počet	2	9	3	6	28	48	4,02
		%	4,2	18,7	6,3	12,5	58,3	100	-
celkem	abstinence	počet	8	27	45	19	17	116	3,1
		%	6,9	23,3	38,8	16,4	14,7	100	-
	kontrolované pití	počet	4	17	8	13	41	83	3,8
		%	4,8	20,5	9,6	15,7	49,4	100	-

Svůj názor na možnost kontrolovaného pití závislou osobou vyjádřilo všech 125 respondentů. Odpověď ano, snadno zvolilo celkem 6 osob (4,8 %), z toho 4 ženy a 2 muži. Odpověď ano, s obtížemi uvedlo celkem 9 pacientů (7, 2 %), z toho 4 ženy a 5 mužů. Spíše ne odpovědělo celkem 35 pacientů (28 %), z toho 19 žen a 16 mužů (z nich jeden gambler a 3 drogově závislí). K odpovědi určitě ne se hlásí celkem 75 pacientů (60 %), z toho 21 žen a 54 mužů (z toho 1 gambler, 2 závislí na lécích a 6 drogově závislých) (viz tabulka č. 13).

Tabulka č. 13 Názor na možnost kontrolovaného pití závislou osobou

názor	ženy	muži	celkem	celkem v %
ano, snadno	4	2	6	4,8
ano, s obtížemi	4	5	9	7,2
spíše ne	19	16	35	28
určitě ne	21	54	75	60
celkem	48	77	125	100,0

Před léčbou se pokoušelo kontrolovaně pít celkem 96 osob (76,8 %), z toho 40 (83,3 %) žen a 56 mužů (72,7 %) (z toho 7 závislých na drogách a 2 na lécích). Kontrolovaně se pít nepokoušelo celkem 29 osob (23,2 %), z toho 8 žen a 21 mužů (z toho 2 gambleři a 2 drogově závislí) (viz tabulka č. 14).

Tabulka č. 14 Kontrolované pití před léčbou

kontrolované pití	ženy	muži	celkem	celkem v %
ano	40	56	96	76,8
ne	8	21	29	23,2
celkem	48	77	125	100,0

Délku období, po které se dotazovaným dařilo kontrolovaně pít, zaznamenalo celkem 83 (66,4 %) z nich, z toho 37 žen (77 %) a 46 mužů (59,7 %). Po dobu 1 – 5 dní to zvládlo celkem 13 osob, z toho 8 žen a 5 mužů, po dobu 6 – 14 dní celkem 16 osob, z toho 11 žen a 5 mužů, 15 – 29 dní celkem 4 osoby, z toho 1 žena a 3 muži, 30 dní celkem 16 osob, z toho 2 ženy a 14 mužů, 31 – 90 dní celkem 12 osob, shodně 6 žen a mužů, 3 – 12 měsíců celkem 15 osob, z toho 4 ženy a 11 mužů, více než rok celkem 5 osob, z toho 3 ženy a 2 muži. 2 respondentky nevěděly, jak dlouho vydržely kontrolovaně pít (viz tabulka č. 15).

Tabulka č. 15 Délka období kontrolovaného pití

doba kontrolovaného pití	ženy	muži	celkem	celkem v %
1 – 5 dní	8	5	13	10,4
6 – 14 dní	11	5	16	12,8
15 – 29 dní	1	3	4	3,2
30 dní	2	14	16	12,8
31 – 90 dní	6	6	12	9,6
3 – 12 měsíců	4	11	15	12
více než rok	3	2	5	4
nevím, jak dlouho	2	0	2	1,6
nevedlo	11	31	42	33,6
celkem	48	77	125	100,0

Pokus (pokusy) o kontrolované pití před léčbou hodnotí jako úspěch celkem 12 pacientů (9,6 %), z toho shodně 6 žen a 6 mužů (z toho jeden drogově závislý). Jako neúspěch svůj pokus označilo celkem 84 osob (67,2 %), z toho 35 žen a 49 mužů. Celkem 29 respondentů neodpovědělo, z toho 7 žen a 22 mužů (z toho 2 gambleři a 3 drogově závislí). 29 pacientů nehodnotilo (viz tabulka č. 16).

Tabulka č. 16 Pokus (pokusy) o kontrolované pití

pokus	ženy	muži	celkem	celkem v %
úspěch	6	6	12	9,6
neúspěch	35	49	84	67,2
nehodnotilo	7	22	29	23,2
celkem	48	77	125	100,0

O abstinenci se před léčbou pokoušelo celkem 103 pacientů (82,4 %), z toho 39 žen a 64 mužů. O abstinenci se nepokoušelo celkem 22 osob (17,6 %), z toho 9 žen a 13 mužů (z toho 2 gambleři, jeden závislý na drogách a jeden na lécích) (viz tabulka č. 17).

Tabulka č. 17 Abstinence před léčbou

abstinence	ženy	muži	celkem	celkem v %
ano	39	64	103	82,4
ne	9	13	22	17,6
celkem	48	77	125	100,0

Nejdelší období, po které se pacientům dařilo abstinovat, celkem udalo 88 pacientů, z toho 33 žen a 55 mužů. Po dobu 1 – 7 dnů abstinovalo 21 osob, z toho 8 žen a 21 mužů, 8 – 15 dní 12 osob, z toho 3 ženy a 9 mužů, 16 – 31 dní 13 osob, z toho 3 ženy a 10 mužů, 32 dní až půl roku 27 osob, z toho 13 žen a 14 mužů, do půl roka do roka 3 osoby, z toho 2 ženy a jeden muž, více než rok 12 osob, z toho 4 ženy a 8 mužů (viz tabulka č. 18).

Tabulka č. 18 Nejdelší období, po které se dařilo abstinovat

období	ženy	muži	celkem	celkem v %
1 – 7 dní	8	13	21	16,8
8 – 15 dní	3	9	12	9,6
16 - 31 dní	3	10	13	10,4
32 dní – 1/2 roku	13	14	27	21,6
od 1/2 roka do roka	2	1	3	2,4
více než rok	4	8	12	9,6
neuvedlo	15	22	37	29,6
celkem	48	77	125	100,0

Pokus (pokusy) o abstinenci před léčbou hodnotí jako úspěch celkem 27 osob (21,6 %), z toho 9 žen a 18 mužů, jako neúspěch celkem 77 osob (61,6 %), z toho 33 žen a 44 mužů. 21 osob na otázku neodpovědělo, z toho 6 žen a 15 mužů (z toho 2 gambleři a 2 závislí na lécích). Jako úspěch hodnotili respondenti dobu 4 let, několikrát půl roku, 300 dní, měsíc, ale i jen několik dní (viz tabulka č. 19).

