

**UNIVERSITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

Kvalita života abstinujícího alkoholika

Bakalářská práce

Autor práce: **Petra Formanová**

Vedoucí práce: **Mgr. Michaela Votroubková**

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING**

The Quality of life of abstaining alcoholic

Bachelor's thesis

Author: **Petra Formanová**
Supervisor: **Mgr. Michaela Votroubková**

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Chrudimi dne

.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Michaelé Votroubkové, že se ujala vedení mé práce, za její ochotu, četné konzultace a cenné připomínky k mé práci.

Také děkuji své rodině, která při mně po celou dobu studia stála, poskytovala mi oporu a zázemí.

Souhlasím,
aby byla moje bakalářská práce půjčována ke studijním účelům a byla citována podle
platných norem.

V Chrudimi 31.3.2017

.....

Obsah

Úvod:	9
1 Cíl	10
2 Alkohol	11
2.1 Výroba alkoholu	11
2.1.1 Fermentace	11
2.1.2 Destilace	12
2.2 Metabolismus etanolu	12
2.2.1 Vstřebávání	12
2.2.2 Eliminace	13
3 Historie výroby a konzumace alkoholických nápojů	14
3.1 Vývoj léčebných přístupů	15
3.2 Vznik protialkoholní záchytné stanice	15
3.2.1 Funkce protialkoholní záchytné stanice:	16
4 Působení alkoholu na jednotlivé orgány	17
4.1 Onemocnění jater	17
4.2 Onemocnění slinivky břišní	17
4.3 Onemocnění trávicího ústrojí	18
4.4 Poruchy látkové přeměny	19
4.5 Onemocnění ledvin	19
4.6 Onemocnění srdce a krevního oběhu	20
4.7 Onemocnění dýchacího systému	20
4.8 Poruchy hormonální regulace	20
4.9 Onemocnění pohlavního systému	21
4.10 Hematologické onemocnění	21
4.11 Neurologické onemocnění	22
5 Psychózy	23
5.1 Prostá opilost (ebrietas simplex)	23
5.2 Komplikovaná opilost (ebrietas complicata)	24
5.3 Patická opilost (ebrietas pathica)	24
5.4 Delirium tremens	24
6 Závislost	26
6.1 Definice závislosti	26
6.2 Závislost z pohledu psychosomatiky	27
6.3 Vývojové fáze závislosti na alkoholu dle E. M. Jellineka	28
6.4 Typy alkoholismu dle E. M. Jellineka	29
6.5 Znaky závislosti na alkoholu	29
6.6 Důsledky závislosti pro rodinu	30
6.6.1 Děti z rodin se závislým rodičem	30

6.7 Primární prevence vzniku závislosti	31
7 Léčba závislosti na alkoholu	33
7.1 Ústavní léčba.....	33
7.1.1 Detoxifikace.....	34
7.1.2 Averzivní terapie.....	34
7.1.3 Senzibilizující terapie.....	35
7.1.4 Psychoterapie	35
7.1.4.1 Racionální psychoterapie	36
7.1.4.2 Sugestivní psychoterapie	36
7.1.4.3 Abreaktivní psychoterapie	37
7.1.4.4 Interpersonální psychoterapie	37
7.1.4.5 Kognitivně – behaviorální postupy	37
7.1.4.6 Pohybové a sportovní aktivity.....	38
7.1.4.7 Pracovní terapie	38
7.1.4.8 Manželská a rodinná terapie	38
7.2 Ambulantní léčba.....	39
7.3 Doléčovací programy.....	39
7.4 Denní stacionář	40
8 Mezinárodní organizace a svépomocné organizace u nás.....	41
8.1 Sdružení AA	41
8.1.1 Počátky vzniku organizace AA.....	41
8.1.2 Vznik AA v ČR.....	42
8.1.3 Průběh setkání AA	42
8.1.4 Dvanáct kroků AA	43
8.1.5 Dvanáct tradic AA	44
8.2 Organizace dobrých templářů	45
8.3 KLUS.....	45
8.4 Pavučina.....	45
9 Techniky vhodné pro dodržení abstinence.....	47
9.1 Abstinentská krabice.....	47
9.2 Abstinentská bankovka	47
9.3 Havarijní plán	48
9.4 Nácvik odmítnutí	48
9.5 Zlepšení sebeovládání.....	49
9.5.1 Možnosti zlepšení sebeovládání.....	50
9.6 Semafor.....	51
9.7 Síť sociálních vztahů.....	51
9.8 Pomůcky a symboly	52
10 Práce v ČR zabývající se podobnou problematikou.....	53
11 Statistické údaje z roku 2015	54
12 Empirická část.....	55
12.1 Kvalita života.....	55

12.2 Metody výzkumu	55
12.2.1 Výzkum kvantitativní.....	56
12.2.2 Výzkum kvalitativní.....	56
13. Kvantitativní výzkum.....	57
13.1. Výběrový soubor.....	57
13.2 Metodika výzkumu	57
13.3 Dotazník vlastní konstrukce.....	58
13.3.1 Složení dotazníku vlastní konstrukce.....	58
13.4 Dotazník WHOQOL – BREF	59
13.4.1 Složení dotazníku WHOQOL-BREF	60
14 Výsledky kvantitativního výzkumu	63
14.1 Výzkum pomocí dotazníku vlastní konstrukce	63
14.2 Výzkum pomocí dotazníku WHOQOL-BREF	73
15 Kvalitativní výzkum	77
15.1 Cíle kvalitativního výzkumu.....	77
15.2 Kvalitativní výzkum - rozhovor	77
15.3 Výsledky kvalitativního výzkumu	78
15.3.1 Období alkoholového opojení.....	80
15.3.2 Období léčby.....	81
15.3.3 Kvalita života po léčbě.....	83
16 Diskuze	85
17 Závěr	92
Použitá literatura:	96
Seznam příloh:	100
Seznam grafů:	101
Seznam tabulek:	102

Úryvek z textu písně Jaroslava Nohavici "Pochod marodů":

*Krabička cigaret a do kafe rum,
Dvě vodky a fernet a teď doktore čum,
Chrapot v hrudním koši, no to je zážitek
My jsme kámoši řidičů sanitek.
Měli jsme ledviny, ale už jsou nadranc,
I tělní dutiny už ztratily glanc.
U srdce divný zvuk, co je to nemám šajn
A je to vlastně fuk, žijem fajn.*

*Cirhóza, trombóza, dávivý kašel, tuberkulóza, jó to je naše
Neuróza, skleróza, ohnutá záda, paradentóza, no to je paráda
Jsme slabí na těle, ale silní na duchu, žijem vesele juchuchuchu.
Už kolem nás chodí pepka mrtvice,
Tak pozor marodi, je zlá velice,
Zná naše adresy a je to čiperka
Koho najde si, ten natáhne pérka*

Úvod:

„Dobré víno je dobrý přítel, když s ním dovedeme zacházet“

William Shakespeare

V naší společnosti alkohol k životu víceméně patří a v rozumné míře životu ani neškodí. Problém ale nastává, pokud my přestaneme ovládat alkohol a on začne ovládat nás. Ztrácíme veškeré zájmy, koníčky a naše myšlenky se ubírají pouze k tomu, jakým způsobem si nějakou láhev obstarat. Poté nastávají další komplikace ve formě ztráty zaměstnání, kam nemůžeme pro svoje stavy opilosti docházet a v nejhorším případě ztratíme celou rodinu. Pak se snad konečně zamyslíme a zjistíme, jaké důsledky jsme svou nezodpovědností způsobili. A přitom by stačilo jedině. Zamyslet se nad svou situací na začátku a nenechat celou věc dojít tak daleko. Ale pro některé z nás to není bezvýchodná situace, rozhodneme se s tím něco dělat a vrátit se tak na prvopočátek všech svých problémů.

Podle Státního zdravotního ústavu má konzumace alkoholu mírně vzrůstající tendenci. Průměrná roční spotřeba alkoholu na osobu je 8,6 l. Dle jejich zjištění až 15 % populace pije alkohol pravidelně (obden, či dokonce denně), ale pouze 1,2 % si lidí si uvědomuje, že má s alkoholem problém, a pouhých 0,4 % lidí vyhledá odbornou pomoc. Zde vidíme, jak je toto téma stále aktuální a jak malé procento lidí se snaží svůj problém řešit.

O tom také pojednává tato práce. Zaměřila jsem se právě na tu část lidí, kteří se dokázali zvednout ode dna a jít vstříc novým možnostem a navrátil se zpět do života. Tito lidé často přišli úplně o všechno, a přesto v sobě našli sílu bojovat s osudem a se všemi nástrahami, které jim život přinesl.

Tuto práci jsem se rozhodla psát z důvodu vlastní zkušenosti, kterou jsem zažila v rodině u své 27leté sestry. Ta na následky konzumace alkoholu málem zemřela. Nyní 3 roky abstinuje a zdraví se jí pomalu vrací, ale i tak bude mít trvalé následky, a to jak na těle, tak i na duši. Teď si již plně uvědomuje, že hodně ztratila, ale nic nezískala, a snaží si uspořádat život od samého začátku.

Chtěla bych ale také ukázat, co vlastně alkohol je, jak se vyrábí a jaké byly jeho prvopočátky výroby a konzumace. Alkohol je téměř tak starý jako naše kultura a po celé generace nás provází. Způsobuje ale nejen opojení a dobrou náladu, ale hlavně závislost a s ní spojenou celou řadu onemocnění z hlediska psychického i somatického.

1 Cíl

Svou bakalářskou prací nechci obhajovat ani odsuzovat lidi, kteří měli problém s alkoholem. Chtěla bych poukázat nejen na rizika a problémy, které alkohol způsobuje, ale i na to, jaký život se dá žít, když se člověk rozhodne se závislostí na alkoholu bojovat.

V úvodu teoretické části se zabývám otázkou, co je alkohol a jak se vyrábí, ale i tím, co alkohol způsobuje tělu po požití. Existuje řada onemocnění i psychických poruch, které alkohol způsobuje.

V této části se ale snažím ukázat hlavně problematiku závislosti a možnosti její léčby. Závislost na alkoholu postihuje negativně nejen dotyčného člověka, ale celou jeho rodinu, a to bohužel včetně dětí. Proto jsem se zabývala i otázkou prevence, která má v dnešní době své velké opodstatnění.

Závislost na alkoholu se ale dá léčit. Léčba se skládá z velmi rozmanitých druhů terapií, které by každý léčený alkoholik měl podstoupit. Existuje i řada doléčovacích programů, které bych zde ráda představila. Většina léčených alkoholiků je po své hlavní léčbě dále navštěvuje a tím si udržuje abstinenci.

Empirická část se skládá hlavně z výzkumu. Použila jsem výzkum kvalitativní pomocí rozhovoru se šesti respondenty. Cíleně jsem vybrala tři muže a tři ženy. Chtěla jsem zjistit, zda jsou určité rozdíly mezi alkoholiky mužského a ženského pohlaví, a trochu hlouběji se ponořit do této problematiky.

Kvantitativní výzkum jsem aplikovala pomocí dvou dotazníků. První dotazník je vlastní konstrukce. Respondentům jsem položila otázky, které mi přišly pro mou práci zajímavé a chtěla jsem mít stručný přehled o charakteristice daného souboru.

Druhou část kvantitativního výzkumu jsem aplikovala pomocí světově uznávaného dotazníku WHOQOL-BREF, který se zabývá kvalitou života.

Hlavním cílem mé práce je totiž ukázat kvalitu života abstinujícího alkoholika a problémů s tímto tématem spojených.

2 Alkohol

Alkohol, respektive etylalkohol, chemicky etanol (C_2H_5OH) patří mezi látky ovlivňující hlavně nervový systém. Má velmi jednoduchou a malou molekulu, nesoucí relativně málo informací. Vzniká kvašením cukrů (Kvapilík, Svobodová a kol., 1985).

Při pokojové teplotě je alkohol bezbarvá tekutina odporné chuti. Velice dobře se ale míchá s vodou a jeho naředěním se nepříjemná chuť zmírní. Atraktivní chuť mu dodávají látky, které se k němu přidávají (Edwards,2000).

Etanol patří do skupiny hypnosedativ. Je snadno zápalný, a je proto klasifikován jako hořlavina 1.třídy.

Etanol je po tisíce let konzumován ve formě alkoholických nápojů. Působení etanolu závisí na tom, jak je lidský organismus zvyklý ho přijímat a jaká je celková tělesná hmotnost člověka.

[Wikipedie, 25.1. 2017, on-line]

2.1 Výroba alkoholu

2.1.1 Fermentace

Fermentací se připravuje alkohol z jednoduchých sacharidů alkoholovým kvašením, které způsobují různé druhy kvasinek. Výsledkem je vznik etanolu, vody a oxidu uhličitého.

Tato metoda je tak snadná, že ji lidé začali používat, jakmile dokázali shromáždit nějaké ovoce, přidat vodu a počkat pár dní, než proběhne enzymatická reakce (Edwards,2000).

U nás se touto metodou vyrábí hlavně pivo, které vzniká působením sladových kvasinek na ječmen nebo jiné obiloviny. Moderní produkce piva samozřejmě již využívá moderní technologie, ačkoliv základ je velice snadný (Edwards,2000).

Dalším důležitým alkoholickým nápojem, které se získává fermentací je víno. Běžná vína se získávají postupem, při němž se cukr obsažený v hroznové šťávě rozkládá pomocí kvasinek, které jsou přítomny na povrchu plodů (Edwards,2000).

Fermentace je sice velmi důležitá technologie, ale její pomocí můžeme dosáhnout pouze omezenou koncentraci, asi 13–14 % alkoholu v nápoji. Důvodem je skutečnost, že když

koncentrace dostoupí určité úrovně, etanol kvasinky, které alkohol samy vyprodukovaly, zabije nebo zastaví a proces kvašení skončí (Edwards,2000).

2.1.2 Destilace

Jak je popsáno výše, fermentací lze získat alkohol o koncentraci pouze 13–14 %. Pokud chceme dosáhnout koncentrace vyšší, musíme alkohol alespoň částečně odseparovat od vody. To se provádí na destilačních kolonách s využitím toho, že se etanol vaří při nižší teplotě než voda, konkrétně při 78 °C. Vznikají destiláty s obsahem etanolu 40–60 %.

Destilovat se dá skoro jakákoli alkoholická surovina, kterými jsou například: obilí, brambory, víno, různé ovoce (švestky, jablka, meruňky...), ořechy a mnoho dalších.

[Wikibooks, 3.4. 2017, on-line]

2.2 Metabolismus etanolu

2.2.1 Vstřebávání

Etanol se dostává do organismu nejčastěji dutinou ústní, po požití alkoholického nápoje. Ke vstřebávání alkoholu dochází v celé trávicí soustavě, nejvíce však v tenkém střevě. Odtud se dostává do krve, vrátnicovou žílou do jater, dále do srdce a z něj tepnami do celého těla. Množství alkoholu, které pronikne do jednotlivých orgánů, závisí na jejich prokrvení. Nejvyšší koncentrace nacházíme v mozku, játrech a ledvinách. Nejméně naopak v kosterním svalstvu.

Vstřebávání alkoholu závisí na mnoha faktorech, kterými jsou náplň žaludku, prokrvení jeho sliznice a koncentrace nápoje. Rychleji se vstřebávají nápoje koncentrované, s obsahem CO₂, popřípadě nápoje teplé či vypité nalačno. Naopak pomaleji se vstřebávají nápoje ledové, sladké a nápoje vypité po jídle (Heller, Pecinová, 1996).

2.2.2 Eliminace

Eliminace (odbourávání) alkoholu probíhá zhruba rychlostí asi 1 g/10 kg tělesné váhy za hodinu. Tento proces lze jen minimálně ovlivnit a závisí na enzymatické výbavě jedince. Hladina klesá cca o 0,17 ‰ za 1 hodinu. Pro přibližné určení hladiny etanolu v krvi lze použít vzorec:

požitý alkohol v gramech / (tělesná hmotnost muže × 0,68, nebo tělesná hmotnost ženy × 0,55) = promile etanolu v krvi

[Wikipedie, 25.1. 2017, on-line]

Proces eliminace probíhá v jaterní buňce, která je vybavena potřebnými enzymy a zdroji energie potřebné k chemickým reakcím. Ty probíhají ve dvou fázích. V prvním je etanol oxidován alkoholdehydrogenázou na acetaldehyd, ve druhém pak acetaldehyd aldehyddehydrogenázou na výsledný oxid uhličitý a vodu.

Systém alkoholdehydrogenáz se vyvíjí až po narození, proto jsou novorozenci proti alkoholu prakticky bezbranní. Je také různě vyvinut u různých ras, například u Japonců téměř chybí.

Přesáhne-li koncentrace alkoholu v krvi 2–3 promile, nebo je-li organismus vystaven častému přísunu alkoholu, zapojuje se do eliminace systém MEOS (mitochondriální etanoloxidační systém), který je rezervním systémem chránícím organismus při ohrožení vysokou dávkou alkoholu v krvi. Je obsažen v jaterní buňce, kde oxiduje alkohol na oxid uhličitý a vodu. Při tomto procesu ale vznikají toxické meziprodukty, které jaterní buňku poškozují.

(Heller, Pecinová, 2011)

3 Historie výroby a konzumace alkoholických nápojů

Alkohol má v lidské společnosti velmi dávnou minulost, je starý jako kultura sama. Je nejstarší a také nejvíce užívanou psychoaktivní látkou na světě. Lze předpokládat, že byl objeven v období neolitu při přechodu od kočovnictví k usedlému životu (Sournia, 1999). Od chvíle, kdy byl účinek alkoholu náhodně objeven, byly využity ke zkvašování snad veškeré existující ovocné plody i obiloviny. Zřejmě první surovinou, z níž se etanol vyráběl, byl med. Přednosti medoviny znala většina západních národů evropského kontinentu (Sournia, 1999).

Ve formě vína z vinné révy je znám lidstvu více než šest tisíc let, poprvé se začal vyrábět v oblasti Blízkého Východu. V Egyptě a Mezopotámii je zmiňován na konci 4. tis. př. n. l., jeho rozšíření způsobili ale Řekové. Ti zakládali vinice téměř na celém území své říše a učinili mnoho pro jeho pěstování (Edwards,2000).

Pivo připravovali starověcí Sumerové, Babylóňané a Asyřané kolem roku 2 800 př. n. l. Pivo bylo připravováno hlavně z ječmene, který byl v té době nejrozšířenější surovinou. V Mezopotámii se pivo vyrábělo za použití pivních chlebů, kdy se tyto chleby rozmělnily, smísily s vodou a vzniklá směs se nechala prokvasit (Edwards,2000).

Historicky doložená procedura pálení alkoholu byla objevena arabskými obyvateli Mezopotámie. Původně byl alkohol využíván pouze k lékařským a ranhojičským účelům, ale postupně byl užíván jako nápoj, který údajně posiloval srdce a mysl a obnovoval „mládenecké“ síly. Hrubý popis destilace i používaných nástrojů lze nalézt ve spisech z 2.–3. století. Popisuje se zde výroba pálenky od sběru hroznů přes lisování a kvašení až k destilaci (Lukeš,2004).