Tabulka č. 19 Pokus (pokusy) o abstinenci

pokus	ženy	muži	celkem	celkem v %
úspěch	9	18	27	21,6
neúspěch	33	44	77	61,6
neodpovědělo	6	15	21	16,8
celkem	48	77	125	100,0

7.4 Záměry po skončení léčby

Pro doléčovací program po ukončení léčby by se rozhodlo celkem 101 pacientů (80,8 %), z toho 38 žen a 63 mužů. S doléčováním nepočítá celkem 23 pacientů (18,4 %), z toho 9 žen a 14 mužů (z toho 3 muži závislí na drogách). Jedna žena odpověděla, že neví (viz tabulka č. 20)

Tabulka č. 20 Doléčovací program po ukončení léčby

doléčovací program	ženy	muži	celkem	celkem v %
ano	38	63	101	80,8
ne	9	14	23	18,4
ano, ne	1	0	0	0,8
celkem	48	77	125	100,0

Po ukončení léčby má v plánu abstinovat celkem 109 pacientů (87,2 %), z toho 41 žen a 68 mužů. Pro kontrolované pití se rozhodlo 15 pacientů (12 %), z toho 6 žen a 9 mužů (z toho jeden gambler a jeden drogově závislý) (viz tabulka č. 21). Jedna žena zaškrtnula obě varianty.

Tabulka č. 21 Záměr po ukončení léčby

záměr	ženy	muži	celkem	celkem v %
abstinovat	41	68	109	87,2
kontrolovaně pít	6	9	15	12
celkem	48	77	125	100,0

Život bez alkoholu si po ukončení léčby dovede představit celkem 103 osob (82,4 %), z toho 36 žen a 67 mužů. Naopak bez alkoholu si život nedovede představit 21 osob (16,8 %), z toho 12 žen (což je čtvrtina žen) a 9 mužů (z toho 2 drogově závislí a jeden závislý na lécích) (viz tabulka č. 22).

Tabulka č. 22 Představa života bez alkoholu

odpověď	ženy	muži	celkem	celkem v %
ano	36	67	103	82,4
ne	12	9	21	16,8
celkem	0	1	1	0,8
celkem	48	77	125	100,0

Na škále pravděpodobnosti abstinence nebo udržení pití v kontrolovatelných mezích po ukončení léčby vyplnilo možnost abstinence celkem 116 pacientů, z toho 45 žen a 71 mužů. Stupeň 1 (velmi snadné) označilo 37 pacientů, z toho 16 žen a 21 mužů, stupeň 2 celkem 37 osob, z toho 13 žen a 24 mužů, stupeň 3 celkem 30 osob, z toho 11 žen a 19 mužů, stupeň 4 celkem 7 osob, z toho 4 ženy a 3 muži, stupeň 5 (velmi obtížné) celkem 5 osob, z toho 1 žen a 4 muži.

Na škále pravděpodobnosti abstinence nebo udržení pití v kontrolovatelných mezích po ukončení léčby vyplnilo možnost pití v kontrolovatelných mezích celkem 43 pacientů, z toho 17 žen a 26 mužů. Stupeň 1 (velmi snadné) označilo 10 pacientů, z toho 7 žen a 3 muži, stupeň 2 celkem 7 osob, z toho 2 ženy a 5 mužů, stupeň 3 celkem 4 osoby, z toho 1 žena a 3 muži, stupeň 4 celkem 3 osoby, z toho 1 žena a 2 muži, stupeň 5 (velmi obtížné) celkem 19 osob, z toho 6 žen a 13 mužů (viz tabulka č. 23).

Tabulka č. 23 Pravděpodobnost abstinence nebo udržení pití v kontrolovaných mezích po ukončení léčby

pohlaví			pravděpodobnost					celkem	průměrná míra obtížnosti
			1	2	3	4	5		
ženy	abstinence	počet	16	13	11	4	1	45	2,1
		%	35,6	28,9	24,4	8,9	2,2	100	-
	pití v kontrol. mezích	počet	7	2	1	1	6	17	2,8
		%	41,2	11,8	5,9	5,9	35,3	100	-
muži	abstinence	počet	21	24	19	3	4	71	2,2
		%	29,6	33,8	26,8	4,2	5,6	100	-
	pití v kontrol. mezích	počet	3	5	3	2	13	26	3,7
		%	11,5	19,2	11,5	7,7	50,0	100	-
celkem	abstinence	počet	37	37	30	7	5	116	2,2
		%	31,9	31,9	25,9	6,0	4,3	100	-
	pití v kontrol. mezích	počet	10	7	4	3	19	43	3,3
		%	23,3	16,3	9,3	7,0	44,2	100	-

Přijatelné množství sklenic alkoholu v rámci kontrolovaného pití (1 sklenice: lihoviny 5 cl, pivo 0,5l, víno 2 dl) při jedné příležitosti vyplnilo celkem 57 respondentů (45,6 %), z toho 29 žen (60,4 %) a 28 mužů (36,4 %).

Přijatelné množství sklenic alkoholu v rámci kontrolovaného pití (1 sklenice: lihoviny 5 cl, pivo 0,5l, víno 2 dl) za týden vyplnilo celkem 34 pacientů (27,2 %), z toho shodně 17 žen (35,4 %) a 17 mužů (22 %), viz tabulka č. 24.

Tabulka č. 24 Přijatelné množství sklenic alkoholu v rámci kontrolovaného pití (1 sklenice: lihoviny 5 cl, pivo 0,5l, víno 2 dl)

odpověď	ženy		muži	
	při jedné příležitosti	za týden	při jedné příležitosti	za týden
1 sklenice	10	2	9	3
2 – 5 sklenic	16	6	12	3
6 – 10 sklenic	3	6	3	4
více než 10 sklenic	0	3	4	7
neodpovědělo	19	31	49	60
celkem	48	48	77	77

Přípravek Selincro (léčivá látka nalmefen) se používá pomoc při snižování konzumace alkoholu u dospělých se závislostí na alkoholu společně s psychoterapií. Alkohol je pak konzumován v nižším množství. Pro tento přípravek by se rozhodlo užívat jen 38 osob (30,4 %), z toho 22 žen (téměř polovina) a jen 16 mužů. Téměř 70 % všech respondentů by přípravek neužívalo (viz tabulka č. 25). Dva pacienti (1 muž a 1 žena) uvedli, že již přípravek Selincro vyzkoušeli a nefungoval u nich.

Tabulka č. 25 Možnost užití přípravku Selincro

Selincro	ženy	muži	celkem	celkem v %
ano	22	16	38	30,4
ne	26	61	87	69,6
celkem	48	77	125	100,0

S diagnózou alkoholik/čka se ztotožňuje celkem 105 osob (84 %), z toho 42 žen a 63 mužů. Neztotožňuje se 18 osob (14,4 %), z toho 5 žen (obě ženy vykazovaly nízký stupeň závislosti na alkoholu podle škály ADS) a 13 mužů (z toho 9 závislých na drogách a jeden gambler). Obě odpovědi zahrnuli 2 osoby, shodně jeden muž a jedna žena (viz tabulka č. 26).

Tabulka č. 26 Ztotožnění se s diagnózou alkoholik/čka

diagnóza alkoholik	ženy	muži	celkem	celkem v %
ano	42	63	105	84
ne	5	13	18	14,4
ano/ne	1	1	2	1,6
celkem	48	77	125	100,0

114 pacientů (91,2 %) hodnotí léčbu jako nový začátek, z celkového počtu je to 42 žen a 72 mužů, 7 respondentů (5,6 %) vidí léčbu jako ozdravný pobyt a pouze jedna pacientka (nejstarší respondentka 78 let) léčbu považuje za ztrátu času. Kombinaci nový začátek a ozdravný pobyt udali 3 pacienti, 2 ženy a 1 muž (viz tabulka č. 27).

Tabulka č. 27 Hodnocení léčby

hodnocení léčby	ženy	muži	celkem	celkem v %
nový začátek	42	72	114	91,2
ozdravný pobyt	3	4	7	5,6
ztrátu času	1	0	1	0,8
nový začátek, ozdravný pobyt	2	1	3	2,4
celkem	48	77	125	100,0

8 Diskuse

Nejedná se o reprezentativní vzorek pacientů v léčbě závislosti na alkoholu v ČR. Výběr byl záměrný, výběr pacientů prováděli pracovníci jednotlivých léčeben. Je nutná opatrnost při zobecňování výsledků na celou populaci osob léčících se pro závislost na alkoholu v České republice.

Výzkumným nástrojem byl dotazník, který byl vyplňován samotnými pacienty – obsahuje subjektivní údaje sdělené pacienty. Tyto údaje nebyly dále potvrzeny z dokumentace nebo klinicky. Takové údaje, zejména pokud se týkají citlivých skutečností, což otázky týkající se konzumace alkoholu v průběhu léčby jsou, uvedené údaje mohou být zatíženy systematickou chybou spíše směrem k podhodnocení uváděné míry konzumace a rizikovitosti konzumace alkoholu.

Vzorek pacientů, kteří se účastnili dotazníkového šetření v poměru 77 mužů a 48 žen (celkem 125 osob) neodpovídá rozložení konzumentů alkoholu v běžné populaci. Tato situace vznikla tím, že v PN v Bohnicích bylo možno dotazník rozdat pouze na ženském oddělení, kdežto v ostatních zařízeních byla sebrána data od obou pohlaví. Literatura uvádí, že početní podíl hospitalizovaných žen léčících se kvůli abúzu alkoholu rostl plynule z původních 5 % až na přibližně jednu třetinu v roce 2008. V současné době je poměr pijících žen a mužů v České republice přibližně 1 : 7 (Heller & Pecinovská, 2011). V našem vzorku je zastoupení žen vyšší, činí 38,4 %.

Byla zkoumána úroveň závislosti pacientů v abstinenčně orientované léčbě. Překvapivě nízké úrovně závislosti dosahovalo z celkového počtu 125 pacientů celkem 34 osob (27,2 %), z toho bylo 23 mužů a 11 žen. Nízká úroveň závislosti se týkala 29,9 % z celkového počtu mužů (do této skupiny řadilo 8 závislých na drogách, 2 gableři a jeden závislý na lécích, což činilo celkem 14,2 % z celkového počtu mužů) a 22,9 % z celkového počtu žen. 20 pacientů z celkového počtu ve skupině s nízkou úrovní závislosti absolvovalo svoji první léčbu, včetně pěti drogově závislých a jednoho gamblera.

Největší počet pacientů v abstinenčně orientované léčbě vykazoval střední úroveň závislosti, z celkového počtu to bylo celkem 48 osob (38,4 %), z toho bylo 34 mužů a 14 žen. Střední úroveň závislosti se týkala 43,8 % z celkového počtu mužů (do této skupiny se řadil jeden závislý na drogách) a 29,2 % z celkového počtu žen. Pro polovinu pacientů této skupiny to byl první pobyt v léčebném zařízení (4 ženy a 20 mužů).

Závažná úroveň závislosti pak byla zaznamenána u 30 pacientů (24 %) z celkového počtu, shodně u 15 mužů i žen. Ovšem u mužů to znamenalo 19,3 %, kdežto u žen 31,2 %.

Nejnižší počet pacientů dosahoval těžké závislosti, ta se prokázala u 13 pacientů (10,4 %) z celkového počtu, z toho 5 mužů a 8 žen. Těžká závislost se týkala 6,4 % mužů a 16,7 % žen.

Hypotéza č. 1, že do léčby se dostávají závislí s minimálně střední, spíše však závažnou a těžkou úrovní závislosti na alkoholu se potvrdila částečně, největší počet pacientů dosahuje střední úrovně závislosti, tj. 48 pacientů (38,4 %). Závažné úrovně závislosti pak dosahuje 30 pacientů (24 %) a těžké závislosti 13 pacientů (10,4 %). Údaje u nízké úrovně závislosti byly zkresleny počtem osob, které jsou zařazeny do abstinенně orientované léčby a jejichž primární diagnóza není závislost na alkoholu, ke konzumaci alkoholu se však hlásí. Jedná se celkem o 11 mužů, což činí 8,8 % z celkového počtu pacientů a 14,9 % z celkového počtu mužů. Je však potřeba mít na paměti vliv možné systematické informační chyby – viz výše.

Druhá část hypotézy, že u žen je úroveň závislosti vyšší než u mužů se potvrdila. Těžkou závislostí trpí 16,7 % žen ve srovnání s 6,4 % mužů, závažnou úrovní 31,2 % žen ve srovnání s 19,3 % mužů.

Vzorce užívání alkoholu u vzorku pacientů v abstinенně orientované léčbě ukázaly, že konzumovat alkohol začínají pacienti nejčastěji mezi 15 – 19 rokem, celkem 45 (36 %), z toho 8 žen a 37 mužů, na druhém místě pak ve věku 20 – 24 let, celkem 19 (15,2 %), z toho 6 žen a 13 mužů. Do 15 roku to bylo 10 pacientů z celkového počtu (8 %), shodně 5 mužů i žen).

Ženy začínají konzumovat alkohol i v pozdějším věku, zatímco u mužů jsou to spíše výjimky. Nejčastěji uváděný druh konzumovaného nápoje byla trojkombinace: pivo, víno, tvrdý alkohol. K tomuto typu konzumace se přihlásilo 19 žen a 23 mužů, což je 42 (33,6 %) z celkového počtu, tedy více než jedna třetina. Překvapivě má tento typ konzumace větší procentní zastoupení ve skupině žen (39,5 %) než u mužů (29,6 %). Hlavním nápojem konzumovaným muži je jednoznačně pivo, 38 mužů (49 %) a jen 4 (8,3 %) ženy, celkem 42 osob (33,6 %). Naproti tomu hlavním nápojem konzumovaným ženami je víno, 30 žen (62,4 %) a 11 (14,2 %) mužů, celkem 41 osob (32,8 %).