O blahodárných účincích alkoholu najdeme svědectví v pracích antického lékaře Hippokrata (460-370 př. n. l.). Lidé používali různé vínové obklady, které přinášely pacientovi úlevu. Také po samotném použití alkoholického nápoje se pacientovi ulevilo a bolest byla snesitelnější (Lukeš,2004).

Slovo alkoholismus bylo poprvé použito Magnusem Hussem kolem roku 1849 v jeho knize „Alkoholismus Chronicus“ (Chronický alkoholismus). Huss termín použil ve významu patologických symptomů, které se vyvinou u osob v důsledku dlouhodobé konzumace nadměrného množství alkoholických nápojů (Sournia, 1999).

3.1 Vývoj léčebných přístupů

Myšlenka, že nadměrné užívání alkoholu je stav, který potřebuje zásah lékaře, se poprvé objevila v 18. století v době osvícenství. V této době začala být zastávána teorie, že nadměrné užívání alkoholu lze změnit racionálními zásahy. V této souvislosti jsou zmiňována dvě hlavní jména propagující tento přístup – Benjamin Rush a Thomas Trotter. Ti zastávali názor, že je třeba osoby závislé na alkoholu zavřít do ústavů či nápravných zařízení (Sournia, 1999). První léčebné ústavy pro tento typ pacientů se začaly otevírat v průběhu 19. století. Byl zde velký rozdíl v tom, komu se léčba poskytuje. Pro pacienty, kteří si léčbu platili, byla zajištěna péče ve formě terapeutického programu s relaxací, elektroléčbou, lázněmi či ve formě kúry strychninovými injekcemi. Naopak pro lidi nemovité to byla spíše forma pracovního tábora, kdy museli denně odpracovat 6–8 hodin. Již z tohoto důvodu zde byla většina těchto lidí na základě legislativních opatření. Doporučená délka léčby osob závislých na alkoholu byla v té době kolem pěti až deseti let (Sournia, 1999).

Na začátku 20. století došlo ke změně léčebných přístupů a vzniku mnoha zajímavých léčebných metod, například podávání opiátu apomorfínu za účelem vyvolání zvracení, léčba dvojmocným chloridem zlata, LSD, využití elektrokonvulzivní terapie či provedení chirurgických zásahů do mozku (Edwards, 2000).

Významným mezníkem v léčbě alkoholismu byl v roce 1935 vznik organizace Anonymních alkoholiků, která byla založena Williamem G. Wilsonem, který měl sám problémy s užíváním alkoholu. Anonymní alkoholici vznikli původně ve Washingtonu v USA, v průběhu století však začaly jejich pobočky vznikat po celém světě (Nešpor, 2000).

3.2 Vznik protialkoholní záchytné stanice

Protialkoholní záchytná stanice je speciální medicínské zařízení pro krátkodobý pobyt (v řádu několika hodin) a detoxikaci při akutní intoxikaci zejména alkoholem. Je to zvláštní typ zařízení na pomezí ambulantní a lůžkové péče.

Oficiálně byla první protialkoholní záchytná stanice otevřena v Praze u Apolináře 15. 5. 1951. Jejím zakladatelem byl bojovník proti alkoholismu, doc. Jaroslav Skála. Prvním

klientem byl ruský námořní inženýr. V tříměsíčním zkušebním provozu se její provoz osvědčil, a tak začaly být záchytné stanice stavěny nejen v Evropě, ale i po celém světě [Wikipedie, 25.1. 2017, on-line].

Největší počet těchto zařízení byl před rokem 1989, kdy na našem území fungovalo 34 záchytných stanic s 325 lůžky. V současné době v České republice existuje 17 záchytných stanic se 150 lůžky. Celkový počet ošetřených pacientů pod vlivem alkoholu se ale nemění a stále se pohybuje v počtu okolo 30 000 lidí / rok (Nechanská – Úřad vlády ČR,2011).

Zřizovatelem protialkoholních záchytných stanic je kraj.

3.2.1 Funkce protialkoholní záchytné stanice:

- Poskytnutí základního dohledu a péče intoxikovaným osobám, pokud o ně nemůže být postaráno jinak.

- Prevence zdravotního poškození ve stavu intoxikace, jako jsou úrazy, podchlazení či udušení v důsledku vdechnutí zvratků...

- Poskytnutí základních informací o škodlivosti alkoholu a jiných drog, poradenství a motivace k další léčbě.

- Systémové navázání indikovaných osob na síť zařízení pro léčbu závislostí a na další zdravotní a sociální služby.

- Řešení a prevence ohrožení ostatních osob, veřejného pořádku a majetku způsobeného chováním intoxikovaných osob.

- Velmi často slouží jako odběrové místo vzorků krve a moče pro účely dalšího toxikologického vyšetření při podezření z trestné činnosti pod vlivem alkoholu či jiné psychoaktivní látky.

[Zdravi.e15, 2014, online]

Tato služba není hrazena ze zdravotního pojištění (kromě zdravotních výkonů) a klienti si musí pobyt hradit. Tento poplatek je velice variabilní a pohybuje se od 600 do 9000 korun, ale obvykle je to mezi 2000–3000 Kč / noc.

4 Působení alkoholu na jednotlivé orgány

4.1 Onemocnění jater

Tento orgán bývá většinou při nadměrném užívání alkoholu poškozen nejdříve. V játrech probíhá eliminace alkoholu a při jeho nadměrném užívání se zapojuje již zmíněný systém MEOS, který při svém procesu eliminace svými toxickými meziprodukty poškozuje jaterní buňku.

Je-li jaterní buňka soustavně zatěžována odbouráváním etanolu, dochází ke změnám v metabolismu lipidů. Ty se hromadí v hepatocytech a způsobují jaterní steatózu (ztukovatění jater). Tento stav je zpravidla provázen hepatomegalií (zvětšením jater) a zvýšenými hladinami jaterních enzymů. Tento stav je možné zvrátit do původního stavu, pokud nastane minimálně čtyřtýdenní abstinence. Pokud ale pití alkoholu pokračuje i nadále, dochází k postupné tvorbě vaziva a jaterní fibróze, která se může vyvinout v jaterní cirhózu.

Jaterní cirhóza (ztvrdnutí jater) je chronické onemocnění, při kterém postupně dochází k přestavbě jaterní tkáně a cévního řečiště jater. Toto onemocnění je velice závažné a je provázeno řadou příznaků a komplikací. Mezi nejčastější patří portální hypertenze spojená s tvorbou jícnových varixů, únava, otoky, ascites, poruchy krevní srážlivosti, trávicí obtíže, žloutenka, diabetes mellitus a mnoho dalších. Nejzávažnější je vznik karcinomu či samotné selhání jater a následné úmrtí. Uvádí se, že 50 % všech jaterních cirhóz je alkoholického původu. Prognóza alkoholové cirhózy je většinou špatná.

(Heller, Pecinovská, 2011)

4.2 Onemocnění slinivky břišní

Při nadměrném užívání alkoholu je slinivka velmi náchylná ke zvýšení své sekrece provázené zároveň spazmem svých vývodů. To vede k postupnému poškození žlázy a vzniku zánětu. Akutní zánět slinivky břišní je velmi závažné, život ohrožující onemocnění, které vždy

vyžaduje hospitalizaci v nemocničním zařízení a bohužel mívá fatální následky. Je provázen velmi silnou bolestí břicha, které má charakteristiku peritoneálního dráždění, a proto se řadí mezi náhlé příhody břišní. V laboratoři se nachází zvýšené hodnoty amyláz (v krvi i v moči), bilirubinu, jaterních enzymů a zánětlivých markerů. Může přejít do chronického onemocnění, které bývá provázeno akutními exacerbacemi (Heller, Pecinová, 1996).

4.3 Onemocnění trávicího ústrojí

Trávicí ústrojí je poškozováno hlavně přímým kontaktem alkoholu se sliznicí - od dutiny ústní po konečník. Alkohol způsobuje reaktivní překrvení, které umožňuje snazší přestup infekce sliznicí a následné záněty. Čím je orgán uložen orálněji, tím větší nebezpečí to pro něj znamená.

Užíváním alkoholu dochází k refluxní ezofagitidě, kdy se kyselá žaludeční šťáva ze žaludku dostávají na sliznici jícnu a tu trvale poškozují. Dojde k přestavbě fyziologického dlaždicobuněčného epitelu v epitel cylindrický (tzv. Barrettův jícen), který představuje prekancerózu pro vznik adenokarcinomu.

V žaludku alkohol způsobuje atrofickou gastritidu, která může předcházet rakovině žaludku, či se na poškozené sliznici může vytvořit vřed. U nemocných, kteří často užívají alkohol dochází nezhřídkou k jeho perforaci a vzniku náhlé příhody břišní.

Nadměrné užívání alkoholu má nepříznivý dopad i na funkci tenkého a tlustého střeva. Alkohol má toxický vliv na jeho sliznici a tím je zhoršeno vstřebávání důležitých živin a vitamínů. Svou roli hraje i životospráva, kterou alkoholik prakticky nemá. Alkohol ovlivňuje i motilitu střeva, která je provázena průjmy, meteorismem, flatulencí, borborygmy, ale i zvracením. Při časté defekaci dochází k pálení a bolesti v anální krajině.

(Heller, Pecinová, 2011)

4.4 Poruchy látkové přeměny

Z energetického hlediska etanol dovede pokrýt až polovinu potřebného energetického výdeje pro tělesnou aktivitu s mírnou tělesnou zátěží. U chronického alkoholika to vede často ke snížení příjmu ostatní potravy a tím samozřejmě k podvýživě s nedostatečným přísunem potřebných živin.

Alkohol může poškodit endokrinní systém (žlázy s vnitřní sekrecí), především slinivku břišní (pankreas), ve které dochází k produkci inzulínu (inzulín je tvořen β -buňkami Langerhansových ostrůvků, které jsou rozptýleny ve slinivce břišní). Výsledek je ten, že se alkohol může podílet na vzniku cukrovky.

Když vypijeme alkoholický nápoj a utvoříme si hladinu alkoholu v krvi, považují jaterní buňky za svůj prvořadý úkol ho zpracovávat, aby nás zbavily této pro tělo nežádoucí látky. Je-li alkoholu hodně, jsou jaterní buňky tak zaměstnané, že jim nezbývá síla na uvolňování glukózy z jaterního glykogenu a na její doplňování do krve. Člověk bez diabetu v této situaci výrazně potlačí svoji výrobu inzulínu a tím může předejít hypoglykémii. To člověk s diabetem, který si již aplikoval svůj inzulín, nedokáže, a proto mu hrozí hypoglykémie. Alkoholické nápoje ale mohou glykémii i zvyšovat - díky sacharidům, které v nich jsou přítomné. Každý typ alkoholického nápoje může tedy působit na glykémii jinak.

Další choroba, která může alkoholika nepříjemně provázet je dna. Toto onemocnění není sice přímo způsobeno alkoholem, ale alkohol podporuje vznik akutního dnavého záchvatu. Důvodem je to, že alkohol se spaluje přednostně, a ponechá tedy možnost pro vysokou hladinu kyseliny močové.

(Kvapilík, Svobodová a kol., 1985)

4.5 Onemocnění ledvin

Ledviny nejsou sice alkoholem přímo poškozovány (ledvinami se vylučuje jen asi 3 % vypitého alkoholu), ale mohou být poškozeny zvýšeným vylučováním kyseliny močové a vznikem ledvinných kamenů. U žen je prokázáno, že mohou trpět častějšími záněty močových cest.

4.6 Onemocnění srdce a krevního oběhu

Tento systém je poškozován nejen přímo alkoholem a jeho metabolity, ale je ohrožen i přímým ukládáním lipidů do cévní stěny (je porušena jejich přeměna v játrech). U těchto lidí se můžeme setkat s alkoholickou kardiomyopatií, kdy se poškozují srdeční stěna metabolity alkoholu. Samotné srdce se přetěžuje i velkými objemy tekutin. Toto onemocnění je proto někdy také nazýváno jako mnichovské srdce pijáků piva.

Dalším častým jevem u alkoholiků je systémová arteriální hypertenze, která souvisí s nadprodukcí kortizolu a noradrenalinu (hormony nadledvin). Ta většinou po dvou týdnech abstinence sama vymizí a hodnoty krevního tlaku se upraví do mezí normy.

(Heller, Pecinová, 1996)

4.7 Onemocnění dýchacího systému

U alkoholiků je dvakrát vyšší výskyt zánětů dýchacích cest, jako jsou bronchitidy, ale i pneumonie, které mají zpravidla těžší průběh a vyšší mortalitu. Je to hlavně dáno tím, že alkohol má toxický vliv na sliznici dýchacích cest. U většiny alkoholiků je zároveň přítomno i kouření cigaret, což samozřejmě dané onemocnění též zhoršuje (Heller, Pecinová, 1996).

4.8 Poruchy hormonální regulace

Alkohol zvyšuje plazmatické hladiny prolaktinu, růstového hormonu a kortizolu, což způsobuje cushingoidní vzhled alkoholiků. Tito lidé mívají měsícovitý obličej, jsou obézní v trupu, ale mají tenké končetiny. Dále se u alkoholiků snižuje hladina adiuretického hormonu, oxytocinu, u mužů testosteronu a u žen estrogenů. To vede k feminizujícímu efektu u mužů a maskulinizujícímu efektu u žen (Heller, Pecinová, 1996).

4.9 Onemocnění pohlavního systému

Alkohol způsobuje u mužů nejen snížení potence, ale i azospermii, což je ztráta pohyblivosti spermií, která se může abstinencí upravit. Ženy trpí poruchou menstruačního cyklu, a to buď v podobě silného menstruačního krvácení v důsledku poruchy srážení krve, nebo naopak může žena menstruaci ztratit.

Velice závažné následky má pití alkoholu v době těhotenství, a to v podobě **fetálního alkoholového syndromu**. Etylalkohol je teratogen, který nepříznivě ovlivňuje vývoj plodu po celou dobu těhotenství. U těchto postižených novorozenců je typická nižší porodní hmotnost, porucha intelektu, ale také různé stupně postižení jednotlivých orgánů. Rovněž může u plodu způsobit rozvoj alkoholové závislosti. Všeobecně uznávaná bezpečná dávka alkoholu v těhotenství neexistuje. Nejlepším doporučením pro všechny těhotné ženy je tedy nepít alkohol vůbec.

(Heller, Pecinovská, 2011)

4.10 Hematologické onemocnění

Nadměrné pití alkoholu způsobuje i hematologické projevy: sideropenickou anémií (chudokrevnost z nedostatku železa) či makrocytární anémií (chudokrevnost spojená se zvětšením červené krvinky), trombocytopenií (úbytek krevních destiček).

Se současným poškozením jater je přítomný sklon ke zvýšenému krvácení, jelikož dochází k nedostatečné syntéze fibrinogenu a koagulačních faktorů. Je prodloužena krvácivost i srážlivost, tito lidé často krvácejí z nosu a tvoří se jim nápadně často hematomy.

(Heller, Pecinovská, 1996).

4.11 Neurologické onemocnění

U chronického pití alkoholu jsou neurologická postižení velice častá. Hlavní příčinou jsou degenerativní a destruktivní změny nervové tkáně. To je způsobeno toxickým vlivem alkoholu. Bývá ale spojený i s častými úrazy hlavy v opilosti.

Alkohol v nervovém systému způsobuje řadu poruch ve vedení nervového vzruchu, zvyšuje práh bolesti, narušuje REM spánek (fáze spojená se sny) a zvyšuje pohotovost ke křečím. U alkoholiků se setkáváme s poruchou krátkodobé i dlouhodobé paměti, s poruchami hybnosti a koordinace.

Asi nejčastějším neurologickým projevem alkoholismu je alkoholický tremor (třes). Ten souvisí s poškozením podkorových jader a mozečku. Postižení trpí třesem víček, prstů, rukou, rtů a později hlavy a celého těla. Ten se zvyrazňuje při činnosti a emočním napětí. Ranní třes, který ustupuje po první dávce alkoholu, je typickým prvotním příznakem závislosti na alkoholu.

Alkoholické polyneuropatie se nacházejí asi u 20 % postižených, kdy dochází vlivem metabolitů alkoholu k poškození obalů nervů. Je často spojován i s poruchou výživy, hlavně s nedostatkem thiaminu. U porušených nervů dochází ke zpomalení vedení vzruchu. Toto onemocnění postihuje pohybovou i citovou složku nervového systému. Zpočátku se nemoc projevuje mravenčením dlaní a plosek nohou, které postupně přechází v bodavou bolest. Nemocný trpí pocitem necitelnosti a hůře provádí jemnou motoriku. Později svalová hmota končetin ubývá a kůže je mramorová a lesklá. Tyto změny vedou nejen k narušení hmatových schopností, ale také ke zhoršení chůze. Pacient často zakopává, protože při chůzi nezvedá dostatečně nohy. Při abstinenci se stav do několika měsíců upraví.

Atrofie mozku vzniká zpravidla při dlouhodobém abúzu, ale někdy může stačit i pět let těžkého pití. I přes atrofii může být mozková činnost zcela dostatečná. Alkoholová atrofie bývá spojena s výskytem demence, která je na rozdíl od ostatních demencí reverzibilní a pokud pacient dlouhodobě abstínuje, může dojít k navrácení poškozených duševních schopností.

Velmi často se u alkoholiků vyskytuje alkoholická epilepsie. Ta se může projevovat pouze sporadicky paroxysmy typu grand mal, nebo vzácněji malými záchvaty. Nejčastěji propukají záchvaty na začátku abstinenci periody, kdy klesá vliv alkoholu, ale zůstává ještě zvýšená neuronová aktivita. Epileptický záchvat se typicky objevuje 6–48 hodin poté, co skončilo pití alkoholu

(Heller, Pecinová, 1996).

5 Psychózy

Psychózy jsou důsledky chronického abúzu alkoholu v psychické oblasti. Projevují se u lidí závislých na alkoholu jako výsledek selhání adaptačních systémů, ale mohou se objevit i u jednorázového požití alkoholu.

5.1 Prostá opilost (ebrietas simplex)

Je následkem jednorázového požití alkoholu a u nás patří při občasném požití alkoholu k normě. Podkladem prosté opilosti je kvantitativní porucha vědomí, jejíž stupeň je závislý na dávce alkoholu a na jeho koncentraci v krvi (Heller, Pecinovská, 1996, s. 66).