Nejvíce respondentů uvedlo, že konzumovali alkoholické nápoje každý den, celkem 38 (30,4 %), z toho 13 žen (27 %) a 25 mužů (32,3 %). Druhé největší početní zastoupení měla konzumace 3 – 4 x do týdne, tu udalo celkem 34 osob (27,2 %), shodně 17 (35,3 %) žen a 17 mužů (21,9 %). Na třetím místě byla konzumace 5 – 6 x do týdne, ke které se hlásilo celkem 21 osob (16,8 %), z toho 5 žen (10,4 %) a 16 mužů (20,6 %).

Nejvíce respondentů konzumovalo alkoholické nápoje jen doma, z celkového počtu to bylo celkem 50 (40 %), z toho 29 žen (60,3 %) a 21 mužů (27 %). Pouze v hospodě, baru konzumovali jen muži a to v počtu 15 (19,3 %) nejméně pouze v restauraci (2 muži).

Alkohol konzumovalo samo 48 osob (38,4 %), z toho 27 žen (56,1 %) a 21 mužů (27 %). S přáteli konzumovali hlavně muži, z celkového počtu 21 osob (16,8 %) to bylo 19 (24,5 %) mužů a jen 2 ženy (4,1 %).

Hypotéza č. 2, že u žen jsou jiné vzorce užívání alkoholických nápojů, než u mužů se potvrdila – nejvíce žen konzumovalo alkohol 3 – 4 x do týdne, doma a sami, jako hlavní alkoholický nápoj preferovaly víno. Ženy oproti mužům začínají konzumovat alkohol i ve vyšším věku.

Zkušenosti s kontrolovaným pitím před abstinencně orientovanou léčbou prokázaly více než tři čtvrtiny z celkového počtu. Před léčbou se pokoušelo o kontrolované pití celkem 96 osob (76,8 %), z toho 40 (83,3 %) žen a 56 mužů (72,7 %) (z toho 7 závislých na drogách a 2 na lécích), pokus o abstinenci uvedlo celkem 103 pacientů (82,4 %), z toho 39 žen a 64 mužů. Většina těch, kteří hodnotili svůj pokus o kontrolované pití před léčbou, tento pokus označilo za neúspěch, celkem 84 osob (67,2 %), z toho 35 žen a 49 mužů. 29 pacientů nehodnotilo z toho 7 žen a 22 mužů (z toho 2 gambleři a 3 drogově závislí). Jako hlavní důvody neúspěchu respondenti uváděli: rychlé zvyšování dávek alkoholu, nepřekonatelnou chuť, nedokázali kontrolovat, po čase začal pít nekontrolovaně, malá pevná vůle, menší dávky alkoholu nepostačovaly, atd. Pokus (pokusy) o kontrolované pití před léčbou hodnotí jako úspěch celkem 12 pacientů (9,6 %), z toho shodně 6 žen a 6 mužů (z toho jeden drogově závislý). Jako důvody úspěchu označují: při úspěchu jsem měla pocit, že mě do toho nutí nějaká vyšší moc, která mě ovládá, díky pervitinu to šlo.

Po ukončení léčby má v plánu abstinovat celkem 109 pacientů (87,2 %), z toho 41 žen a 68 mužů. Pro kontrolované pití se rozhodlo 15 pacientů (12 %), z toho 6 žen a 9 mužů (z toho jeden gambler a jeden drogově závislý). Život bez alkoholu si po ukončení léčby dovede představit celkem 103 osob (82,4 %), z toho 36 žen a 67 mužů.

Vyhodnocení výsledků ukázalo, že pravděpodobnost udržení pití v kontrolovaných mezích po ukončení léčby hodnotilo na škále obtížnosti od 1 (velmi snadné) až po 5 (velmi obtížné) 60 pacientů (17 žen a 43 mužů). Průměrná míra obtížnosti kontrolovaného pití na škále obtížnosti byla pro 83 hodnotících pacientů 3,8 (pro 35 žen byla průměrná míra obtížnosti 3,6 a pro 48 mužů 4,02). Přijatelné množství sklenic alkoholu v rámci kontrolovaného pití při jedné příležitosti vyplnilo celkem 57 respondentů (45,6 %), z toho 29 žen (60,4 %) a 28 mužů (36,4 %), za týden celkem 34 pacientů (27,2 %), z toho shodně 17 žen (35,4 %) a 17 mužů (22 %), což není v souladu s názorem na možnost kontrolovaného pití závislou osobou, který vyjádřilo všech 125 respondentů. Odpověď ano, snadno uvedlo celkem 6 pacientů, odpověď ano, s obtížemi celkem 9 pacientů, odpověď spíše ne celkem 35 pacientů, odpověď určitě ne celkem 75 pacientů.

Hypotéza č. 3, že velká část závislých v abstinencně orientované léčbě má zkušenosti s kontrolovaným pitím a někteří o něm uvažují i po ukončení léčby se potvrdila. S kontrolovaným pitím mělo před léčbou zkušenosti 109 pacientů (87,2 %), po léčbě s ním počítá 15 pacientů (12 %).

Pro doléčovací program po ukončení léčby by se rozhodlo celkem 101 pacientů (80,8 %), z toho 38 žen a 63 mužů. S doléčováním nepočítá celkem 23 pacientů (18,4 %), z toho 9 žen a 14 mužů (z toho 3 muži závislí na drogách).

Přípravek Selincro (léčivá látka nalmefen) se používá pomoc při snižování konzumace alkoholu u dospělých se závislostí na alkoholu společně s psychoterapií. Alkohol je pak konzumován v nižším množství. Pro tento přípravek by se rozhodlo užívat jen 38 osob (30,4 %), z toho 22 žen (téměř polovina) a jen 16 mužů. Téměř 70 % všech respondentů by přípravek neužívalo.

Hypotéza č. 4, že část závislých si nepřipouští možné riziko relapsu, hodně si věří, že dokáží abstinovat a podceňují následnou péči a podpůrné prostředky po ukončení léčby se potvrdila částečně, s doléčováním počítalo 80,8 % pacientů, podpůrné prostředky by však využilo jen 30,4 % pacientů.

9 Závěr

Byla provedena dotazníková studie na celkovém vzorku 125 pacientů, z toho 48 žen a 77 mužů. Dotazník se skládal ze dvou částí, obě se vztahovaly k posledním 12 měsícům života klienta a jeho abúzu alkoholu. První část tvořila Škála závislosti na alkoholu (Alkohol dependence Scale, ADS), druhá, mnou vytvořená část dotazníku, se skládala z otázek přímých, nepřímých a škál.