Obecně lze rozdělit opilost dle množství alkoholu v krvi do několika stádií:

- 1. excitační opilost** (do 0,99 ‰) – člověk je hovorný, má lepší, povznesenější náladu, stále však v hranici normy
- 2. mírná opilost** (1,00–1,49 ‰) – člověk je hovorný, euforický, má zvýšené sebevědomí a sebedůvěru. Psychomotorika je již ovlivněna alkoholovou intoxikací – reakční čas je prodloužen, nad 1 ‰ se mohou objevit mimovolní pohyby očí
- 3. střední opilost** (1,50–1,99 ‰) – psychomotorika již výrazněji narušena - jsou přítomny poruchy koordinace a zpomalení tělesných pohybů, je snížena pozornost. Nálada může být dobrá, nebo se naopak může zhoršit a nastupuje celkový útlum
- 4. těžká opilost** (2,00–2,99 ‰) – blábolivá řeč, neschopnost samostatné chůze, psychické poruchy, výraznější poruchy chování, zvracení
- 5. vážná otrava alkoholem** (3,00–3,99 ‰) – těžké poruchy vědomí, obluzení, člověk nereaguje na podněty, dýchání je pomalé a mělké, mohou být poruchy srdečního rytmu. Riziko zástavy dechu a oběhu.
- 6. riziko smrtelné otravy alkoholem** (nad 4,00 ‰) – komatózní stav, letální dávka

[Wikipedie, 19.3.2017, on-line]

5.2 Komplikovaná opilost (ebrietas complicata)

Komplikovaná opilost je opilost, která je provázena kvantitativní poruchou vědomí. Od prosté opilosti se odlišuje výraznou neschopností sebeovládání a dlouhou dobou změny psychického stavu, dominuje somatická složka intoxikace hlavně v neurologické oblasti (poruchy motoriky, reflexů...). Někdy se mohou vyskytovat halucinace při zachované orientaci v situaci. Častá je následná amnézie. Při rozvoji závislosti častost výskytu komplikovaných opilostí stoupá (Heller, Pecinovská, 1996).

5.3 Patická opilost (ebrietas pathica)

Při tomto druhu opilosti se jedná o kvalitativní poruchu vnímání i vědomí při jednorázovém vypití různě velké dávky alkoholu. Projevuje se dezorientací, iluzivním i halucinatorním vnímáním, zkresleným úsudkem, úzkostnou nebo expanzivní náladou a mnohdy agresivním chováním, které je pro okolí logicky nepochopitelné, protože nemá motivační pozadí. Navenek není zřetelně narušena řeč ani motorika. Poté vždy nastane rozsáhlá amnézie s imperativním spánkem. Výskyt patické opilosti je velice řídký, ale má velký význam pro soudně znaleckou expertizu. Závěry znaleckých posudků mají pro další osud posuzovaného jedince zásadní význam. Konstatování, že pachatel trestného činu jednal ve stavu patické opilosti, vede k přiznání nepřičetnosti (Heller, Pecinovská, 1996).

5.4 Delirium tremens

Tento stav se dá přeložit jako „šílenství s třesem“. Je to život ohrožující stav, který vzniká u alkoholiků po přerušení užívání alkoholu. Je nejtěžším stádiem abstinčního syndromu. Rozvíjí se typicky za 48–72 hodin po přerušení příjmu alkoholu, ale může nastat i za 7–10 dní. Typicky se s tímto stavem setkáváme, pokud se alkoholik v opilosti zraní a je hospitalizován.

V roce 1961 rozdělil Johnson alkoholový abstinenční syndrom do tří stádií dle závažnosti:

1. Abstinenční syndrom po vysazení alkoholu – je vyjádřen chutí na alkohol, nespavostí, vnitřním neklidem, úzkostí, tachykardií, třesem, pocením, poruchou koncentrace, hyperreflexií, dráždivostí.

2. Predelirantní syndrom - projeví se navíc nauzeou, zvracením, porucha koordinace pohybů, obtížná výslovnost.

3. Delirium tremens - zastřené vědomí, dezorientace, paranoidní domněnky, těžký psychomotorický neklid, který může být provázen vizuálními, taktilními, či sluchovými halucinacemi – pacient může vidět různá malá zvířata, často vykonává zažitá, zautomatizovaná pohyby (např. řidiči z povolání řídí auto). Může být euforický, či naopak utlumený, ale tyto stavy se mohou rychle měnit. V čase a prostoru je nepřesně orientován či vůbec neorientován. Je přítomna tachykardie, hypertenze, horečka, zrychlený dech, návaly horka a pocení. Vše je doprovázeno hrubým třesem.

Delirium tremens trvá 3-6 dní a je zakončeno hlubokým spánkem. V jeho průběhu se mohou objevit epileptické záchvaty typu grand mal a pacient je ohrožen mnoha komplikacemi. Mezi nejčastější můžeme zařadit pád při výše zmiňovaném epileptickém záchvatu, dále to mohou být komplikace infekční (např. bronchopneumonie při imunodeficienci, často s podílem mikroaspirací), krvácení do zažívacího traktu, jaterní selhání, respirační nebo oběhové selhání, edém mozku, dehydratace, rozvrat vnitřního prostředí a mnoho jiných.

Při včasné zahájení léčby odvykacího stavu můžeme rozvoji deliria předejít, pokud ale delirium tremens nastane, je důležité ho ihned začít léčit. Léčba deliria zahrnuje přiměřené farmakologické tlumení neklidu a vegetativní hyperaktivity. Nutné je trvalé sledování stavu a vitálních funkcí, a to nejlépe na jednotce intenzivní péče. Dále je důležité myslet na substituci minerálů a tekutin, prevenci a léčbu komplikací. Pacient by měl být léčen v klidném prostředí s tlumeným světlem – tma provokuje halucinace, ostré světlo neklid.

(Heller, Pecinovská, 2011)

6 Závislost

6.1 Definice závislosti

Definice závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí zní: je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha brát psychoaktivní látky, alkohol, nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuoobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje. Definitivní diagnóza závislosti se obvykle stanoví tehdy, pokud během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

1. Silná touha nebo pocit touhy užívat látku.
2. Potíže v sebeovládání při užívání látky, pokud jde o začátek a ukončení nebo o množství látky.
3. Tělesný odvykací stav: Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky či dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro danou látku.
4. Průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek k dosažení účinku původně vyvolaného nižšími dávkami.
5. Postupné zanedbávání jiných potěšení a zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku.
6. Pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků.

(Nešpor, 2000)

6.2 Závislost z pohledu psychosomatiky

Psychosomatika se skládá ze dvou řeckých slov - psýché (duše) a sóma (tělo). Označuje tedy souhrn tělesných a duševních procesů.

Psychosomatické onemocnění je tedy určitá patologická forma vztahu mezi tělem a duší, čili spolupůsobení fyzických a psychických faktorů při vzniku a průběhu nemoci (Morschitzky, Sator, 2012).

Závislost na alkoholu je problém blízký svým vznikem psychosomatickým onemocnění. Je to typická porucha zdraví na základě duševního trápení.

Dle Gerharda Danzera vzniká každá závislost na podkladě osamělosti, která vyrůstá ze slabých vazeb, z neschopnosti navazovat vztahy a z nedostatku kolektivního cítění. Každé opojení poté představuje únik z reality (Danzer, 2001).

Pacient často obtížně popisuje, co je důvodem jeho nespokojenosti a vnitřního napětí, které vede k depresivním náladám a pocitu prázdnoty. Pozadí tvoří velmi často deficitní nebo traumatické vztahové zkušenosti v dětství. Pokud je na touhu po lásce a uznání reagováno odmítavě, vyvolává odmítnutí u daných osob zlobu a odstup. Tato reakce vede k tomu, že se dotyčný stahuje do sebe, sahá po alkoholu a zanedbává či dokonce ničí sám sebe (Tress, Krusse, Ott, 2008).

Závislé osoby typicky střídají pocit vnitřní prázdnoty a bezcennosti na straně jedné a stav všemohoucnosti vyvolaný alkoholem na straně druhé. Užívání alkoholu může být chápáno jako nezdařený pokus vyléčit sám sebe (Tress, Krusse, Ott, 2008).

Diagnózu závislosti není často jednoduché rozpoznat, jelikož závislí lidé mají sklon svoji závislost popírat a bagatelizovat. Poměrně často sdělují pacienti lékařům bolestivé symptomy či funkční poruchu orgánů. Tyto symptomy jsou poté pro pacienta prvořadé a konzumace alkoholu jde do pozadí. Nezřídka pacienti udávají, že pijí alkohol, protože tím zdolávají určité somatické obtíže nebo úzkostné stavy. Při zjišťování diagnózy je tedy důležité jasně postupovat a nepodlehnout sugestivním pokusům pacienta, který má ochotně připraveno nejedno „vysvětlení“ pro svoje pití (Tress, Krusse, Ott, 2008).

6.3 Vývojové fáze závislosti na alkoholu dle E. M. Jellineka

1. Počáteční - zvyšují se dávky alkoholu, roste tolerance, zkracují se přestávky mezi jednotlivým pitím.

2. Varovná - dotyčný pije tajně, aby nebyl rozpoznán jeho abusus. Typické jsou trvalé myšlenky na alkohol, pocity viny, dychtivé pití první dávky, citlivost na zmínky o alkoholu, občasná opilost, začínající výpadky paměti („okénka“). Toto stadium závislosti ještě řadíme do předchorobí. Pokud se ale přidruží výše zmíněná „okénka“, je to neklamná známka toho, že začíná třetí stádium – tedy vlastní nemoc.

3. Rozhodná – přichází ztráta kontroly, marnost kontrolovaného pití, výkyvy nálad, zúžení zájmů, konflikty na pracovišti, společenský sestup. Objevují se tělesné příznaky – často vznikají sexuální potíže, doprovázené případnou žárlivostí, „okénka“. Piják se stává alkoholikem, tolerance organismu na alkohol stále ještě stoupá. Jedinec přestává ovládat alkohol, alkohol ovládá jeho. U této rozhodné fáze jsou důležité následující skutečnosti - začínají se hromadit problémy, které si vynucují kratší či delší abstinenci. V této fázi alkoholik považuje schopnost abstinovat za důkaz své silné vůle a začíná vždy znovu pít s přesvědčením, že takříkajíc „bude alkohol ovládat“. Často trvá dlouhá léta, kdy alkoholik usiluje o nemožné – pít alkohol s mírou. Dle zkušeností lékařů trvá 5-10 let, než si pacient přizná porážku a uzná, že jeho problém vyřeší jen trvalá abstinence. Do té doby si piják vytváří tzv. racionalizační postoj - hledá pro své pití vysvětlení, vytváří důvody proč v pití pokračovat. Upadají jeho zájmy a koníčky, přestává stačit na své povinnosti. Má potřebu pít ráno i přes den – ranní a denní doušky.

4. Konečná – následuje pití v kteroukoliv denní dobu, výrazné oslabení tělesného i duševního stavu, snížená tolerance, několikadenní tahy. Dotyčný vyhledává osoby pod svojí sociální úrovní kvůli požívání alkoholu. Dochází k požívání i technických prostředků (okna, líh...). Časté bývá vyhledávání jakékoliv příležitosti k opití. Dochází k tzv. debaklu, bez alkoholu to nejde a s ním také ne. Mizí racionalizační postoje.

[Pomoc v závislosti, 2011, on-line]

Všechny znaky uvedených vývojových fází nemusí být nutně přítomny. U všech stádií platí, že pacient zlehčuje své potíže, nebo své jednání omlouvá.

Tato vývojová stádia alkoholika trvají 10-15 let, u mladistvých 3 roky.

[Pomoc v závislosti, 2011, on-line]

6.4 Typy alkoholismu dle E. M. Jellineka

Všichni alkoholici nepijí stejným způsobem. Někteří pijí pravidelně v menších dávkách, někteří pijí nárazově jednou za čas.

Jellinek rozdělil pijáky do pěti typů:

Typ alfa – tito lidé pijí proto, aby si navodili euforii, zlehčili své životní potíže. Nedochozí ke ztrátě kontroly a není plně rozvinuta závislost na alkoholu, ale může se vyvinout v závislost typu gama.

Typ beta – tito jedinci pijí příležitostně, ale pravidelně (odpovídá abúzu alkoholu, tj. nadměrnému požívání alkoholických nápojů, které vede k opilosti).

Typ gama (tzv. anglosaský typ) - z největší části se vyskytuje v ČR. Hlavními znaky tohoto typu je zvýšená přizpůsobivost organismu na alkohol, ztráta kontroly nad pitím, naproti tomu však schopnost abstinovat, která se ale postupně snižuje, až se pití stane každodenní záležitostí. Patří sem většinou pijáci piva a destilátů.

Typ delta (tzv. románský typ) – je charakterizován tím, že zde ztráta kontroly není přítomna, ale neschopnost abstinovat ano. Při porušení přísunu alkoholu se objevují abstinenční příznaky daleko významněji než u typu gama. Jde o typ „nikdy opilý, ale také nikdy střízlivý“. Tento typ je rozšířen zejména ve Francii a zemích s větší konzumací vína např. na jižní Moravě. Potíže jsou především po zdravotní stránce, na rozdíl od typu gama, kde se objevují problémy hlavně společenského charakteru. Obojí se však často prolíná.

Typ epsilon - zahrnuje kvartální pijáky, jde o periodické požívání alkoholických nápojů.

[Pomoc v závislosti, 2011, on-line]

6.5 Znaky závislosti na alkoholu

Během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- silná touha požívat alkohol (tzv. bažení), s níž měla osoba dříve zkušenost,
- potíže v sebeovládání - jedinec není schopen dostatečně kontrolovat jak začátek požívání alkoholu, tak ukončení,
- tělesný odvykací stav – při vynechání alkoholu vznikají odvykací potíže,

- růst tolerance – tolerance se projevuje tím, že k dosažení stejného účinku je třeba vyšších dávek alkoholu nebo že stejné dávky mají nižší účinek,
- zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch pití alkoholu a zvýšené množství času potřebné k zotavení se z účinku alkoholu,
- pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků na tělesném i duševním zdraví, v práci, v rodině, vztazích apod..

(Nešpor,2000)

6.6 Důsledky závislosti pro rodinu

Závislost jednoho člena rodiny se výrazně dotýká i všech ostatních členů. Soužití s alkoholikem přináší do rodiny mnoho negativních jevů a postupně onemocní prakticky všichni.

Při rozvoji závislosti na alkoholu se u člena rodiny uplatňují dva nejvýznamnější prvky: utajované pití a jeho zdůvodnění. Utajování devastuje v rodině komunikaci a vzájemnou důvěru, oproti tomu zdůvodňování rozvrací vzájemné vztahy.

Závislost partnera je neslučitelná s jeho základními rodinnými funkcemi - výchovnou, ochrannou, ekonomickou, reprodukční a mnoha dalšími. Nezřídká proto se stává, že je nadměrné pití alkoholu důvodem k rozvodu manželství, ztrátě komunikace s nejbližšími příbuznými, ale i přáteli, pokud nejsou sami alkoholiky.

(Heller, Pecinovská, 2011)

6.6.1 Děti z rodin se závislým rodičem

U dětí, v jejichž rodině je jeden z rodičů závislý na alkoholu, je o hodně vyšší pravděpodobnost, že se v dospělém věku stanou samy závislými. Je to dáno vlivem prostředí, sociálními i psychologickými faktory. Postupně ale bylo dokázáno, že velký vliv mají i faktory genetické. U dcer matek závislých na alkoholu byl zjištěn až trojnásobně vyšší výskyt

alkoholismu. Naopak abúzus alkoholu u adoptivních rodičů nezvýšil zřetelně abúzus alkoholu u dcer adoptovaných.

Špatné sociální prostředí je ale stále v popředí ve vlivu na vývoj dětí v rodinách, kde jeden z rodičů nadměrně pije. Děti velmi špatně snášejí trvalé napětí v rodině a nejasnost rodičovských rolí. Stávají se úzkostnými a přebírají odpovědnost za selhávajícího rodiče – přestávají si hrát a mají „dospělé starosti“. Již v dětství se u nich můžou vyskytnout různé duševní poruchy. Jsou jimi úzkost, špatná adaptace v kolektivu, různé formy agrese. Tyto poruchy jsou zaznamenávány ve větším rozsahu u dětí, které mají matku alkoholičku.

Dalším problémem v těchto rodinách je neustálá přítomnost alkoholu v domácnosti. Děti mnohdy již v předškolním věku alkoholické nápoje ochutnávají a u 80 % těchto dětí nezůstane jen u ochutnání, napodobují rodiče a více než polovině dětí alkoholické nápoje chutnají. Asi 25 % dětí školního věku již zná pocit lehké opilosti. Od 15. roku výrazně stoupá spotřeba alkoholických nápojů a tím stoupá i riziko vzniku závislosti již ve věku nižším než 18 let.

(Heller, Pecinová, 2011)

6.7 Primární prevence vzniku závislosti

Cílem primární prevence je předejít užívání návykových látek (v tomto případě alkoholu) nebo ho oddálit do pozdějšího věku, když už jsou dospívající relativně odolnější. Cílem není tedy informace předávat, ale jde o to, aby se cílová skupina chovala zdravěji. Proto dodržuje prevence pro maximální efektivnost určité zásady:

Program začíná pokud možno brzy a odpovídá věku.

Program je malý a umožňuje vzájemnou komunikaci.

Program zahrnuje podstatnou část žáků.

Program zahrnuje získávání relevantních sociálních dovedností a dovedností potřebných pro život včetně dovedností odmítání, zvládání stresu...

Program bere v úvahu místní specifika.

Program využívá pozitivní vrstevnické modely.

Program zahrnuje legální i nelegální návykové látky.

Program zahrnuje i poptávky po návykových látkách a jejich dostupnosti

Program je soustavný a dlouhodobý.

Program je komplexní a využívá více strategií.

Program počítá s komplikacemi a nabízí dobré možnosti, jak je zvládat.

Selektivní a indikovaná prevence je náročnější na čas, kvalifikaci i prostředky a často vyžaduje individuální přístup a pomoc s ohledem na specifické individuální potřeby.

(Nešpor,2000)

7 Léčba závislosti na alkoholu

Alkoholismus je podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) nemoc s kódem diagnózy F10. Léčba se zahajuje pouze z dobrovolného rozhodnutí pacienta nebo na základě rozhodnutí soudu (tzv. detence).

Léčba však nevede k vyléčení chorobného stavu, tedy k návratu do stavu před vznikem choroby, ale dosahuje pouze úzdravu (vymizení příznaků choroby), pro jejíž udržení je nutná trvalá abstinence.

U závislosti ale chybí velmi důležitý předpoklad pro úspěšnost léčby a tím je náhled choroby a náhled nutnosti léčby. Alkoholik často omlouvá svoje pití, zlehčuje svůj problém či se za pití stydí a tají ho. Často pouze rodinný příslušník vidí u nemocného problém a velmi dlouho trvá, než si to uvědomí sám alkoholik. Proto nezřídka tato nemoc skončí smrtí za dramatických okolností zasahujících především rodinu. V lepším případě se rodině podaří přesvědčit závislého o nutnosti léčby.

(Heller, Pecinovská, 2011)

7.1 Ústavní léčba

Ústavní léčba spočívá v dlouhodobé hospitalizaci na nemocničním lůžku. Nejkratší smysluplná doba je 4–6 týdnů. Tak dlouho trvá odstranění alkoholu z těla. Celková doba ústavní péče je individuální, ale většinou je to v rozmezí 3–4 měsíců. Následovat by mělo doléčování s dispenzarizací po dobu nejméně tří let.

Při navrhování délky ústavní léčby se berou v úvahu následující činitele:

- stav při přijetí (čím horší, tím delší léčba),
- životní situace (čím horší, tím delší léčba),
- délka předchozí abstinence a trvání recidivy,
- duševní i tělesná kondice
- schopnost využívat možností ambulantního léčení.

(Nešpor, 2006)

Součástí ústavní léčby je komplexní léčebný program, jehož základem je detoxifikace s následnou psychoterapií včetně resocializačních technik.

Samotný léčebný program je založen na určitém režimu, který má časově uspořádaný den s jasnými pravidly, která se musí dodržovat. Spolu s tímto se užívá i bodovací systém. Doplněním programu o tento systém získáváme u pacienta informace o tom, co se mu daří, ale i nedaří.

7.1.1 Detoxifikace

Jedná se většinou o prvotní odejmutí alkoholu pacientovi, což vede k odstranění drogy z těla. Je to velice důležitý první krok k léčbě alkoholismu.

Podle adiktologů je alkoholická detoxikace ve většině případů těžší než detoxikace v případě drogové závislosti. Za nejhorší považují druhý den odvykání; pátý den odeznívají nejhorší příznaky. Nejčastěji se setkáváme s nevolností, pocením, úzkostí, zvracením či křečemi. Velice často je toto období provázeno také některou z alkoholových psychóz – obvykle je to delirium tremens, které může pacienta i ohrozit na životě.

Během detoxifikace pacient nesmí přijímat návštěvy a ani telefonovat, je pod neustálým dohledem, kdy lékař může podávat i léky kompenzující alkohol.

[Týden.cz, 2013, online]

7.1.2 Averzivní terapie

Je to terapie na principu negativního podmiňování, kdy je nežádoucí projev spojen s nepříjemným zážitkem. Jejím cílem je redukce, či ještě lépe eliminace nutkání k napití se alkoholu. Averse se vytváří ve spojení pozitivního alkoholu s nepříjemným prožitkem, jako je nevolnost či zvracení. K vyvolání těchto nepříjemných pocitů se používají medikamentózní prostředky, elektrické stimuly, hypnotické instrukce či autosugesce (Heller, Pecinovská, 2011).

7.1.3 Senzibilizující terapie

Tato metoda se snaží o změnu v reaktivitě organismu na alkohol. Nejrozšířenější prostředek pro vyvolání této změny je disulfiram (Antabus). Do léčby byl zaveden dánskými vědci v roce 1948. Je-li tento lék přítomen v těle v dostatečném množství, dojde po požití alkoholu k typické reakci. Člověk zčervená, zarudnou mu spojivky, objevuje se bušení srdce, bolest hlavy, nevolnost, někdy zvracení, změny krevního tlaku, případně i mdloba. Pomáhá těm, kdo chtějí s pitím přestat a chrání je před bezmyšlenkovitým bezděčným napitím se. Léčba Antabusem předpokládá souhlas pacienta a předchozí lékařské vyšetření. Během léčby tímto lékem se vytvoří zdravější návyky a lepší způsoby, jak překonávat obtížné situace. Pak přestává být nutný. Správná léčba Antabusem by měla být vedena pod dohledem lékaře, kdy pacient si pro léky dochází (Heller, Pecinovská, 1996)

7.1.4 Psychoterapie

Psychoterapie je léčebné působení psychologickými prostředky, jejichž využívání je záměrné a plánovité. Působí na nemoc, poruchu nebo anomálii a upravuje narušenou činnost organismu. Má vliv na psychiku člověka a jejím prostřednictvím na celý jeho organismus. Měla by odstranit nebo zmírnit potíže a podle možností odstranit i jejich příčiny. Psychoterapii by vždy měla provádět kvalifikovaná osoba.

Při léčbě alkoholismu probíhá psychoterapie buď individuálně (jeden terapeut, jeden pacient) nebo častěji ve skupině. Cílem je překonat duševní i životní problémy a napomáhat sebepoznání i pochopení druhých. V dobře pracující skupině nachází člověk porozumění, oporu i pomoc.

Nemocný se závislostí by měl být v terapii povzbuzován, aby se na jedné straně naučil odevzdávat život, jiným lidem a své současné životní situaci a na druhé straně aby se vzdal sebemučivých únikových tendencí.

(Nešpor, 2006)

7.1.4.1 Racionální psychoterapie

Je součástí první části léčby při konstrukci náhledu, předpokladem je důkladný rozbor anamnézy. Je zaměřena hlavně na porozumění, logický úsudek a pochopení souvislostí. Jejím základem je rozhovor, při němž se psychoterapeut snaží o výklad k danému onemocnění, pochopením jeho podstaty a zároveň se snaží poradit řešení daných problémů. Při léčbě alkoholismu může tato terapie pomoci tím, že se pacientovi vysvětlí důsledky nadměrného pití po stránce tělesné i duševní, a to ho odradí od této činnosti (Kratochvíl, 2000).

7.1.4.2 Sugestivní psychoterapie

Zde se využívá hypnózy a autogenního tréninku, které vedou k uvolnění organismu a mysli. Je to opak racionální psychoterapie, snaží se obejít racionální složku psychiky. Terapeutova autorita a přesvědčivě podávané tvrzení zaměřené k dosažení žádoucích postojů a chování pomáhá k abstinenci. Pacient musí být k této terapii sugestibilní, má tvrzení přijímat a řídit se jimi. Někdy se jedná i o placebo efekt: pacient se domnívá, že je účinně léčen a že se má jeho zdravotní stav zlepšit a toto očekávání vyústí v pocit zlepšení.

Někdy se k tomuto druhu psychoterapie využívá již zmíněná hypnóza. Jde o psychologicky navozený stav změny vědomí, kdy je pacient zvýšeně sugestibilní. Nejlépe se tato technika provádí za šera, musí být tiché a klidné prostředí. Pacient fixuje pohled na určitou věc, například hrot tužky. Terapeut, jehož pohled se zpravidla zaměřuje na kořen nosu nebo na zorničku jednoho oka, mluví tichým monotónním hlasem a sugescemi navodí pocit ospalosti a únavy.

(Kratochvíl, 2000)

7.1.4.3 Abreaktivní psychoterapie

Umožňuje terapeuticky navozené znovuprožití zážitků s odpovídajícím citovým doprovodem, které často vedly ke konzumaci alkoholu. Tímto vyplavením pocitů se pacient znovu navodí do situace, ve které požíval alkohol, a následně se hledají nové vzorce řešení (Heller, Pecinovská, 2011).

7.1.4.4 Interpersonální psychoterapie

Zde se využívá skupinové interakce, vztahů. Předmětem je poznávací, emoční i nácviková práce s mezilidskými vztahy. Pacienta vede k objevení a pochopení souvislostí mezi jeho symptomy a interpersonálními vztahy. To poté vyústí v poznání, jak dotyčný svým jednáním působí na své okolí a jaké reakce tím vyvolává (Kratochvíl, 2000).

7.1.4.5 Kognitivně – behaviorální postupy

Tyto postupy slouží k osvojení si nových vzorců komunikace a chování.

Léčebný klub - v jeho rámci se setkávají lidé, které spojuje snaha překonat problémy s alkoholem. Bývá zde obvykle přítomen odborník na léčbu závislostí. Účastí na klubu se člověk utvrzuje ve zdravém způsobu života a zároveň pomáhá druhým. Spolupráce a přítomnost členů rodiny je vítána.

Volné tribuny - jde o setkání celé komunity, která je tvořena pacienty i celým terapeutickým týmem. Tento program zahrnuje všechny problémy a události v průběhu obvykle jednoho týdne a tyto problémy se snaží společně řešit (Heller, Pecinovská, 2011).

Psaní deníků - je to každodenní komunikace mezi pacientem a terapeutem. Pracuje se s písemným, poměrně rozsáhlým životopisem, který je využíván k individuální i skupinové terapii (Heller, Pecinovská, 2011). Slouží hlavně k tomu, aby se člověk sám nad sebou zamyslel, uvědomil si své problémy a napsal všechny své myšlenky na papír.

7.1.4.6 Pohybové a sportovní aktivity

Jako součást psychoterapie se vyskytují nejčastěji ve formě rozcviček, jógy, turistiky a dalších tělesných aktivit (Heller, Pecinovská, 2011). Pomáhají zvládnout stres, zátěž a únavu. Pacient si tak může vytvořit zdravější způsob života, překonávat nepříjemné duševní stavy a možná i najít nové přátele.

7.1.4.7 Pracovní terapie

Smysluplná a dobře provedená práce má velice dobrý psychický dopad pro pacienta (Heller, Pecinovská, 2011).

7.1.4.8 Manželská a rodinná terapie

Terapeutická sezení s partnerem nebo s celou rodinou jsou pro léčbu nenahraditelnou součástí. Jsou důležitá hlavně v doléčovacím programu, kde se navazují ztracené komunikační kanály a narušené vztahy. Změny v rodinných vztazích probíhají hlavně v prvním a druhém roce po změně životního stylu ve prospěch abstinence, a právě v této době je rodinná terapie velice prospěšná. Zabývá se hlavně rodinnými problémy, které způsobilo nadměrné pití alkoholu, a snaží se o dosažení harmonického vztahu mezi členy rodiny.

Zvláštním typem manželské terapie je terapie unilaterální. Tento typ terapie znamená pracovat například s manželkou, jejíž závislý manžel léčbu odmítá. Cílem je pomoci manželce lépe zvládat stres a nepřímo pracovat i se závislým mužem (Nešpor, 2000). Výsledkem unilaterální terapie bývá vstup závislého do léčby nebo rozchod.

7.2 Ambulantní léčba

Tato forma léčby není vždy účinná a je určena hlavně pro pacienty se silnou motivací přestat pít. Její hlavní, a proto vyhledávanou výhodou je stálý pobyt doma s možností chodit do zaměstnání. Pro snížení bažení po alkoholu se v dnešní době využívají farmakologické přípravky, například ReVia nebo Campral. Jsou to ale velmi drahé léky (doplatek je až 3000 Kč) a již toto velmi zužuje spektrum závislých, kteří by tuto formu léčby mohli využít. Dalším negativním faktorem je to, že pokrytí ambulance pro léčbu alkoholismu a jiných toxikomanií je velmi malé a řada pacientů se do léčby vůbec nedostane.

Ambulantní léčba by měla obsahovat individuální i skupinovou psychoterapii a práci s rodinnými příslušníky. Součástí je i kontrola dodržování abstinence pomocí alkohol testu, a to zvláště při léčbě Antabusem. Je zde ale velice důležité vstupní psychiatrické vyšetření s vytyčením té nejlepší terapie. Velice často končí léčením ústavním.

7.3 Doléčovací programy

Mají formu ústavní i ambulantní a jsou nedílnou součástí úspěšné léčby. Mají za úkol stabilizovat změny v životním stylu za podmínek skutečné interakce pacienta se svým běžným prostředím a okolím.

Ke klientům přistupují terapeuti individuálně, v jejich zájmu a v souladu s jejich potřebami. Na klienty působí aktivně, vedou je k převzetí zodpovědnosti za sebe a své jednání, podporují je v nápravě jejich rodinných vazeb a napomáhají v jejich pracovním či studijním uplatnění. Tyto programy pomáhají řešit s pacientem skutečné problémy psychického typu, protože teprve asi po roční abstinenci se objeví pravé (primární) důvody, které vedly k nadužívání alkoholu. Ty se projeví až po odeznění problémů, které vznikly jako důsledek alkoholismu (problémy sekundární). Doléčovací programy by měly trvat nejméně tři roky. Tak dlouho se u pacienta mění struktura osobnosti, jeho životní styl, ke kterému si musí najít postoj i jeho okolí. Pokud se pacient rozhodne ukončit léčbu dříve, zvyšuje se riziko recidivy abúzu i trvale recidivujícího stavu choroby (Heller, Pecinovská, 1996).

7.4 Denní stacionář

V tomto případě pacient dochází na léčbu podobně jako do práce. Půjde například v 7:30 a odchází v 15:30. Většinou bývá v pracovní neschopnosti. Občas se týden denního stacionáře nabízí pacientům v závěru léčby, aby měli usnadněný přechod k normálnímu životu.

Denní stacionáře mohou fungovat samostatně nebo při ambulantních zařízeních. Výhodou je trvalý kontakt s rodinou, omezení jsou podobná jako u ambulantní léčby.

Stacionář nestačí u těžších zdravotních nebo psychiatrických komplikací, nebo u hromadících se problémů s pitím i při upřímné snaze přestat pít.

(Nešpor,2006)

8 Mezinárodní organizace a svépomocné organizace u nás

8.1 Sdružení AA

Sdružení Anonymních Alkoholiků (dále jen AA) je celosvětové hnutí, které sdružuje více než 1,6 milionu lidí (Heller, Pecinovská,2000).

8.1.1 Počátky vzniku organizace AA

Tato organizace vznikla v roce 1935 ve městě Akron (stát Ohio). Váže se k němu zajímavý příběh. Švýcarský psychoterapeut C. G. Jung byl přesvědčen, že jednou z příčin závislosti je nenaplnění duchovních potřeb. Proto doporučil svému pacientovi závislému na alkoholu účast v tzv. Oxfordských kroužcích, ve kterých vedli účastníci duchovně orientované diskuze. Toto doporučení mělo pozitivní výsledek. Jung to zavolaal svému příteli Billu Wilsonovi, burzovnímu makléři, který byl sám považován za nevléčitelného alkoholika. Těsně předtím, než mu C. G. Jung zavolaal, prožíval Bill toto:

„Ke konci toho černého listopadu jsem seděl a pil v kuchyni. S jistým uspokojením jsem si uvědomil, že po domě je poschováváno dostatek ginu na celou noc a následující den. Manželka byla v práci. Uvažoval jsem o tom, jestli se odvážit umístit plnou láhev ginu blízko hlavy naší postele. Před rozbřeskem ji budu potřebovat“

Rozhodl se spolupracovat s jinými alkoholiky a ověřoval si teorii, že alkoholikovi může pomoci jenom alkoholik. Střízlivosti ale dosáhl pouze u sebe. Poté odjel do Akronu na služební cestu, která nebyla úspěšná, a jeho opět přemohla chuť na alkohol. Uvědomil si, že pokud chce zůstat střízlivý, musí se svěřit jinému alkoholikovi. Tím byl akronský lékař Bob Smith. Když se mu Will svěřil, začal svou chorobu řešit s vytrvalostí, které do té doby nebyl schopen. V Akronu založili společně sdružení AA, které se postupem času rozšířilo do celého světa. Will se od té doby alkoholu již nikdy nenapil, a to až do své smrti v roce 1950.

(Nešpor, 2000)

8.1.2 Vznik AA v ČR

V České republice je sdružení AA o mnoho let mladší. Oficiálně začala tato organizace v naší zemi fungovat od roku 1990, ale určité náznaky zde byly již v předrevolučním období. V roce 1988 se podařilo Čechoameričanu Vladimíru S. přeložit do češtiny knihu Anonymní alkoholici a přivést ji při své návštěvě svých rodičů do tehdejšího Československa.

Od té doby zde máme asi 60 skupin AA ve 41 městech ČR, kde se alkoholici pravidelně jednou týdně setkávají a navzájem si pomáhají [Wikipedie, 5. 12. 2016, on-line]. Tato setkání probíhají bez účasti profesionálů, vede je vždy jeden z déle abstinujících alkoholiků. Mohou být buď uzavřená, pouze pro alkoholiky, nebo i otevřená, kam mohou přijít i ti, kteří se o problematiku zajímají.

8.1.3 Průběh setkání AA

Setkání trvá v průměru asi jednu hodinu a bývá zahájeno vzájemným představením účastníků, které má tradiční podobu:

Člen : „Já jsem Jan a jsem alkoholik“

Skupina : „Ahoj Jene“

Jan dále může (není podmínkou) pokračovat ve vyprávění o sobě. Skupina naslouchá, může sdělit své zkušenosti se situací, ale neradí, nepřikazuje, nemoralizuje.

Setkání bývá ukončeno modlitbou, kterou si AA vypůjčili od Marka Aurelia: „*Pane, dej mi sílu, abych přijal to, co změnit nemohu, abych změnil to, co změnit mohu, a moudrost, abych uměl odlišit jedno od druhého*“ (Nešpor,1996)

8.1.4 Dvanáct kroků AA

Dvanáct kroků AA je řada zásad duchovní povahy, kterými se anonymní alkoholici řídí. V případě, že se uskutečňují jako způsob života, mohou potlačit posedlost pitím a umožnit trpícímu stát se znovu šťastným a užitečným plnohodnotným člověkem.

1. Přiznali jsme svoji bezmocnost nad alkoholem – naše životy se staly neovladatelné.
2. Dospěli jsme k víře, že síla větší než naše, může obnovit naše duševní zdraví.
3. Rozhodli jsme se předat svoji vůli a svůj život do péče Boha, tak jak ho my sami chápeme.
4. Provedli jsme důkladnou a nebojácnou morální inventuru sebe samých.
5. Přiznali jsme Bohu, sami sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých chyb.
6. Byli jsme zcela připraveni k tomu, aby Bůh odstranil všechny tyto naše charakterové vady.
7. Pokorně jsme Ho požádali, aby naše nedostatky odstranil.
8. Sepsali jsme listinu všech lidí, kterým jsme ublížili a dospěli jsme k ochotě jim to nahradit.
9. Provedli jsme tyto nápravy ve všech případech, kdy situace dovolila, s výjimkou, kdy toto počínání by jim nebo jiným uškodilo.
10. Pokračovali jsme v provádění osobní inventury, a když jsme chybovali, pohotově jsme se přiznali.
11. Pomocí modlitby a meditace jsme zdokonalovali svůj vědomý styk s Bohem, jak jsme Ho chápali my, a modlili se pouze za to, aby se nám dostalo poznání Jeho vůle a síly ji uskutečnit.
12. Výsledkem těchto Kroků bylo, že jsme se duchovně probudili a v důsledku toho jsme projevíli snahu předávat toto poselství ostatním alkoholikům a uplatňovat tyto principy ve všech našich záležitostech.

(Heller, Pecinovská,2000)

8.1.5 Dvanáct tradic AA

Dvanáct tradic AA se týká života samotného společenství AA. Jde o prostředky, jejichž pomocí AA udržují jednotu společenství, vycházejí se světem okolo, žijí a rozvíjejí se.

1. Naše společné blaho by mělo být na prvním místě, osobní uzdravení závisí na jednotě AA.
2. Pro účely naší skupiny je jedinou autoritou milující Bůh, tak jak se projevuje sám v našem skupinovém svědomí. Naši vedoucí představitelé jsou pouze spolehliví služebníci, kteří nám nevládnou.
3. Jediným požadavkem pro členství v AA je touha přestat pít.
4. Každá skupina by měla být autonomní s výjimkou případů, které ovlivňují ostatní skupiny nebo AA jako celek.
5. Každá skupina má pouze jediný hlavní účel – předávat naše poselství alkoholikovi, který stále trpí.
6. Skupina AA by nikdy neměla podporovat ani financovat jakékoliv příbuzné zařízení nebo podnik stojící mimo AA, ani mu propůjčovat jméno AA, aby nás problémy peněz, majetku a prestiže neodváděly od našeho hlavního účelu.
7. Každá skupina AA by měla být plně soběstačná a odmítat příspěvky z vnějšku.
8. Anonymní alkoholici by měli vždy zůstat neprofesionální, avšak naše služební střediska mohou zaměstnávat potřebné pracovníky.
9. AA jako takové by nikdy nemělo být organizováno, ale můžeme vytvářet služební rady nebo komise přímo zodpovědné těm, kterým slouží.
10. Anonymní alkoholici nemají názory na vnější otázky, proto by jméno AA nemělo být nikdy zataženo do veřejných sporů.
11. Naše vztahy s veřejností jsou založeny spíše na přitažlivosti Programu než na jeho propagaci; my vždy potřebujeme zachovávat osobní anonymitu na úrovni tisku, rozhlasu a filmu.
12. Anonymita je duchovním základem všech našich tradic, navždy nám připomínající abychom dávali přednost principům před osobnostmi.