Hlavním cílem bylo zmapovat stupeň závislosti pacientů nacházejících se v abstinenčně orientované léčbě v některých vybraných zařízeních (PN v Dobřanech, PN Bohnice, PL Červený Dvůr a PL Lnáře) zjistit jejich zvyklosti při konzumaci alkoholu, rozdíly mezi užíváním mužů a žen, další část otázek zjišťuje zkušenosti a postoj závislých k abstinenci a kontrolovanému pití a jak situaci pacienti vidí po ukončení léčby.

Při zobecňování výsledků na celou populaci osob léčících se pro závislost na alkoholu v ČR je nutná opatrnost, výzkumným nástrojem byl dotazník, který byl vyplňován samotnými pacienty – obsahuje subjektivní údaje sdělené pacienty. Údaje, týkají se citlivých skutečností (otázky týkající se konzumace alkoholu v průběhu léčby) mohou být zatíženy systematickou chybou spíše směrem k podhodnocení uváděné míry konzumace a rizikovosti konzumace alkoholu.

Bylo zjištěno, že v abstinenčně orientované léčbě vykazovalo překvapivě nízkou úroveň závislosti 27,2 %, střední úroveň závislosti pak byla zaznamenána u 38,4 %, tedy největšího počtu pacientů. Závažná úroveň závislosti se týkala 24 % z celkového počtu a nejnižší počet pacientů (10,4 %) dosahoval těžké závislosti. Relativně vysoký počet pacientů s nízkou úrovní závislosti byl způsoben přítomností pacientů v léčbě, kteří primárně nejsou závislí na alkoholu (závislí na drogách, lécích a gamblingu), ale alkohol též užívají.

Potvrdilo se, že ženy mají jiné vzorce užívání alkoholu než muži. Ženy nejčastěji konzumovaly alkohol 3 – 4 x do týdne, sami v domácím prostředí, preferovaným alkoholickým nápojem bylo víno.

Rovněž se potvrdily zkušenosti s kontrolovaným pitím před abstinenčně orientovanou léčbou u 76,8 % pacientů, kteří je z velké části hodnotí jako neúspěch. Velká část pacientů se přiklání k názoru, že osoba závislá určitě nemůže kontrolovaně pít. Z výzkumu vyplývá, že i když strategie kontrolovaného pití nejsou součástí hlavního léčebného proudu v ČR, velká část pacientů měla s kontrolovaným pitím zkušenosti získané vlastními pokusy. V současnosti přípravek Selincro určený k redukci míry užívání může přinést nové pohledy v této oblasti. Bude vhodné otázky ohledně kontrolovaného pití dále zkoumat a zaměřit se na další výzkum.

Použitá literatura

- Balíková, M. (2004). Forenzní a klinická toxikologie: Laboratorní toxikologická vyšetření. Praha: Galén.
- Bártová, J. (2004). Patologie pro bakaláře. Praha: Karolinum.
- Csémy, L., Winkler, P. (2012). Alkohol v České republice: spotřeba, zdravotní důsledky a ekonomické náklady společnosti. *Psychiatrie*, 16, 210 – 216.
- Český statistický úřad, (2014). Česká republika od roku 1989 v číslech, poslední úprava 10.4.2013, [online]. Přístup dne 22. 04 2014, z http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/cr_od_roku_1989
- Foy, D. W., et al. (1984). Broad – spektrum behavioral treatment for training controlled dribbling skills. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 218 – 230.
- Heller, J., Pecinová, O. (2011). Pavučina závislosti: Alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby. Praha: Toga.
- Holcnerová, P. (2010). Alkohol - Prevence a léčba: výukový text. Praha: Centrum adiktologie.
- Hosek, J. (1998) Sám proti alkoholu. Praha: Grada Publishing.
- Hrdina, P. (2003). Harm Reduction – Snižování poškození drogami. In Kalina K., *Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Jurystová, L. (2011). Nástroje pro evaluaci a prevenci léčebných programů: Škála závislosti na alkoholu Alcohol dependence Scale (ADS) [online]. Přístup dne 22. 04 2014, z <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/2971/Skala-zavislosti-na-alkoholu-Alcohol-Dependence-Scale-ADS->
- Kalina, K., & kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti mezioborový přístup 1*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K. (2003). Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog. In: Kalina, K. et al. (ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Kalina, K. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada
- Kalina, K. (2008) *Zaostřeno na drogy 1: Spravedlivý jako palma bude kvést: Jaroslav Skála – zakladatel české adiktologie*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kelner, P. (1999). *Vnitřní lékařství*. Praha: Galén.
- Kohoutová, I. (2013). Odhad vlivu konzumace alkoholu na úmrtnost v České republice. *Adiktologie*, 13(1), 14 – 23.
- Kudrle, S. (2003a). Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciální prevenci. In: Kalina, K., et al. (2003) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Kudrle, S. (2003b). Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In: Kalina, K., a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR.

- Lundbeck (2013). Příbalová informace: informace pro pacienta: Selincro 18 mg potahované tablety nalmefenum[online]. Přístup dne 22. 04 2014, z http://www.lundbeck.com/upload/cz/files/pdf/Selincro_18mg_PIL.pdf
- Mravčík, V. a kol. (2013). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Nečas, E. a kol. (2003). Patologická fyziologie orgánových systémů. Praha: Karolinum.
- Nechanská, B., Mravčík, V., Šťastná, L., & Brožová, J. (2011). Uživatelé alkoholu a jiných drog ve zdravotnické statistice od roku 1959. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Nešpor, K. (2004). Jak překonat problémy s alkoholem: Určeno lidem, kteří mají problémy s alkoholem, i těm, kdo jim chtějí pomáhat. Praha: FIT IN.
- Nešpor, K. (2011). Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby. Praha: Portál.
- Nový, M. (2005). Genetika alkoholismu. *Adiktologie*, (5) 2, 269 – 271.
- Orel, M. (2012). Psychopatologie. Praha: Grada.
- Popov, P. (2003). Alkohol. In Kalina K., *Drogy a drogové závislosti 2, mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR..
- Raymond, F. A. (1994). Medication for Treating Alcoholism. *Alkohol*.
- Raboch, J., & Zvolský, P. (2001). Psychiatrie. Praha: Galén.
- Radimecký, J. (2005). Časy se mění aneb přístup harm reduction vůči užívání alkoholu? *Adiktologie*, (5) 2, 275 – 280.
- Radimecký, J. (2007). Prevence a adiktologie pro odborníky pracující v ústavní výchově a preventivně výchovné péči. Praha: K Efekt.
- Radimský, M. & kol. (1997). Psychiatrie I. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
- Sieroslowski, J., Foster, J. & Moskalewicz, J. (2011). Survey of european drinking surveys. Alcohol Survey Experiences of 22 European Countries [online]. Přístup dne 22. 04 2014, z http://www.alcsmart.ipin.edu.pl/files/prop_02.pdf
- Skála, J. et al. (1987). Závislost na alkoholu a jiných drogách. Praha: Avicenum.
- Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1973). Individualized behavior therapy for alcoholics. *Behavior Therapy*, 4, 49 – 72.
- Strejčková, V., Wiejová, M. (2010). 130. výročí založení Psychiatrické léčebny v Dobřanech. Dobřany: PL v Dobřanech.
- Šulcová, A., Popov, P. (2013). Nalmefen v léčbě alkoholové závislosti. *Psychiatrie*, 17, 151 – 155.
- Úřad vlády ČR, (2013). Akční plán realizace: Národní strategie protidrogové politiky na období 2013 až 2015. Praha: Úřad vlády ČR.
- Vacek, J. (2012). Bezpečnější pití -harm reduction užívání alkoholu na individuální úrovni [online]. Přístup dne 22. 04 2014, z <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/71/3941/Bezpecnejsi-piti-harm-reduction-uzivani-alkoholu-na-individualni-urovni>