(Heller, Pecinovská, 2000)

8.2 Organizace dobrých templářů

V této organizaci nejde o to, jak se vyrovnat se svou abstinencí, ale o to, jak své abstinence využít k prospěchu společnosti. Mezinárodní organizace dobrých templářů (IOGT) má asi 6 miliónů členů a je největší nevládní organizací, která pracuje pro ozdravení a humanizaci společnosti. Je to společenství lidí, kteří touží po harmonickém životě bez alkoholu a drog, a přispívají tak ke zlepšení života všech lidí. Za první krok ke spokojenosti považují střízlivost. To se snaží ukázat hlavně dětem a mladistvým, kterým se velice věnují, pořádají různé akce pro děti s ukázkou této tematiky, včetně pořádání letních táborů. Dále se také angažují v mírovém hnutí a pomáhají lidem v rozvojových zemích.

U nás byla tato organizace založena v roce 1993 a jejími členy jsou hlavně abstinující závislí, jejich blízcí, odborníci na léčbu závislosti, pedagogové, ale i občané, kteří se rozhodli žít zdravě a chtějí přispět k ozdravení společnosti.

(Heller, Pecinovská, 2011)

8.3 KLUS

KLUS znamená Klub Lidí Usilujících o Střízlivost. Byl založen v 50. letech doc. MUDr. Skálou a sdružuje lidi závislé na alkoholu, drogách a hracích automatech, kteří si vzájemně pomáhají doživotně abstinovat.

8.4 Pavučina

Pavučina je svépomocná organizace zaměřená na ženy závislé na alkoholu nebo jiných drogách. V současné době tvoří tyto ženy síť rozloženou po celé republice. Její členkou se může stát každá žena, která minimálně 12 měsíců abstinuje a je ochotna zveřejnit svou adresu či telefonní číslo v adresáři Pavučiny. Každá členka má tento adresář k dispozici. Adresáře využívají i AT poradny a pražská linka důvěry. Adresář je každoročně aktualizován a na členky

se mohou obrátit ženy, které jsou čerstvě po léčbě či u nich došlo k recidivě a potřebují pomoc (Heller, Pecinová, 2011).

9 Techniky vhodné pro dodržení abstinence

9.1 Abstinentská krabice

V tomto případě si abstinující alkoholik rozstříhá soubor asi 50 situací na jednotlivé situace, poté si jednu náhodně vybere a popisuje sobě, terapeutovi či ve skupině, jak je tato situace prožívaná během abstinence. Hlavním smyslem je si připomenout, že uzdravení vyžaduje přizpůsobení řady stránek života.

Příklad možných situací: Abstinent se vrací z práce domů

Abstinentské hospodaření s penězi

Abstinent a kultura

Abstinent a nedůvěra ze strany okolí

Abstinentský večer

a mnoho dalších

(Nešpor, 2000)

9.2 Abstinentská bankovka

Čistý papír se vystříhne do formátu bankovky, na kterou si dotyčný z jedné strany napíše (i dokreslí) hlavní důvody, proč abstinovat, z druhé strany si napíše nevýhody návykového chování. Tuto bankovku si vloží do peněženky mezi bankovky ostatní. Takto se může motivovat při nákupech (Nešpor, 2000).

9.3 Havarijní plán

Havarijní plán by měl mít připravený každý abstinující alkoholik. Neznamená to předpoklad recidivy, ale připravenost na tuto možnost. Jeho zpracování dotyčného i motivuje, aby recidivě předcházel.

Sestaven by měl být asi takto:

1. Kdo může recidivu zastavit?
2. Jak by měli tito lidé v případě recidivy jednat, aby to bylo co nejprospěšnější?
3. Jak by měli postupovat, kdybych nedodržel dohodnutý postup?

Příklad havarijního plánu:

Kdybych recidivovala, pojedu okamžitě ke své sestře, kde zůstanu, a odevzdám jí veškerou hotovost. Požádám ji, aby se mnou zajela do léčebny v , telefonní číslo....., tam přijmu veškerá jejich doporučení, která mi dají. Kdybych to nedodržela, sestra mě přestane podporovat.

Datum a podpis:

Na vědomí: sestra

(Nešpor, 2000)

9.4 Nácviik odmítnutí

Abstinující alkoholik si tím nacvičí, jakým způsobem lze odmítnout rizikovou situaci s možností recidivy. Nacvičuje se hlavně ve skupině, kde terapeut může převzít roli nabízejícího. Snaží se, aby neztěžoval odmítání nad únosnou mez.

Odmítnout se učí několika způsoby:

1. Vyhnutí se – myslí se tím například nejtít na rizikový večírek.
2. Ignorování – dotyčný se chová, jako by nabídku k pití alkoholu vůbec neslyšel
3. Gesto – odmítavě zavrtět hlavou či rukou
4. Důrazné „ne“ – to může dotyčný říci doslova či to může zjemnit slovem „nechci“
5. S vysvětlením – odmítnutí může doplnit například větou: „Ne, mám k tomu zdravotní důvody“

6. Nabídnout lepší možnost – dotyčný může například nabídnout, že místo do klubu půjdou společně do kina
7. Převedení řeči jinam – člověk odejde od tématu k něčemu jinému
8. S odložením – toto odmítnutí není moc vhodné, dotyčný nechává dotazujícího v mylném přesvědčení, že jindy to půjde
9. Porouchaná gramofonová deska – stálé opakování slova: „nechci“, a to v případě, že se dotazující nechce nechat odmítnout
10. Protiútokem – tato metoda je vhodná, pokud dotazující vyvolává v alkoholikovi pocity viny. Může mu například odpovědět: „To, co navrhuješ, je nesmysl“
11. Jednou provždy – tuto metodu používá abstinující alkoholik u lidí, se kterými přichází pravidelně do styku: „S pitím jsem skončil.“
12. Jako pomoc – v případě, že by i dotyčný mohl mít problém: „Nechci, a ty si dej pozor, ať nemáš malér.“

(Nešpor, 2000)

9.5 Zlepšení sebeovládání

Za neschopnost pít alkohol s mírou může právě zhoršené sebeovládání, které také u závislých způsobuje většinu problémů. V případě abstinujícího alkoholika platí totéž. U něho totiž nenastane recidiva pouze při bažení po alkoholu, ale také při automatickém chování, kdy dotyčný nemusí ani bažení pociťovat. S takovou situací se může abstinující alkoholik setkat například v restauraci, kdy si automaticky objedná pivo a tím často nastartuje ničivou recidivu.

Způsoby, jak zlepšit sebeovládání, by měly být jednoduché, aby si je člověk vybavil i v situaci silného bažení. Tyto postupy by měl často a dlouhodobě opakovat, aby si je pevně vštípil do paměti (Nešpor, 2000).

9.5.1 Možnosti zlepšení sebeovládání

Práce s motivací – zde by si alkoholik měl uvědomit nepříjemné důsledky recidivy, jako jsou kocovina, mezilidské či pracovní problémy... Je ale také možné se při zvládnutí rizikové situace vhodným způsobem odměnit (tzv. pozitivní motivace).

Pomoc druhých – v případě potřeby se nebát poprosit někoho o pomoc, buď odborníka, nebo někoho blízkého, např. rodinného příslušníka.

Přiznání si problému – už toto je vlastně krok k jeho vyřešení. V tomto případě jde hlavně o bažení, kdy by si alkoholik měl uvědomit, že nejde o projev svobodné vůle, ale o projev závislosti, kterou je potřeba léčit.

Změna nebezpečných automatických vzorců myšlení a chování – důležité je hlavně zablokovat automatické jednání, které by vedlo k recidivě. Například při pocitu žízně se ihned vybaví pivo, proto by se abstinující alkoholik měl ihned napít něčeho nealkoholického, což je osvědčený způsob, jak zvládnout bažení po alkoholu a tím přerušit vzorec automatického jednání. Při alkoholismu je také důležité nepřemýšlet o neřešitelných problémech. Poté nastává sebelítost a od ní je již malý krůček k recidivě. Při sebelítosti velmi pomáhá uvědomit si, že se jedná o příznak JUCH (já ubohý chudáček), a zasmát se tomu. Důležitá je změna vzorců chování při případné recidivě. Pro alkoholika je v tomto případě nejdůležitější co nejrychleji recidivu zastavit, vyhledat pomoc a hlavně nepokračovat v konzumaci alkoholu. Nejlepší ale samozřejmě je recidivám předcházet.

Bezpečné prostředí – doma by abstinující alkoholik neměl mít nic, co by jeho sebeovládání zhoršovalo. Doporučuje se mít „suchý dům“, což znamená nemít doma žádný alkohol, drogy, ale ani větší množství peněz. Bezpečným prostředím se myslí i zaměstnání. Sebeovládání zhoršuje trojasměnný provoz, nadměrný stres, dostupnost alkoholu, ale i nekontrolovaný pohyb peněz či přepracovanost.

Relaxace – relaxační techniky všeobecně mírní úzkosti i stres a zlepšují sebeovládání. Pomáhají ale také u poruch spánku nebo stavů vyčerpání.

Sebeuvědomění – každý alkoholik by měl rozpoznat rizikové stavy (úzkost, strach, bažení...), které zhoršují sebeovládání i podněty ze zevního prostředí, které mu aktivují bažení. Při dobrém sebeuvědomění alkoholik rozpozná i myšlenky, které posílá sama závislost: „pro jednou se nic nestane“ nebo „když se mi tak dobře abstinuje, nejsem závislý“, a podle toho se zachovat a udělat pravý opak.

(Nešpor, 2000)

Léky – abstinující alkoholici užívají v případě pokračujících depresivních stavů antidepresiva, která také zlepšují sebeovládání. Musí být ale z řady nenávykových látek, protože hrozí vznik nové závislosti, například u benzodiazepinů. Ty jsou sice nenápadné, ale velmi nebezpečné. Některé léky mohou také mírnit bažení, a tak usnadňovat sebeovládání. Jsou ale velice drahé a pojišťovna je neproplácí.

(Nešpor, 2000)

9.6 Semafor

Jedná se o poměrně jednoduchou a užitečnou pomůcku, která byla převzata od amerických autorů. Kdykoliv se abstinující alkoholik dostane do rizikové situace, ve které by mohlo dojít k recidivě, představí si semafor a nechává na něm postupně shora dolů rozsvěcet červenou, žlutou a zelenou:

Červená – stop, zastavit, uvažovat.

Oranžová – jaké možnosti se nabízejí? Jaké mají krátkodobé i dlouhodobé následky? Jaká je pro mě nejlepší možnost?

Zelená – vybranou možnost uskutečnit a vyhodnotit výsledek.

(Nešpor, 2000)

9.7 Síť sociálních vztahů

Všeobecně lze vztahy rozdělit do následujících skupin:

- 1. Intimní oblast** – většinou příbuzní, silné citové vazby
- 2. Okruh přátel** – lidi spojené společnými zážitky, prací, koníčky...
- 3. Okruh známých** – spíše povrchní společenské vztahy

Principem této metody je to, že si dotyčný namaluje do středu papíru sebe a kolem sebe další lidi ze svého okolí. Čím jsou tito lidé blíže ke středu, tím jde o intimnější vztah. Poté se uvažuje o tom, jak síť rozšířit, ale i o tom, kteří lidé jsou riziková a se kterými je potřeba tyto vazby přerušit (Nešpor, 2000).

9.8 Pomůcky a symboly

Při psychoterapii závislostí se dají pomůcky a symboly účinně využívat. Slouží dobře i k názorným příkladům a pacienti díky nim zvýší svou pozornost. Těchto pomůcek a symbolů je veliké množství, zde je několik příkladů:

Gumový had – lze ho použít jako názornou ukázkou bažení. Závislost stejně jako studenokrevný had někam na nějaký čas zaleze a nechává člověka na pokoji. Je ale třeba si uchovat obezřetnost a stejně jako hada závislost zbytečně neprovokovat.

Velbloud – anonymní alkoholici a sesterské organizace ho používají jako symbol abstinence (vydrží se 24 hodin nenapít). Mezi členy AA jsou běžné přívěsky a náramky či jiné dekorace.

Ametyst – tradiční symbol abstinence.

Klaun – postavička klauna se nechá kolovat a v rámci posilování motivace si abstinující alkoholik představí, kolikrát se choval v opilosti jako šašek.

Maska, která se napůl směje a napůl pláče – slouží také k posilování motivace: alkoholik vzpomíná, kdy mu alkohol ukázal svou negativní tvář.

(Nešpor, 2000)

10 Práce v ČR zabývající se podobnou problematikou

Tématem alkoholu a problémů s ním spojených se zabývala řada bakalářských prací. Já bych zde nastínila pouze několik z nich.

Podobnou problematiku zpracovávala ve své bakalářské práci paní Martina Kasíková, která studovala na lékařské fakultě v Hradci Králové a absolvovala ji v roce 2011. Ve své práci s názvem „Kvalita života lidí závislých na alkoholu po léčbě“, použila ke kvantitativnímu výzkumu dva standardizované dotazníky – WHOQOL- BREF a AIQol 9. Tohoto výzkumu se účastnilo 80 abstinujících mužů. Tato autorka zpracovala i výzkum kvalitativní pomocí polostrukturovaného rozhovoru se čtyřmi respondenty, opět muži.

Další práci zabývající se problematikou alkoholu vypracovala v roce 2009 Kristýna Křížová. Práci nazvala „Alkohol jako kriminogenní faktor“ a teoreticko-kazuistickou formou ukázala alkohol jako spouštěč agresivního chování.

Petra Kovářová vypracovala v roce 2012 taktéž práci s tématem alkohol a agrese. V její práci s názvem „Domácí násilí a alkohol jako spouštěcí faktor“ toto téma rozvíjí.

11 Statistické údaje z roku 2015

Statistické údaje jsou čerpány z Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR.

Zdrojem informací pro tento ústav bylo „Hlášení hospitalizace“. Statistickou jednotkou je jeden případ hospitalizace, za který se považuje každé ukončení hospitalizace na jednom oddělení, ať již hospitalizace skončila propuštěním, úmrtím pacienta či jeho přeložením na jiné oddělení zdravotnického zařízení.

V souboru jsou započítáni všichni hospitalizovaní pacienti ošetření na území ČR (vč. cizinců a bezdomovců), jejichž hospitalizace byla ukončena ve sledovaném roce, bez ohledu na to, ve kterém roce začala.

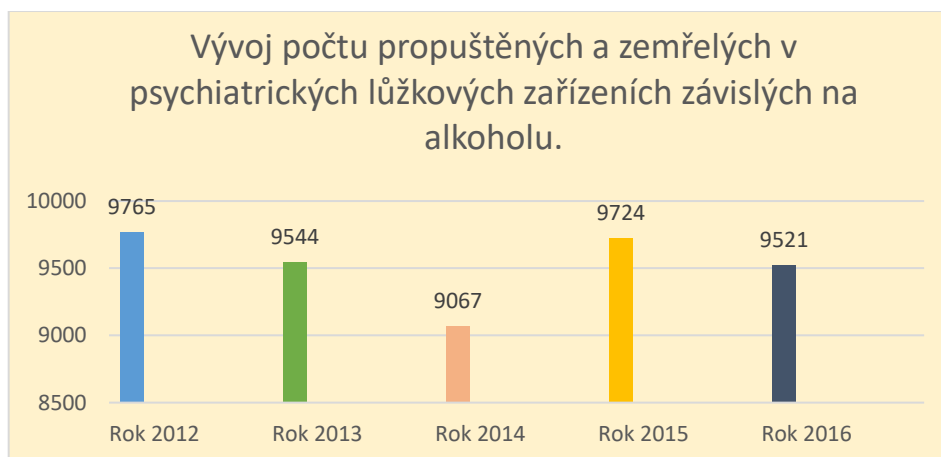
Oproti roku 2013 došlo k nárůstu počtu pacientů s poruchami způsobenými užíváním návykových látek (o 2 % u alkoholu).

Nejčtetnější diagnózou, pro kterou byli pacienti hospitalizováni v psychiatrických lůžkových zařízeních, byly duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu - 9521 hospitalizací s průměrnou ošetrovací dobou 48,1 dne. Z celkového počtu hospitalizovaných bylo 6562 mužů a 2959 žen.

Z počtu hospitalizovaných v psychiatrické léčebně bylo 4274 pacientů hospitalizováno poprvé, u 5000 pacientů se jednalo o opakovací léčbu. U 247 lidí nebyla tato informace zjištěna.

Vývoj počtu propuštěných a zemřelých v psychiatrických lůžkových zařízeních závislých na alkoholu.

Graf č.1



12 Empirická část

12.1 Kvalita života

V hovorech o životě jsme běžně zvyklé mluvit o kvantitě čili délce života. Ta se uvádí jednoduše, například počtem let. O pojmu kvalita života se dá ale dlouze diskutovat. Významově kvalita znamená „jakost, hodnota“ (Křivohlavý,2002).

WHO definuje kvalitu života „...jako jedincem vnímanou vlastní pozici v životě, v kontextu své kultury a hodnotového systému, ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Takto chápaná kvalita života je ovlivňovaná zdravím jedince, jeho psychickým stavem, osobními postoji, sociálními podmínkami a vztahy k životnímu prostředí.“ (Musilová, 2009).

Metod, kterými můžeme změřit kvalitu života je mnoho, Křivohlavý je například rozděluje do tří skupin:

1. Metody měření kvality života, kde tuto kvalitu hodnotí druhá osoba.
2. Metody měření kvality, kde hodnotitelem je sama daná osoba.
3. Metody smíšené, vzniklé kombinací metod předešlých.

(Křivohlavý,2002)

12.2 Metody výzkumu

Pro svou práci jsem zvolila výzkum kvantitativní pomocí dotazníku vlastní konstrukce a pomocí dotazníku WHOQOL-BREF. Pro lepší a propracovanější zpracování jsem zvolila i metodu kvalitativní, a to pomocí rozhovoru.

Kvalitativní i kvantitativní metody mají svou sílu a omezení, ale obě mají ve výzkumu důležitou úlohu. Navzájem se doplňují a obohacují, nekonkurují si. Obě tyto metody jsou rovnoprávné a lze je i vzájemně kombinovat (Kutnohorská, 2009).

12.2.1 Výzkum kvantitativní

Úkolem kvantitativního výzkumu je popsat zkoumanou skutečnost pomocí znaků, které lze vyjádřit čísly. Kvantitativní výzkum má sklon zdůrazňovat dedukci, pravidla logiky a měřitelné atributy lidské zkušenosti.

Největší nevýhodou k jeho vypracování je potřeba většího počtu respondentů. Ti se oslovují většinou pomocí dotazníku či standardizovaného rozhovoru. Pro lepší návratnost je vždy lepší osobní setkání: dát dotazovanému prostor k vyplnění, ale poté si dotazník odebrat k vyhodnocení. Pokud se dotazníky rozesílají poštou či elektronicky, je návratnost většinou nižší.

[Wikipedie, 14. 8. 2016, on-line]

12.2.2 Výzkum kvalitativní

Kvalitativní výzkum je nematematický analytický postup. Zaměřuje se na to, jak jednotlivci a skupiny nahlízejí, chápou a interpretují svět. Úkolem kvalitativního výzkumu je vytvoření holistického obrazu zkoumaného předmětu, interpretaci smyslu nebo funkce, kterou plní. Umožňuje poznání širšího kontextu jevů, které badatele zajímají, a jejich poznání v přirozených podmínkách.

Tento druh výzkumu může být prováděn pomocí pozorování účastníků a pomocí nestrukturovaného či polostrukturovaného rozhovoru. Výsledky jsou prezentovány slovně jako zápisy rozhovorů, které můžeme dále rozvíjet.

Výzkumník zde postupuje systematickým způsobem od definice problému, jeho zkoumání a následné aplikace daného výsledku do praxe.

(Kutnohorská, 2009).

13. Kvantitativní výzkum

13.1. Výběrový soubor

Pro svou práci jsem vybrala abstinující alkoholiky, kteří pravidelně navštěvují sdružení anonymních alkoholiků v Pardubicích a v Jihlavě. V rámci svého výzkumu jsem oslovila muže i ženy. Všichni absolvovali protialkoholní ústavní léčbu, a i když abstinují, pravidelně navštěvují doléčovací programy. Výběr souboru byl kromě výše zmíněného náhodný.

13.2 Metodika výzkumu

V dotazníku vlastní konstrukce jsem položila otázky, které mi přijdou zajímavé, pro dotazované jsou jednoduché, stručné a zároveň výstižné. Tento dotazník jsem rozdávala společně s dotazníkem WHOQOL- BREF.

Při mém výzkumu oba dotazníky respondenti vyplňovali sami, po jejich odevzdání jsem provedla pouze rychlou kontrolu, zda je vše vyplněno. Vyplnění dotazníků trvalo přibližně 20 minut.

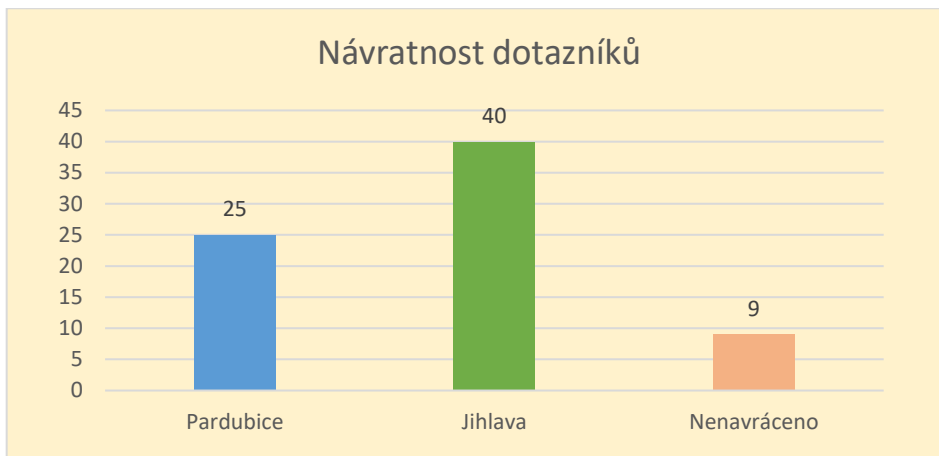
40 kusů dotazníků od obou druhů jsem osobně rozdala na sdružení AA v Jihlavě. Po vyplnění opět vybrala vždy tentýž den. Data jsem sbírala od října 2016 do prosince 2016. Všechny dotazníky mi byly vráceny.

25 dotazníků bylo rozdáno na sdružení AA v Pardubicích. Tito respondenti neměli časový prostor pro vyplnění a oba dotazníky si vzali domů. Celkem se mi vrátilo pouze 16 vyplněných dotazníků od každého z uvedeného počtu.

Celkem bylo rozdáno 65 dotazníků, navráceno bylo 56. Návratnost je tedy 86 %.

Návratnost dotazníků:

Graf č.2



13.3 Dotazník vlastní konstrukce

Pomocí dotazníku vlastní konstrukce se snažím zjistit:

1. Co pro dané respondenty bylo hlavním důvodem pro zahájení léčby?
2. Jakou kvalitu života mají abstinující alkoholici v oblasti zdravotní, ekonomické a sociální?
3. Co je pro abstinujícího alkoholika největší motivací v boji se závislostí?

13.3.1 Složení dotazníku vlastní konstrukce

Dotazník vlastní konstrukce se skládá ze 17 otázek:

1. Pohlaví
2. Věk
3. Nejvyšší dosažené vzdělání
4. Jak dlouho abstinujete?
5. Proč jste se rozhodl/a pro léčbu?

6. Kolikrát jste absolvoval/a léčení?
7. Stydíte se přiznat lidem, že jste abstinující alkoholik?
8. Pokud jste odpověděl/a ano, uveďte stručně důvod
9. Jak se k Vašemu problému staví Vaše rodina?
10. Máte kvůli předešlé závislosti na alkoholu nějaké zdravotní potíže?
11. Dostal/a jste se díky závislosti na alkoholu do finančních problémů?
12. Jaká je Vaše současná finanční situace?
13. Co je pro Vás největší motivací být střízlivý?
14. Jste pyšný/á na to, jakého cíle jste dosáhl/a?
15. Máte někoho, na koho se můžete v případě problémů obrátit?
16. Docházíte pravidelně do nějaké psychiatrické ambulance?
17. Prostor pro dodání nějaké doplňující informace.

13.4 Dotazník WHOQOL – BREF

Dotazník WHOQOL- BREF je zkrácená verze dotazníku WHOQOL-100. Dotazník slouží k sebeposouzení kvality života jedince. Tuto formu dotazníku jsem zvolila, protože je světově uznávaný a často bývá použit u skupin lidí s určitou diagnózou nebo postižením.

Pomocí dotazníku WHOQOL – BREF se snažím zjistit:

1. Jak vybraní abstinující pacienti celkově hodnotí kvalitu svého života při abstinenci?
2. Jak vybraní abstinující alkoholici hodnotí své zdraví při abstinenci?
3. Jak vybraní abstinující alkoholici hodnotí kvalitu života podle čtyř stanovených domén?
4. Zda může abstinující alkoholik žít stejně kvalitní život jako běžný občan?

13.4.1 Složení dotazníku WHOQOL-BREF

Na začátku dotazník WHOQOL- BREF obsahuje dvě samostatné položky hodnotící celkovou kvalitu života a zdravotní stav.

1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?

Tabulka č.1

velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	Velmi dobrá
1	2	3	4	5

2. Jak jste spokojen se svým zdravím?

Tabulka č.2

velmi nespokojen a /	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	Velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

Dále dotazník WHOQOL-BREF sestává z 24 položek sdružených do 4 domén:

Tabulka č. 3

Doména	Číslo otázky
1. Fyzické zdraví	3, 4, 10, 15, 16, 17 a 18
2. Prožívání	5, 6, 7, 11, 19 a 26
3. Sociální vztahy	20, 21 a 22
4. Prostředí	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 a 25

1. Otázky týkající se oblasti fyzického zdraví:

- 3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?
- 4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?
- 10. Máte dost energie pro každodenní život?
- 15. Jak se dokážete pohybovat?
- 16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?
- 17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?
- 18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?

2. Otázky týkající se oblasti prožívání

- 5. Jak moc Vás těší život?
- 6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?
- 7. Jak se dokážete soustředit?
- 11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?
- 19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?
- 26. Jak často prožíváte negativní pocity jako např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?

3. Otázky týkající se oblasti sociálních vztahů

- 20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?
- 21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?
- 22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?

4. Otázky týkající se oblasti prostředí

- 8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?
- 9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?
- 12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?

13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?
14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?

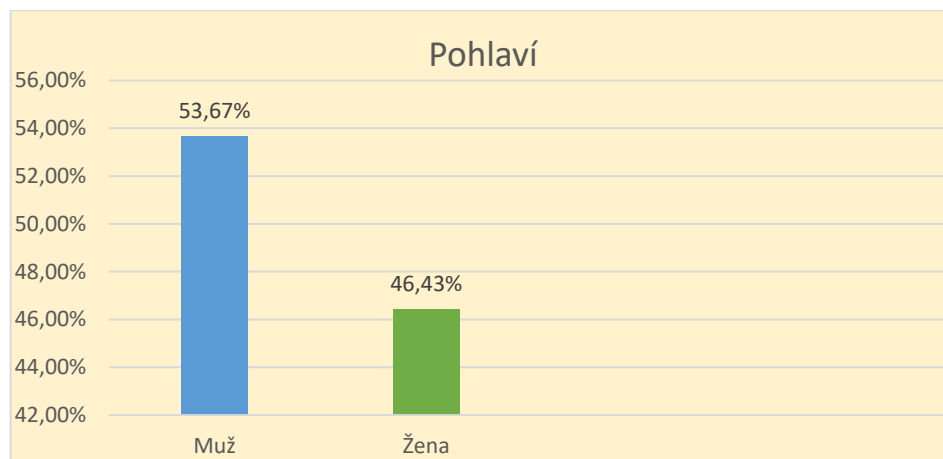
14 Výsledky kvantitativního výzkumu

14.1 Výzkum pomocí dotazníku vlastní konstrukce

Ke zpracování výzkumu jsem měla k dispozici 56 dotazníků od respondentů navštěvující sdružení AA.

1. otázka: Pohlaví

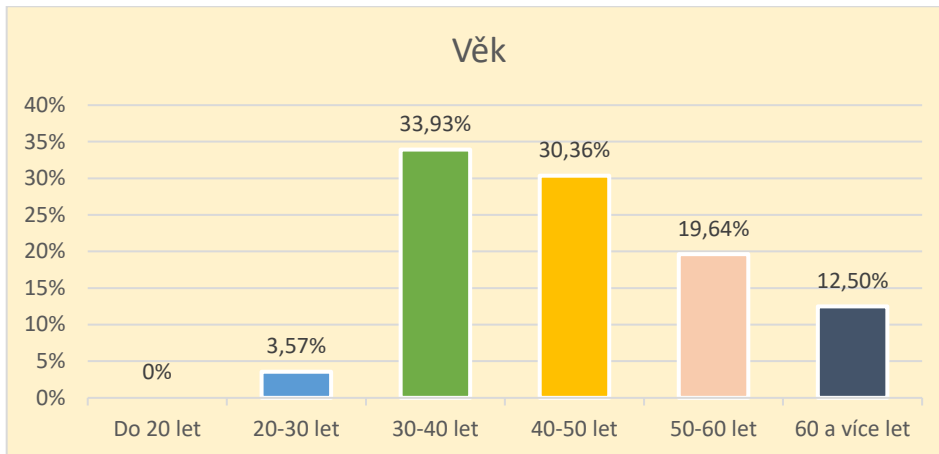
Graf č.3



Výzkumu se účastnilo dle tohoto grafu 30 mužů a 26 žen.

2. otázka: Věk

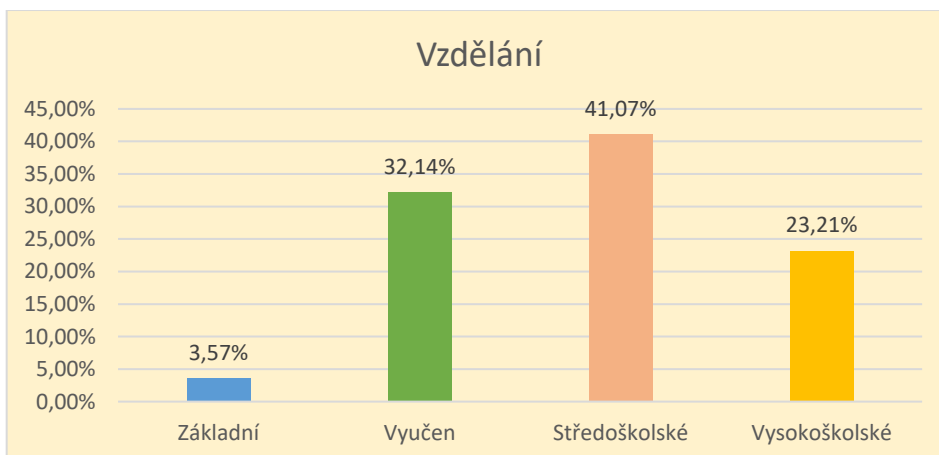
Graf č.4



Respondenti byli nejčastěji ve věku 30-40 let (19), dále ve věku 40-50 let (17), 50-60 let (11) a nad šedesát let bylo 7 respondentům.

3. otázka: Nejvyšší dosažené vzdělání

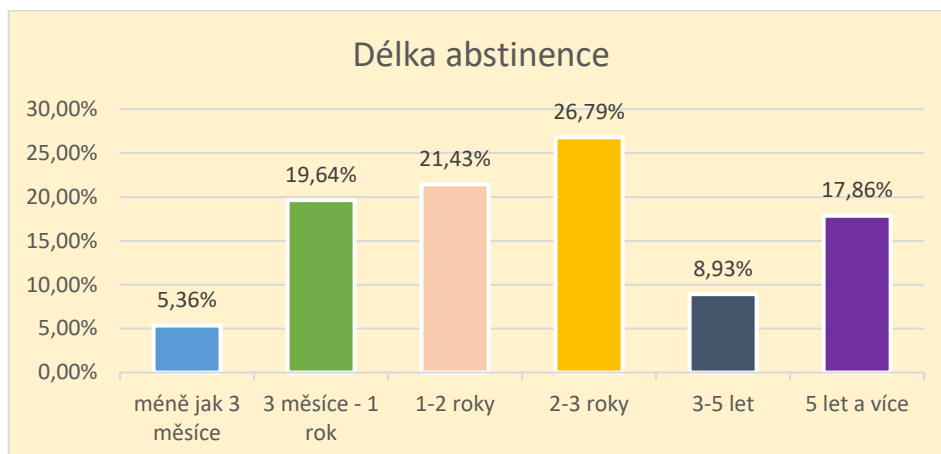
Graf č.5



Nejvíce respondentů (23) mělo středoškolské vzdělání, 18 respondentů bylo vyučeno, 13 respondentů mělo vzdělání vysokoškolské a pouze 2 respondenti měli vzdělání základní.

4. otázka: Jak dlouho abstinujete?

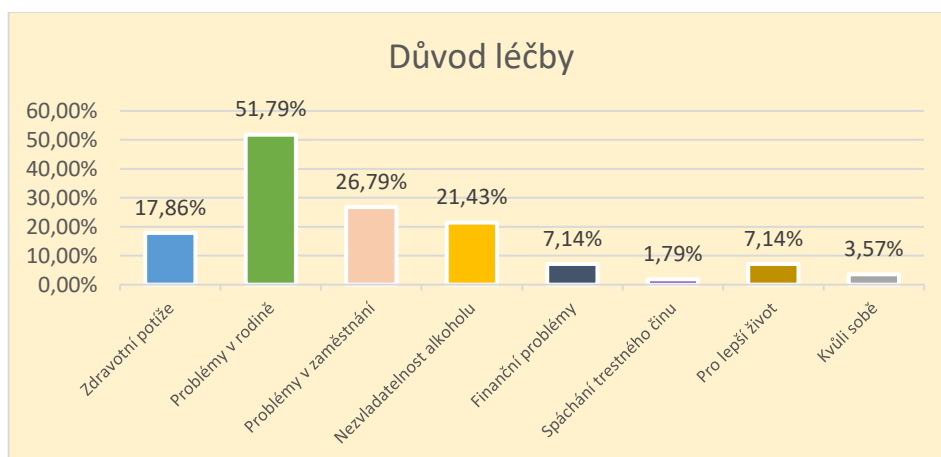
Graf č. 6



Mezi respondenty bylo zastoupeno nejvíce alkoholiků, kteří abstinují mezi 2-3 roky (15). V těsném kontaktu za nimi jsou abstinující 1-2 roky (12), abstinující mezi 3 měsíci a 1 rokem (11) a abstinující 5 let a více (10). Naopak nejmenší zastoupení mají respondenti, kteří abstinují 3-5 let (5) a méně než 3 měsíce od ukončení léčby (3).

5. otázka: Proč jste se rozhodl/a pro léčbu?

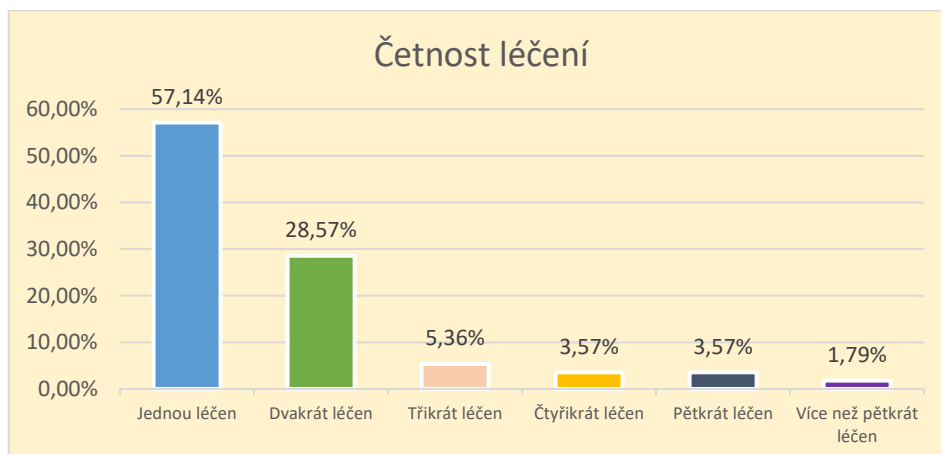
Graf č. 7



Mezi nejčastější důvody zahájení léčby patřily u respondentů problémy v rodině (29), dále problémy v zaměstnání (15), nezvladatelnost alkoholu (12) a zdravotní problémy (10). Pro léčbu z důvodu finančních problémů se rozhodli 4 respondenti a stejný počet respondentů nastoupilo léčbu pro zlepšení života. 2 respondenti uvedli, že se šli léčit kvůli sobě a 1 respondent nastoupil léčbu po spáchání trestného činu. Někteří respondenti uvedli možností více.

6. otázka: Kolikrát jste absolvoval/a léčení?