- Vacek, J., Vondráčková, P. (2012). Přístup harm reduction k užívání alkoholu. *Adiktologie*, (12) 2, 138 – 151.
- Vondráčková, P., & Šťastná, L. (2012). Epidemiologie užívání alkoholu ve světě a v ČR: spotřeba, abúzus, závislost, morbidita a mortalita. *Adiktologie*, 12, 114 – 127.
- Vavrinčíková, L. (2012). Harm reduction a alkohol: učební texty. Praha: Toga.
- Vokurka, M. & kol. (2005). Patologická fyziologie pro nelékařské směry. Praha: Karolinum.
- West, R. (2013). Models of addiction [online]. Přístup dne 22. 04 2014, z <http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/models-addiction>

Příloha č. 1 Dotazník

Instrukce:

1. Pečlivě/pozorně si přečtete každou otázku a možné/navrhované odpovědi v částech A i B předloženého dotazníku. Odpovězte pravdivě na každou otázku. U každé otázky zakroužkujte pouze JEDNU odpověď – vyberte tu, která je vám nejbližší/která podle vás nejvíce odpovídá pravdě.
2. Slovo „pití“ v otázce se týká „pití alkoholických nápojů“.
3. Čas pro vyplnění dotazníku je neomezený. Pracujte pečlivě a pokuste se dotazník vyplnit co nejdříve. Prosíme, odpovězte na všechny otázky.

Část A

Otázky se týkají posledních 12 měsíců před léčbou.

- 1. Kolik alkoholu jste vypil/a, když jste naposledy pil/a?**
 - a. takové množství, že jsem byl v náladě, nebo méně
 - b. takové množství, že jsem se opil/a
 - c. takové množství, že jsem byl/a v bezvědomí /že jsem omdlel/a
- 2. Máte často kocovinu v neděli nebo v pondělí ráno?**
 - a. ne
 - b. ano
- 3. Třásl/a jste se při střízlivění (třes, chvění rukou, vnitřní třes)?**
 - a. ne
 - b. někdy
 - c. často
- 4. Cítíte se následkem pití fyzicky špatně (např. zvracení, žaludeční křeče)?**
 - a. ne
 - b. někdy
 - c. většinou pokaždé, když piji
- 5. Měl/a jste někdy delirium tremens – tzn. cítil/a jste, viděl/a nebo slyšel/a nereálné věci, byl/a jste velice úzkostný/á, neklidný/á a příliš rozrušený/á (vybuzený/á)?**
 - a. ne
 - b. někdy
 - c. několikrát
- 6. Ztrácíte rovnováhu (tzn. potácíte se, vrážíte do věcí kolem sebe), když pijete?**
 - a. ne
 - b. někdy
 - c. často
- 7. Cítil/a jste se jako v horečce, poté co jste se napil/a?**
 - a. ne
 - b. jednou
 - c. několikrát
- 8. Viděl/a jste nereálné věci, poté co jste se napil/a?**
 - a. ne
 - b. jednou
 - c. několikrát
- 9. Propadáte panice ze strachu, že se nebudete moci napít, když to budete potřebovat?**
 - a. ne
 - b. ano
- 10. Měl/a jste někdy „okénko“ (ztrátu paměti bez omdlení)?**
 - a. ne, nikdy
 - b. někdy
 - c. často
 - d. většinou pokaždé, když piji
- 11. Nosíte si s sebou láhev alkoholu nebo máte alespoň vždy nějakou při ruce?**
 - a. ne
 - b. někdy
 - c. většinou

- 12. Stává se vám, že po určitém období abstinence (období bez pití alkoholu) propadáte opět těžkému pití?**
- ne
 - někdy
 - většinou pokaždé, když piji
- 13. Omdlel/a jste následkem pití v posledních 12 měsících?**
- ne
 - jednou
 - více než jednou
- 14. Měl/a jste záchvat s křečemi, který následoval za určitým obdobím pití?**
- ne
 - ano
 - několikrát
- 15. Pijete v průběhu celého dne?**
- ne
 - ano
- 16. Bylo Vaše myšlení po těžkém pití nejasné a mlhavé?**
- ne
 - ano, ale pouze několik hodin
 - ano, po dobu jednoho nebo dvou dnů
 - ano, po dobu mnoho dnů
- 17. Cítil/a jste, že Vaše srdce bije následkem pití mnohem rychleji?**
- ne
 - ano
 - několikrát
- 18. Přemýšlíte téměř neustále o pití a o alkoholu?**
- ne
 - ano
- 19. Slyšel/a jste někdy nereálné věci, když jste se napil/a?**
- ne
 - ano
 - několikrát
- 20. Měl/a jste někdy nadpřirozené a děsivé pocity, když jste se napil/a?**
- ne
 - jednou nebo dvakrát
 - často
- 21. Měl/a jste někdy pocit, jako by se po vás něco plazilo, lezlo (hmyz, pavouci), i když to nebyla pravda?**
- ne
 - ano
 - několikrát
- 22. S ohledem na „okénka“ (ztrátu paměti):**
- nikdy jsem neměl/a okénko
 - měl/a jsem okénka, která trvala méně než hodinu
 - měl/a jsem okénka, která trvala několik hodin
 - měl/a jsem okénka, která trvala den nebo i déle
- 23. Pokusil/a jste se někdy omezit pití?**
- ne
 - jednou
 - několikrát
- 24. Pijete rychle, velké doušky alkoholu?**
- ne
 - ano
- 25. Můžete přestat pít poté, co jste vypil/a jednu nebo dvě sklenky?**
- ano
 - ne

Část B

1. Pohlaví

- muž žena

2. Věklet

3. V jakém věku jste začal/a pravidelně konzumovat alkohol?

Věk:.....let

4. Jaký alkoholický nápoj jste konzumoval/a? (možno označit více odpovědí)

- pivo
 víno
 tvrdý alkohol
 jiný, jaký?.....