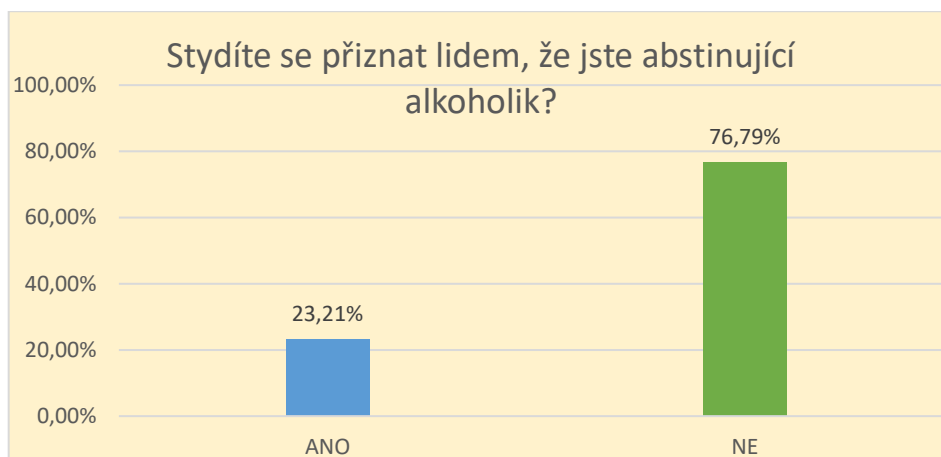
Graf č. 8



Většina abstinujících alkoholiků (32) podstoupila léčení jednou a 16 respondentů uvedlo, že léčení podstoupilo dvakrát. Ve výrazné menšině byli ti, kteří podstoupili léčbu třikrát (3 alkoholici), čtyřikrát (2 alkoholici) a stejný počet alkoholiků nastoupil léčbu pětkrát. 1 respondent uvedl, že nastoupil léčbu více než pětkrát.

7. otázka: Stydíte se přiznat lidem, že jste abstinující alkoholik?

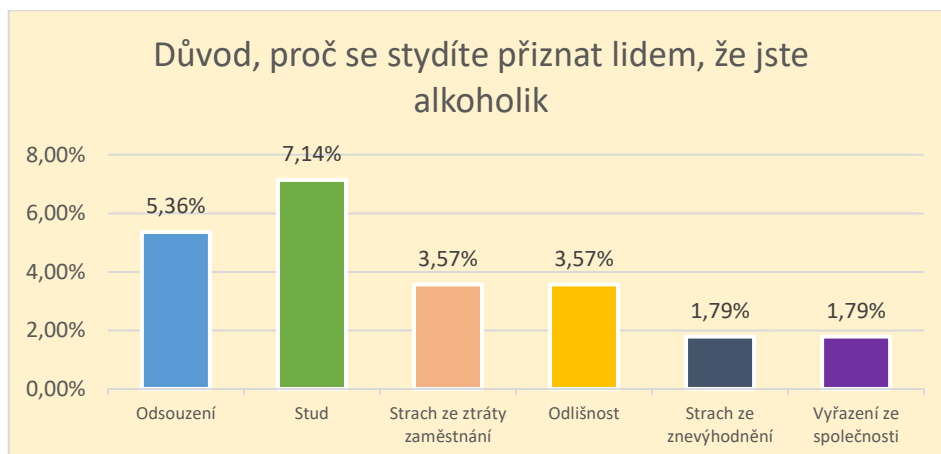
Graf č. 9



V této otázce uvedlo 43 respondentů, že se nestydí přiznat lidem, že je abstinující alkoholik. 13 respondentů na tuto otázku odpovědělo opačně - stydí se.

8. otázka: Pokud se stydíte, uveďte prosím stručně důvod

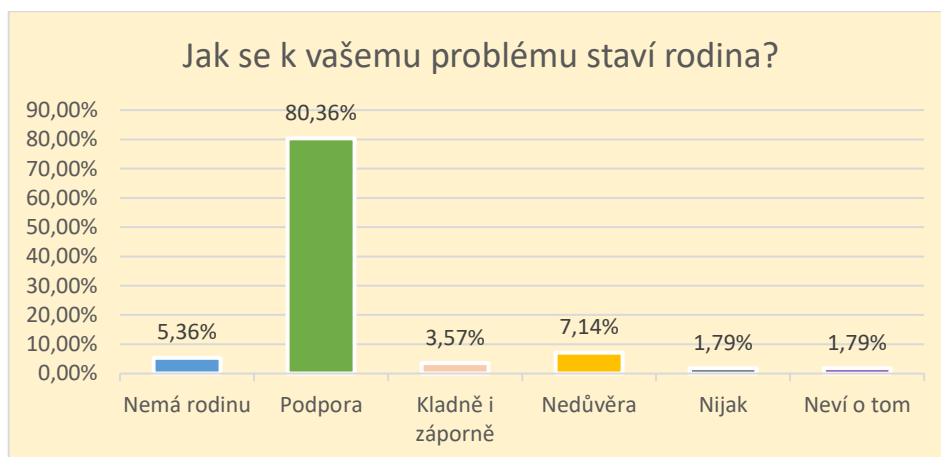
Graf č. 10



Mezi důvody, proč se nechtějí přiznat lidem, že jsou alkoholici, uvedli 4 respondenti stud, 3 respondenti mají strach z odsouzení, 2 respondenti se bojí ztráty zaměstnání a stejný počet respondentů uvedl jako důvod odlišnost. 1 respondent se obává znevýhodnění a 1 vyřazení ze společnosti.

9. otázka: Jak se k Vašemu problému staví Vaše rodina?

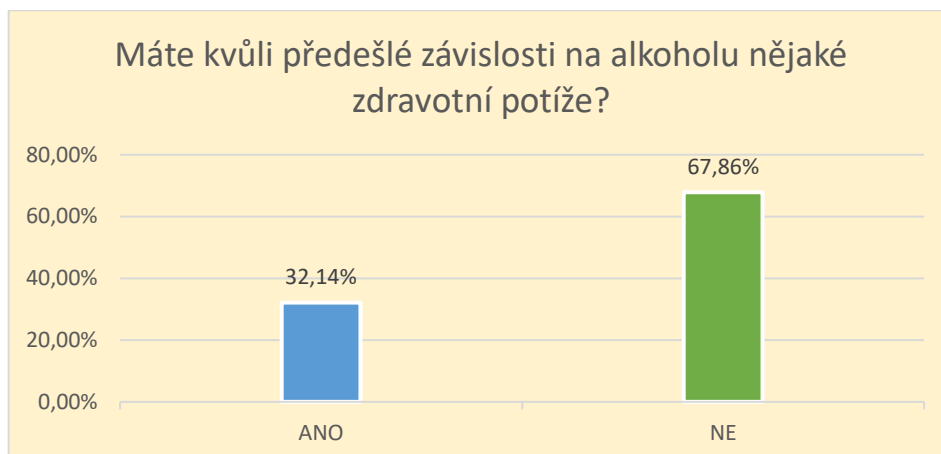
Graf č. 11



Nadpoloviční většina (45) dotázaných uvádí, že mají od své rodinu podporu v řešení svého problému. Pouze u 4 respondentů se rodina staví k problému s nedůvěrou a u 2 respondentů je postoj rodiny kladný i záporný. U 1 respondenta se k problému rodina nestaví nijak a u 1 o tom rodina ani neví. 3 respondenti rodinu nemají.

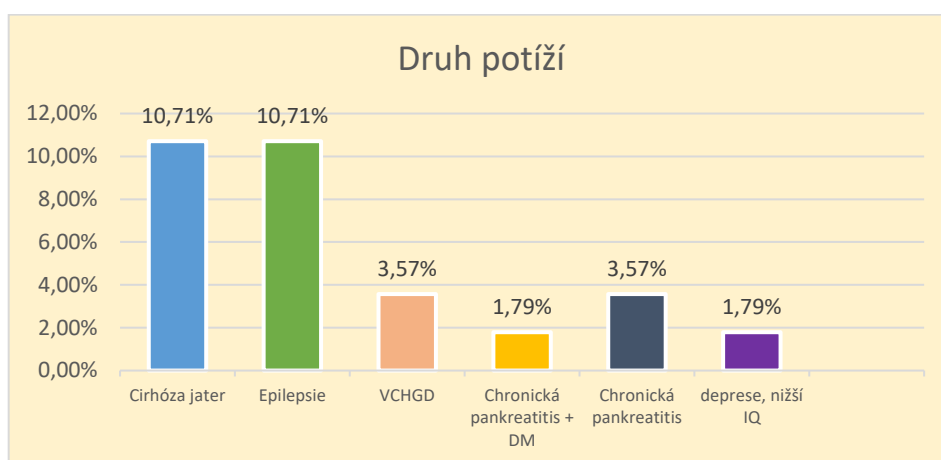
10.otázka: Máte kvůli předešlé závislosti na alkoholu nějaké zdravotní potíže?

Graf č. 12



V této otázce 38 respondentů uvedlo, že zdravotní problémy nemají. U 18 dotázaných se zdravotní problémy způsobené nadměrným pitím alkoholu projevíly.

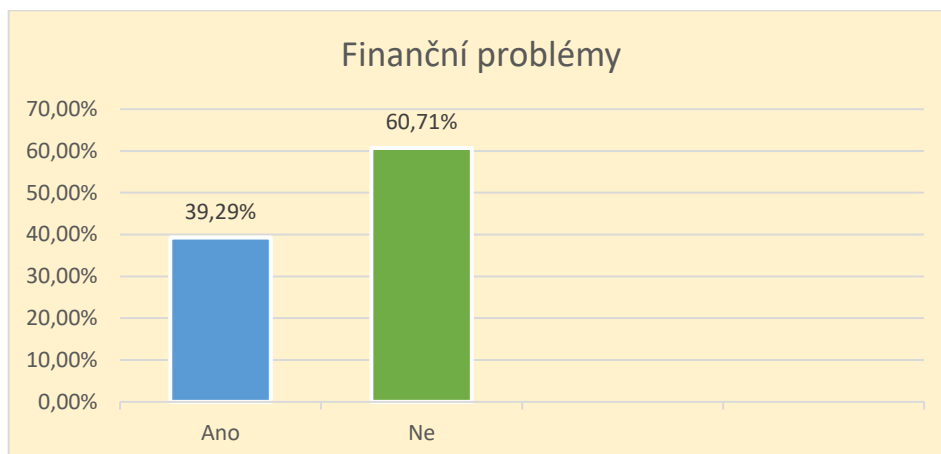
Graf č.13



Mezi nejčastějšími onemocněními způsobenými alkoholem se u respondentů objevila cirhóza jater v 6 případech a ve stejném počtu epilepsie. 2 respondenti se léčí s vředovou chorobou gastroduodena a 2 respondenti s chronickou pankreatitidou. 1 respondent má spojenou chronickou pankreatitidu s DM. 1 respondent trpí depresemi a má kvůli nadměrnému pití nižší IQ.

11. otázka: Dostal/a jste se díky závislosti na alkoholu do finančních problémů?

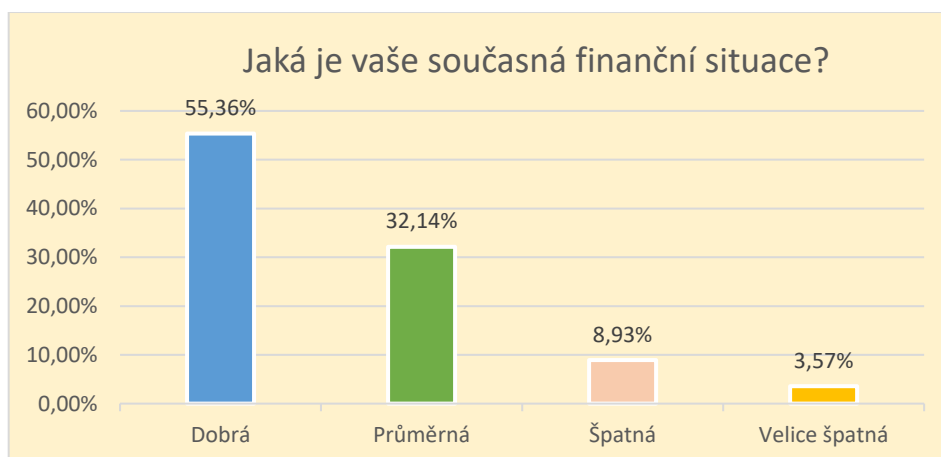
Graf č. 14



V této otázce uvedlo 34 respondentů, že je závislost na alkoholu nepřivedla do finančních potíží, ale 22 respondentů finanční problémy pocítilo.

12. otázka: Jaká je vaše současná finanční situace?

Graf č. 15



V otázce současné finanční situace uvedla více jak polovina respondentů (31), že je průměrná, a menší část (18) ji hodnotí jako velice dobrou. Jako špatnou označilo svou finanční situaci 5 respondentů a velice špatně se v této oblasti cítí 2 respondenti.

13. otázka: Co je pro vás největší motivací být střízlivý?

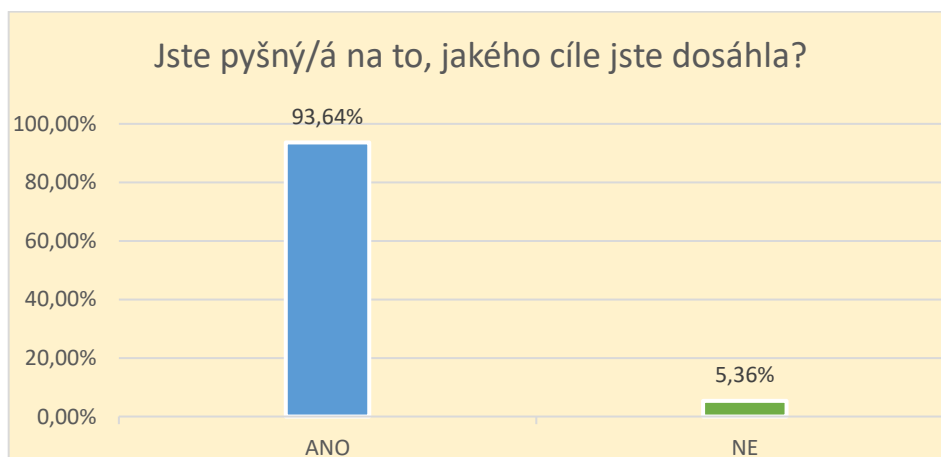
Graf č. 16



Pro více jak polovinu dotázaných (34) je největší motivací pro střízlivost rodina. U 13 dotázaných je to zdraví. 11 respondentů si chce užívat života a pro stejný počet dotázaných je to jeho vlastní osoba. Pro dva respondenty je největší motivací pocit svobody. Po jednom se objevily důvody: vyhlídky do budoucna, postavení ve společnosti, dokončení školy, zachování řidičského průkazu a strach ze smrti.

14. otázka: Jste pyšný/á na to, jakého cíle jste dosáhla?

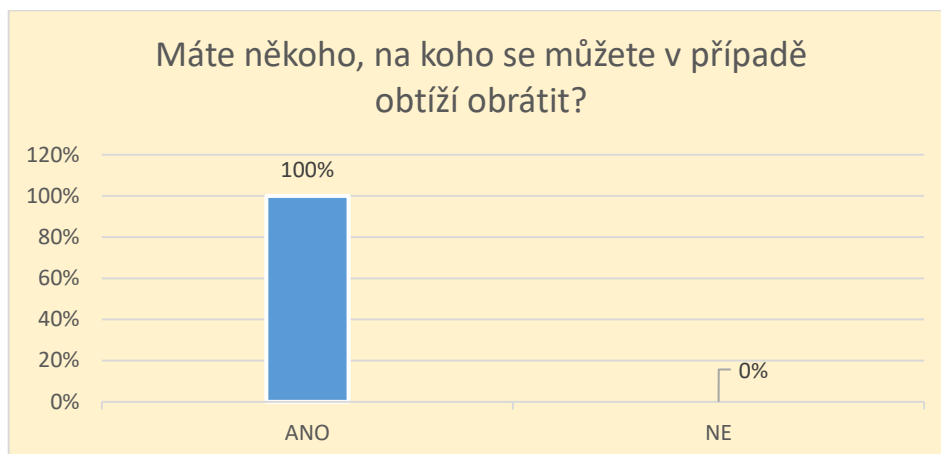
Graf č. 17



V této otázce je naprostá většina dotázaných (53) pyšná na to, jakého cíle dosáhli. Pouze 3 respondenti uvedli, že pyšní nejsou.

15. otázka: Máte někoho, na koho se můžete v případě obtíží obrátit?

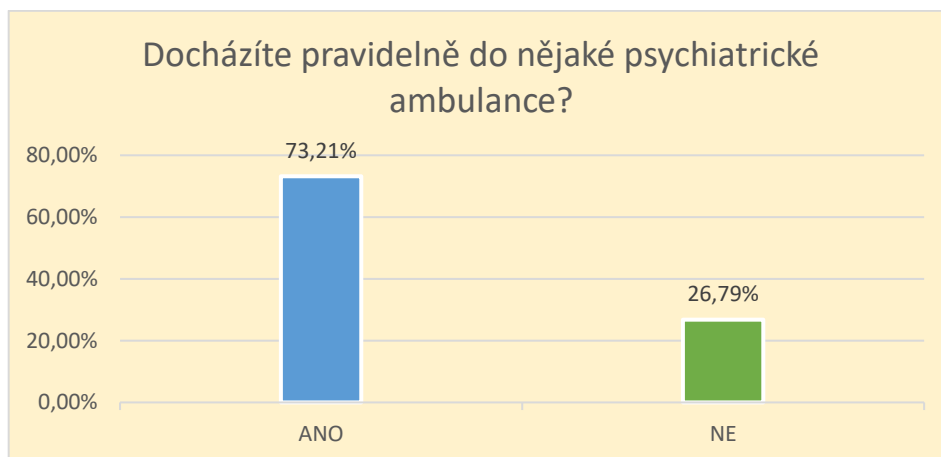
Graf č.18



Zde všichni dotázaní uvedli, že se mají v případě obtíží na koho obrátit.

16. otázka: Docházíte pravidelně do nějaké psychiatrické ambulance?

Graf č.19



Pouze 15 respondentů uvádí, že nedochází pravidelně k psychiatrovi. Nadpoloviční většina (41) k psychiatrovi pravidelně dochází.

17. otázka:

V tomto bodě měli respondenti možnost ještě cokoliv dodat. Pro tuto možnost se rozhodlo 21 respondentů. Hodně respondentů děkuje sdružení AA a uvádí, že jejich život je lepší a kvalitnější. Mezi dalšími dodatky mě zaujaly hlavně tyto:

1. Nejtěžší období po léčbě je první rok, kdy si člověk uvědomuje, jak je těžké získávat důvěru okolí a řešit problémy způsobené alkoholickou kariérou. Poté, kdy si člověk odpustí, je každý den v abstinenci největší dar a výhra.

2. Jsem svobodná.

3. Realita života je úžasná. Jen se to člověk musí postupně znovu naučit.

4. Život před trvalou abstinencí a po poslední léčbě je nesrovnatelný, pestrý. Moje alkoholická minulost je pro mě obrovská zkušenost, se kterou mohu být nápomocen těm, kteří v sobě najdou odvahu požádat o pomoc.

5. Bez alkoholu jako podpůrného prostředku zvládám svůj život a životní roli manžela a otce mnohem lépe.

6. Pít bylo strašné, ale nyní již vidím, že celý můj život nebyl zbytečný.

7. Mám daleko více energie, našla jsem si pravé přátele. Umím si stát za svým názorem. Nemusím se podřizovat ostatním z důvodu vyčítání si, že jsem se opila.