4a. Jaký z nich byl hlavním?

Uvedte nápoj.....

5. Jak často jste byl zvyklý/á konzumovat alkoholické nápoje?

- každý den
 5 – 6 x do týdne
 3 – 4 x do týdne
 1 – 2 x do týdne
 2 – 3 x do měsíce
 jednou za měsíc
 6 – 11 x do roka
 2 – 5 x do roka

6. Kde jste konzumoval/a alkoholické nápoje?

- doma
 v restauraci
 v hospodě, baru
 jinde, uveďte.....

7. S kým jste konzumoval/a alkoholické nápoje?

- sám/ a
 s rodinou
 s přáteli
 s neznámými lidmi
 s jinými,
uveďte.....

8. Kolikrátý pobyt v léčebném zařízení absolvujete?

Uvedte počet.....

9. Jakými léčebnými zařízeními jste prošel/a?

- PN v Dobřanech
 PN Praha (Bohnice)
 PN Červený Dvůr
 jiné (vypište všechna)
.....

10. Do léčení jste nastoupil/a na doporučení:

- rodiny, přátel
 lékaře
 zaměstnavatele
 vlastní rozhodnutí
 jiný důvod.....

11. Jak snadné by pro Vás bylo: (zakroužkujte na stupnici 1 - velmi snadné až po 5 - velmi obtížné)

- abstinovat 1 - 2 - 3 - 4 - 5
 kontrolovaně pít 1 - 2 - 3 - 4 - 5

12. Jaký máte názor na kontrolované pití? Může osoba závislá na alkoholu kontrolovaně pít?

- ano, snadno
 ano, s obtížemi
 spíše ne
 určitě ne

13. Zkoušel/a jste někdy kontrolovaně pít?

- ano ne

13a. Pokud ano, jak dlouhé bylo nejdelší období, po které se Vám to dařilo?

Ve dnech.....

13b. Jak byste charakterizoval/a Váš pokus (pokusy) o kontrolované pití?

- jako úspěch
- jako neúspěch

Uvedte důvody úspěchu či neúspěchu.....
.....
.....

14. Zkoušel/a jste někdy před léčbou abstinovat?

- ano
- ne

14a. Pokud ano, jak dlouhé bylo nejdelší období, po které se Vám to dařilo?

Ve dnech.....

14b. Jak byste charakterizoval/a Váš pokus (pokusy) o abstinenci?

- jako úspěch
- jako neúspěch

Uvedte důvody úspěchu či neúspěchu.....
.....
.....

15. Uvažujete po ukončení léčby o doléčovacím programu?

- ano
- ne

16. Máte po ukončení léčby v záměru abstinovat nebo kontrolovaně pít?

- abstinovat
- kontrolovaně pít

17. Dovedete si představit život bez alkoholu?

- ano
- ne

18. Jak pravděpodobné po ukončení léčby vidíte, že budete abstinovat nebo udržíte Vaše pití v kontrolovaných mezích? (1: velmi pravděpodobné až jisté, 5: velmi nepravděpodobné až nejisté)

- abstinovat
1 – 2 – 3 – 4 – 5
- pití v kontrolovaných mezích
1 – 2 – 3 – 4 – 5

19. Jaké množství sklenic alkoholu (1 sklenice: lihoviny 5 cl, pivo 0,5l, víno 2 dl) je pro Vás přijatelné v rámci kontrolovaného pití? Vypište druh nápoje a počet sklenic:

- při jedné příležitosti
.....
.....
- množství sklenic alkoholu za týden
.....
.....

20. Přípravek Selincro (léčivá látka nalmefen) se používá jako pomoc při snižování konzumace alkoholu u dospělých se závislostí na alkoholu společně s psychoterapií. Alkohol je pak konzumován v nižším množství. Připadalo by pro Vás užívání tohoto přípravku v úvahu?

- ano
- ne

21. Ztotožňujete se s diagnózou alkoholik/ čka

- ano
- ne

22. Vaši léčbu hodnotíte jako:

- nový začátek
- dovolenou
- ozdravný pobyt
- ztrátu času

Příloha č. 2 Škála závislosti na alkoholu (ADS)

Škála závislosti na alkoholu Alcohol dependence Scale (ADS)

Dotazník byl vyvinut počátkem 80. let (1982) Skinnerem a jeho spolupracovníky s cílem rychlého vyhodnocení závažnosti závislosti na alkoholu (dle diagnostických kritérií DSM-IV). Dotazník obsahuje 25 položek mapujících spektrum alkoholového odvykacího syndromu, narušenou kontrolu nad pitím, uvědomování si nutkání pít, zvýšenou toleranci alkoholu a chování zaměřené na vyhledávání příležitostí napít se.

Dotazník obsahuje 25 položek, které se vztahují k posledním 12 měsícům života klienta a jsou zaměřeny na zhodnocení závažnosti závislosti na alkoholu. Dotazník je využíván jako klinický a výzkumný nástroj, který je validní a reliabilní a který je určen zejména pro klinickou populaci dospělých, ačkoli některé studie využily tento nástroj také v obecné populaci (Jurystová, 2011).

Vyhodnocení:

Dichotomní položky jsou skórovány 0, 1; položky o třech možnostech jsou skórovány 0, 1, 2; položky o čtyřech možnostech 0, 1, 2, 3. V každém případě, čím vyšší hodnota, tím vyšší závislost. Celkové skóre se může pohybovat od 0 do 47.

Interpretace vyhodnocení:

- | | |
|---------|--|
| 0 | Nebyla prokázána závislost na alkoholu, to ovšem nutně neznamená, že jedinec nevykazuje nějaké příznaky závislosti, je nutné posoudit validitu odpovědi. |
| 1 – 13 | Nízká úroveň závislosti na alkoholu, příznaky jsou pravděpodobně spíše psychického charakteru než fyzického, doporučeno vyhledat radu lékaře. |
| 14 – 21 | Střední úroveň závislosti na alkoholu, jsou přítomny psychické problémy, psychická závislost může být typická, ale je nutné pátrat po příznacích fyzické závislosti a odvykacích symptomech, doporučena ambulantní léčba. |
| 22 - 30 | Závažná úroveň závislosti na alkoholu, intenzivní fyzická závislost, pravdě – podobně jsou přítomny jiné psychické problémy, poruchy a narušení sociálního fungování, doporučena abstinенčně orientovaná léčba – ambulantní či lůžková. |
| 31 – 47 | Těžká závislost na alkoholu, intenzivní fyzická závislost je vysoce pravděpodobná, přítomny mohou být také závažné psychiatrické symptomy a další zdravotní problémy spojené s pitím (onemocnění jater), doporučena úplná abstinence a intenzivní léčba. |

ADS skóre by mělo být dáno do souvislosti s informacemi z jiných zdrojů. Pozornost musí být věnována věku a pohlaví, délce těžkého pití, době od posledního pití a konzumovaného množství, užívání dalších drog kromě alkoholu a dalším relevantním informacím. Také je nutné posoudit validitu odpovědi.

Příloha č. 3 Vyhodnocení dotazníku - část A

1. Kolik alkoholu jste vypil/a, když jste naposledy pil/a?				
Odpověď	ženy	muži	celkem	celkem v %
byl jsem v náladě	8	22	30	24
opil jsem se	34	51	85	68
byl jsem v bezvědomí, omdlel jsem	6	4	10	8
2. Máte často kocovinu v neděli nebo v pondělí ráno?				
Odpověď	ženy	muži	celkem	celkem v %
ano	29	39	68	54,4
ne	19	38	57	45,6
3. Třásl/a jste se při střízlivění (třes, chvění rukou, vnitřní třes)?				
Odpověď	ženy	muži	celkem	celkem v %
ne	9	15	24	19,2
někdy	15	30	45	36
často	24	32	56	44,8
4. Cítíte se následkem pití fyzicky špatně (např. zvracení, žaludeční křeče)?				
Odpověď	ženy	muži	celkem	celkem v %
ne	11	19	30	24
někdy	28	51	79	63,2
většinou pokaždé, když piji	9	7	16	12,8
5. Měl/a jste někdy delirium tremens – tzn. Cítil/a, viděl/a nebo slyšel/a jste nereálné věci, byl/a jste velice úzkostný/á, neklidný/á a příliš rozrušený/á, neklidný/á?				
Odpověď	ženy	muži	celkem	celkem v %
ne	26	57	83	66,4
někdy	19	14	33	26,4
několikrát	3	6	9	7,2
6. Ztrácíte rovnováhu (tzn. potácíte se, vrážíte do věcí kolem sebe), když pijete?				
Odpověď	ženy	muži	celkem	celkem v %
ne	7	15	22	17,6
někdy	30	55	85	68
často	11	7	18	14,4
7. Cítil/a jste se jako v horečce, poté co jste se napil/a?				
Odpověď	ženy	muži	celkem	celkem v %
ne	32	54	86	68,8
jednou	4	11	15	12
několikrát	12	12	24	19,2
8. Viděl/a jste nereálné věci, poté co jste se napil/a?				
Odpověď	ženy	muži	celkem	celkem v %
ne	33	65	98	78,4
jednou	6	6	12	9,6
několikrát	9	6	15	12
9. Propadáte panice ze strachu, že se nebudete moci napít, když to budete potřebovat?				
Odpověď	ženy	muži	celkem	celkem v %
ano	19	51	70	56
ne	29	26	55	44

10. Měl/a jste někdy „okénko“ (ztrátu paměti bez omdlení)?				
Odpověď	ženy	muži	celkem	celkem v %
ne, nikdy	1	8	9	7,2
někdy	27	44	71	56,8
často	16	21	37	29,6
Většinou pokaždé, když piji	4	4	8	6,4
11. Nosíte s sebou láhev alkoholu nebo máte alespoň vždy nějakou při ruce?				
Odpověď	ženy	muži	celkem	celkem v %
ne	17	40	57	45,6
někdy	19	22	41	32,8
většinou	12	15	27	21,6
12. Stává se vám, že po určitém období abstinence (období bez pití alkoholu) propadáte opět těžkému pití?				
Odpověď	ženy	muži	celkem	celkem v %
ne	7	16	23	18,4
někdy	25	32	57	45,6
většinou pokaždé, když piji	16	29	45	36
13. Omdlel/a jste následkem pití v posledních 12 měsících?				
Odpověď	ženy	muži	celkem	celkem v %
ne	33	63	96	76,8
jednou	9	4	13	10,4
Více než jednou	6	10	16	12,8
14. Měl/a jste záchvat s křečemi, který následoval za určitým obdobím pití?				
Odpověď	ženy	muži	celkem	celkem v %
ne	32	61	93	74,4
ano	12	12	24	19,2
několikrát	4	4	8	6,4
15. Pijete v průběhu celého dne?				
Odpověď	ženy	muži	celkem	celkem v %
ano	13	31	44	35,2
ne	35	46	81	64,8
16. Bylo vaše myšlení po těžkém pití nejasné a mlhavé?				
Odpověď	ženy	muži	celkem	celkem v %
ne	9	16	25	20
ano, ale pouze několik hodin	21	43	64	51,2
ano, po dobu 1 nebo 2 dnů	14	14	28	22,4
ano, po dobu mnoha dnů	4	4	8	6,4
17. Cítil/a jste, že vaše srdce bije následkem pití mnohem rychleji?				
Odpověď	ženy	muži	celkem	celkem v %
ne	17	36	53	42,4
ano	24	32	56	44,8
několikrát	7	9	16	12,8
18. Přemýšlíte neustále o pití?				
Odpověď	ženy	muži	celkem	celkem v %
ano	28	57	85	68
ne	20	20	40	32

19. Slyšel/jste někdy nereálné věci, když jste pil/a?				
Odpověď	ženy	muži	celkem	celkem v %
ne	29	60	89	71,2
ano	12	16	28	22,4
několikrát	7	1	8	6,4
20. Měl/a jste někdy nadpřirozené a děsivé pocity, když jste se napil/a?				
Odpověď	ženy	muži	celkem	celkem v %
ne	26	61	87	69,6
jednou nebo dvakrát	17	13	30	24
často	5	3	8	6,4
21. Měl/a jste někdy pocit, jako by se po vás něco plazilo, lezlo (hmyz, pavouci), i když to nebyla pravda?				
Odpověď	ženy	muži	celkem	celkem v %
ne	39	70	109	87,2
ano	5	7	12	9,6
několikrát	4	0	4	3,2
22. S ohledem na „okénka“ (ztrátu paměti):				
Odpověď	ženy	muži	celkem	celkem v %
nikdy jsem neměl/a okénko	1	6	7	5,6
Měl/a jsem okénka, která trvala méně než hodinu	16	18	34	27,2
Měl/a jsem okénka, která trvala několik hodin	22	41	63	50,4
Měl/a jsem okénka, která trvala den nebo déle	9	12	21	16,8
23. Pokusil jste se někdy omezit pití?				
Odpověď	ženy	muži	celkem	celkem v %
ne	3	14	17	13,6
jednou	5	4	9	7,2
několikrát	40	59	99	79,2
24. Pijete rychlé doušky alkoholu?				
Odpověď	ženy	muži	celkem	celkem v %
ano	17	21	38	30,4
ne	31	56	87	69,6
25. Můžete přestat pít poté, co jste vypil/a jednu nebo dvě sklenky?				
Odpověď	ženy	muži	celkem	celkem v %
ano	12	29	41	32,8
ne	36	48	84	67,2