8. Někdy není jednoduché zvládat abstinenci, ale stojí za to vynaložit veškeré úsilí.

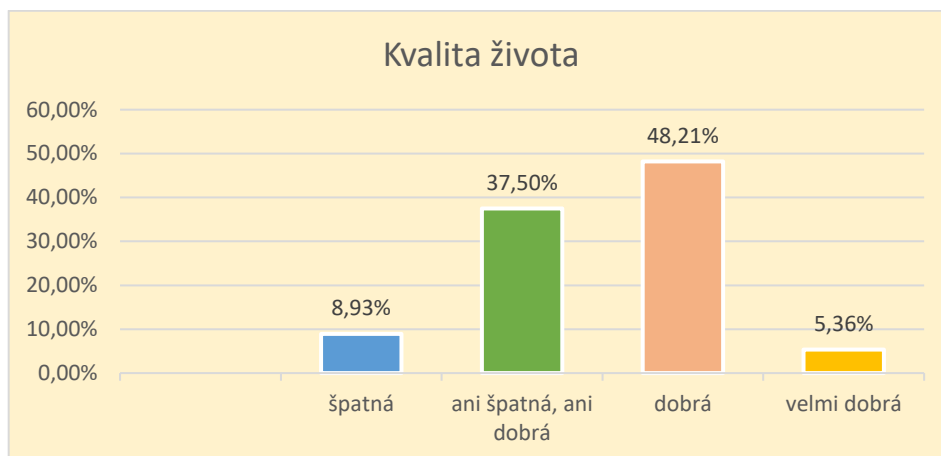
9. Obrovská úleva při řízení vozidla či při jednání s lidmi.

10. Probouzet se každé ráno bez abst'áku je fajn.

14.2 Výzkum pomocí dotazníku WHOQOL-BREF

Otázka č.1: „Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?“

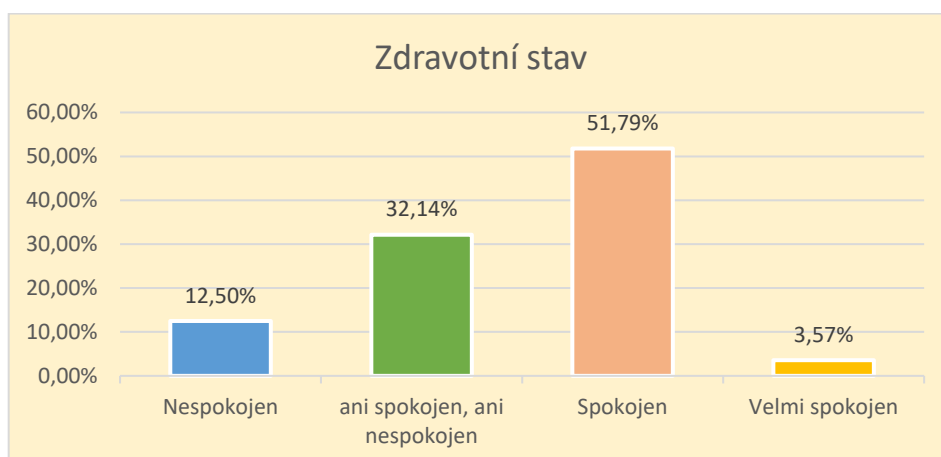
Graf č. 20



Téměř polovina respondentů (27) hodnotí kvalitu svého života jako dobrou a 21 respondentů hodnotí kvalitu svého života neutrálně (není ani dobrá, ani špatná). 3 respondenti dokonce uvedli, že jejich kvalita života je velmi dobrá a pouhých 5 dotázaných jí hodnotí jako špatnou. Ani jeden z respondentů nehodnotí kvalitu života jako velmi špatnou.

Otázka č. 2: „Jak jste spokojen/a se svým zdravím?“

Graf č.21



Na tuto otázku uvedla nadpoloviční většina respondentů (29), že jsou spokojeni se svým zdravím. 18 respondentů odpovědělo neutrálně (jsou i nejsou spokojeni). Pouze 2 respondenti

jsou velmi spokojeni se svým zdravotním stavem a naopak 7 dotázaných se cítí se svým zdravotním stavem nespokojeno.

Průměrné skóre položek u abstinujících alkoholiků a u běžné populace

Tabulka č.4

Položky	Abstinující alkoholici (průměr)	Populační norma (průměr)	STD
Q1 celková kvalita života	3,5	3,82	0,72
Q2 spokojenost se zdravím	3,46	3,68	0,85
q3rev bolest a nepříjemné pocity	4,27	4,03	1,05
q4rev závislost na lékařské péči	3,70	4,16	0,95
q5 potěšení ze života	3,95	3,83	0,90
q6 smysl života	4,36	3,86	0,85
q7 soustředění	3,75	3,55	0,88
q8 osobní bezpečí	3,30	3,24	0,79
q9 životní prostředí	3,25	2,85	0,92
q10 energie a únava	3,48	3,62	0,93
q11 přijetí tělesného vzhledu	3,34	3,90	0,82
q12 finanční situace	2,88	2,87	1,08
q13 přístup k informacím	3,91	3,87	0,77
q14 záliby	2,95	3,33	1,00
q15 pohyblivost	4,11	4,27	0,84
q16 spánek	3,55	3,61	0,99
q17 každodenní činnosti	3,52	3,76	0,78
q18 pracovní výkonnost	3,57	3,76	0,80
q19 spokojenost se sebou	3,52	3,57	0,76
q20 osobní vztahy	3,61	3,75	0,91
q21 sexuální život	2,98	3,64	1,07
q22 podpora přátel	3,71	3,85	0,80
q23 prostředí v okolí bydliště	3,63	3,54	0,86
q24 dostupnost zdravotní péče	4,02	3,70	0,79
q25 doprava	3,66	3,19	1,07
q26rev negativní pocity	3,64	3,47	0,95

(zdroj populačních norem viz Dragomerická, Bartoňová, 2006, str. 41)

V tabulce č. 4 jsou znázorněna veškerá průměrná skóre jednotlivých položek u abstinujících alkoholiků v porovnání s běžnou populací. Jsou zde znázorněny veškeré průměrné skóre všech 26 otázek dotazníku WHOQOL-BREF.

Z tabulky lze vyčíst, že průměrná hodnota u abstinujících alkoholiků je oproti populační normě výrazněji snížena u otázek týkajících se závislosti na lékařské péči (q4), přijetí tělesného vzhledu (q11), zálib (q14) a sexuálního života (q21). Největší rozdílné průměrné skóre u výše uvedených otázek bylo zaznamenáno u otázky týkající se sexuálního života (rozdíl 0,66). V menší míře je snížena průměrná hodnota u otázek týkajících se kvality života (Q1), spokojenosti se zdravím (Q2), pohyblivosti (q15), každodenních činností (q17), pracovní výkonnosti (q18), osobních vztahů (q20) a podpory přátel (q22).

Naopak vyšší skóre oproti populační normě získali abstinující alkoholici v otázkách bolesti a nepříjemných pocitů (q3), potěšení ze života (q5), smyslu života (q6), soustředění (q7), životního prostředí (q9), prostředí v okolí bydliště (q23), dostupnosti zdravotní péče (q24), dopravy (q25) a negativních pocitů (q26). Zde získala nejvyšší rozdílné skóre otázka zaměřená na dopravu (rozdíl 0,5). Následující otázky měly již rozdílné skóre nižší.

Pro úplnost, zbylé otázky týkající se osobního bezpečí (q8), energie a únavy (q10), finanční situace (q12), přístupu k informacím (q13), spánku (q16) a spokojenosti se sebou (q19), byly s minimálními rozdíly průměrných hodnot.

V níže vyplněné tabulce jsou popsány jednotlivé oblasti tak, jak byly vyplněné respondenty.

Tabulka č. 5

Oblast	Průměr (N=56)	STD	Medián	Min.	Max.
1. Fyzické zdraví	13,77	± 2,48	23	18	29
2. Prožívání	15,04	± 2,22	21	15	26
3. Sociální vztahy	13,73	± 2,08	10	7	15
4. Prostředí	13,80	± 4,50	27,5	17	40

STD= směrodatná odchylka hodnot respondentů

MAX.= maximální dosažený počet bodů z hodnot respondentů

MIN.= minimální dosažený počet bodů z hodnot respondentů

Porovnání průměrů všech dimenzí mezi populační normou (N=398) a skupinou respondentů - abstinujících alkoholiků (N=56) u dotazníku WHOQOL- BREF

Tabulka č. 6

Oblast	Aritmetický průměr u PN (N = 398) ± STD	Aritmetický průměr u RES (N =56) ± STD
1. Fyzické zdraví	15,55 ± 2,55	13,77 ±2,48
2. Prožívání	14,78 ± 2,43	15,04 ± 2,22
3. Sociální vztahy	14,98 ± 2,89	13,73 ± 2,08
4. Prostředí	13,30 ± 2,08	13,80 ± 4,50

STD= směrodatná odchylka

PN = populační norma

RES= respondenti

N= počet respondentů

V následující tabulce jsou zaznamenány intervaly populačních norem pro jednotlivé domény WHOQOL-BREF

Tabulka č. 7

Oblast	Spodní hranice- průměr u PN	Horní hranice-průměr u PN	Respondenti-průměr
1. Fyzické zdraví	14,3	16,8	13,77
2. Prožívání	13,6	16,0	15,04
3. Sociální vztahy	13,5	16,4	13,73
4. Prostředí	12,3	14,3	13,80

V tabulce č. 7 je patrné, že kvalita života abstinujících alkoholiků se v mnohém neliší od kvality života běžné populace. Dle výzkumu bylo pouze prokázáno, že mají mírně sníženou kvalitu života v oblasti fyzického zdraví. Ostatní položky se výrazně neliší od průměrných hodnot běžné populace.

15 Kvalitativní výzkum 15.1 Cíle kvalitativního výzkumu

Před samotným začátkem šetření jsem si stanovila čtyři následující cíle.

1. Zjistit, zda – li se objevují různé prvky v myšlení mezi mužem a ženou.
2. Propracovaněji analyzovat data od 6 respondentů.
3. Zjistit, jakým způsobem se dostlali do závislosti na alkoholu.
4. Zjistit, zda-li vykazují známky zlepšení kvality života při abstinenci.

15.2 Kvalitativní výzkum - rozhovor

V této části výzkumu jsem použila techniku strukturovaného rozhovoru. Rozhovor jsem provedla se šesti respondenty opět z řady abstinujících alkoholiků, kteří dochází do sdružení AA. Pro tento výzkum jsem cíleně vybrala tři ženy a tři muže, kteří již abstinují delší dobu. Tyto rozhovory se konaly v měsíci listopadu 2016. S respondenty jsem hovořila osobně a ujistila je, že získané informace budou anonymní a budou použity pouze k vypracování mé bakalářské práce. Každý rozhovor trval asi hodinu. Bohužel žádný z dotazovaných nesouhlasil se záznamem rozhovoru na diktafon, což mou práci ztížilo. Během rozhovoru jsem si tedy dělala poznámky do předem připraveného sešitu a bezprostředně po něm jsem si své poznámky převedla do čitelné písemné podoby, abych rozhovor vzápětí mohla analyzovat. Ve své práci jsem použila autentické odpovědi, bez větších úprav. Celý rozhovor jsem rozdělila do třech oblastí:

1. Období alkoholového opojení
2. Období léčby
3. Kvalita života po léčbě

15.3 Výsledky kvalitativního výzkumu

K lepšímu zpracování dat z kvalitativního výzkumu jsem použila metodu otevřeného a následného axiálního kódování.

Otevřené kódování je první fází procesu analýzy dat. Dochází k vytváření kategorií, které obsahují utříděná významová data a tvoří samostatný odlišitelný celek. Tyto kategorie k sobě následně váží různé subkategorie.

Axiální kódování je složitý induktivně-deduktivní proces. Je souborem postupů, ve kterých se údaje po otevřeném kódování znovu utvářejí pomocí spojení mezi kategoriemi. Zatímco u otevřeného kódování je základní snahou rozlišit pojmy a vytvořit základní kategorie, při axiálním kódování se snažíme tyto pojmy novým způsobem skládat dohromady nacházením vazeb mezi kategoriemi a subkategoriemi.

Základní přehled respondentů:

Tabulka č.8

Číslo respondenta	Pohlaví	Věk	Počet léčení	Rodinná situace	Délka abstinence
1	žena	34	2	Rozvedená, 1 dítě	3 roky
2	muž	49	6	Rozvedený, 1 dítě	7 let
3	žena	46	1	Rozvedená, 1 dítě, přítel	12 let
4	žena	56	1	Rozvedená, 2 děti, 4 vnoučata	10 let
5	muž	62	3	Rozvedený, 3 děti, přítelkyně	12 let
6	muž	45	1	Ženatý, 2 děti	5 let

Rozdělený rozhovor do kategorií a subkategorií:

Tabulka č.9

Kategorie	subkategorie
Období alkoholového opojení	Pocity, začátky pití, rodina, zaměstnání, zákon
Období v léčbě	Rozhodnutí, zvládání začátku léčby, negativa, pozitiva
Kvalita života po léčbě	Pocity při opouštění léčebny, okolí, psychika po léčbě, kvalita života

15.3.1 Období alkoholového opojení

Období alkoholového opojení

Tabulka č.10

Subkategorie	Odpovědi
Začátky pití	Zvýšené sebevědomí, jsem skvělá, jsem dobrá, hodně vydržím, jsem dokonalá, zábava, montáže, internát, hospoda, vůdce party, samota
Pocity v alkoholovém opojení	Myšlenky na sebevraždu, myšlenky pouze na alkohol, úleva po napití, deprese, chuchvalec čehosi, nechut' a odpor k samotě, dno, abst'ák, halucinace, úzkosti, okna, jsem sledována, poruchy spánku, zoufalství x borec, jako na houpačce, chtěla jsem zmizet, strach sám ze sebe, přetvářka, sebelítost
Rodina	Zlomená hůl, syn neměl co jíst, ubližoval jsem jim, sprcha od manžela studenou vodou, báli se mě, rozvod, trápení manželky, prý jsem divná
Zaměstnání	Panáček pro lepší výkonnost, výpověď, alkohol do práce, podrážděnost, bez síly, nemožnost vstát, vymyšlení nemocí, invalidní důchod, nemožnost práce pro klepavku, na začátku zvýšená energie
zákon	Způsobení dopravní nehody pod vlivem alkoholu, řízení pod vlivem alkoholu, napadení manželky

V rozhovorech mě velice překvapila rozdílnost důvodů v pití alkoholu. Zatímco ženy uvedly jako důvody pití například „zvýšené sebevědomí“ či „zapíjení prázdnoty“ a „oddálení deprese“, u mužů převládají důvody poněkud jednodušší. Jsou to hlavně „kamarádi“, „pobyty na montážích“, „častá návštěva restauračních zařízení“. Muži pijí spíše kolektivně, ve společnosti přátel, i když doma si posléze alkohol též schovávají.

Všichni dotazovaní uvádějí, že se po psychické stránce cítili velice špatně, čtyři z dotazovaných dokonce přiznali myšlenky na sebevraždu, jedna žena připouští, že myšlenky na sebevraždu měla možná.

Dále je zajímavé, že ani jedna z žen neměla problém se zákonem, zatímco u mužů ho doslova měli dva. Jeden za zbití manželky a druhý za nehodu způsobenou řízením pod vlivem alkoholu. Třetí muž také řídil pod vlivem alkoholu, ale nebyl nikdy kontrolován.

Všem šesti dotázaným dělal alkohol problém v zaměstnání.

Alkoholové opojení u respondentů zvládala rodina v pěti případech špatně. Dvěma mužům se rozpadlo manželství, jedna z respondentek přišla o syna. Pouze u jedné respondentky o závislosti na alkoholu rodina nevěděla.

15.3.2 Období léčby

Období v léčbě

Tabulka č.11

Subkategorie	Odpovědi
Rozhodnutí	Byla jsem v koncích, neměla jsem peníze, bála jsem se, chtěla jsem se zabít, záchytka, pro klid v rodině, rozdrásaná psychika, předem prohraná bitva, s pomocí rodiny, pokus o sebevraždu, cirhóza jater, chuť žít, ultimátum od manželky
Zvládání začátku léčby	Laxnost, přetvářka, bylo to strašný, tvrdý režim, nechtěla jsem mluvit, nechápala jsem systém, deprimující, získání důvěry, hrůza
Negativa	Bodovací systém, tresty za maličkosti, nespravedlivé hodnocení, odstupňovaný režim, abstinenční příznaky, delirium, strach ze smrti
Pozitiva	Najítí spousty přátel, našla jsem svůj skrytý talent, rutina, odborná pomoc, lidé se stejným problémem, psychoterapie, důvěrnost, osobní inventura, pořádek v hlavě, hodně jsem pochopil, terapeutické skupiny

Určité rozdíly mezi muži a ženami jsou patrné i v uvedených důvodech nastoupení léčby. Zatímco ženy se dostaly do léčby ve dvou případech až po psychickém zhroucení a pokusech o sebevraždu, u mužů je důvod jiný. Jeden se rozhodl léčit až při prokázání cirhózy jaterní, dva pro určité ultimátum ze strany rodiny. Jeden z těchto mužů ale posléze nastupoval každou další léčbu s „rozdrásanou psychikou“. Pouze jedna žena se rozhodla sama a s pomocí rodiny nastoupila léčbu.

Jsou zde i výkyvy v počtu absolvování léčení. Tři respondenti absolvovali léčbu jednou, jedna žena dvakrát. Naproti tomu jeden muž třikrát a jeden dokonce šestkrát.

Kromě jedné ženy popisují všichni začátky léčby negativně. Jedna z respondentek dle svých slov musela každý den „podepisovat papír, že je nula“. I jeden muž měl pocit „ztráty důstojnosti a svobody“, ale zároveň byl stále přesvědčený, že „nemá problém s alkoholem“. Další dva respondenti si stěžovali hlavně na „bodovací systém a tresty“.

Všichni dotazovaní měli během své léčby chuť ji předčasně ukončit, ale nakonec ji řádně ukončili.

Mezi pozitivní aspekty v léčbě respondenti uvádějí ve dvou případech, že potkali lidi se stejným problémem, následnou důvěru k nim a účinnou psychoterapii. Jedna žena brala jako pozitivum, že si „udělala pořádek v hlavě“. Další respondentka si v léčbě uvědomila, že má spoustu kvalit.

15.3.3 Kvalita života po léčbě

Kvalita života po léčbě

Tabulka č.12

Subkategorie	Odpovědi
Pocity při opouštění léčebny	Strach, musím začít od začátku, alkoholik jsem do konce života, vím jak na to, těšení, rozhodnutí nepít, nové možnosti, těžko popsatelné smíšené pocity, nadšení, jsem vyléčený, alkohol mě nesmí ohrozit, nutnost vynahrazení času rodině, euforie
Okolí	Strach, nedůvěra, pomoc, nebude to jako dřív, chladný vztah, vyhýbání se okolí, odsouzení, nepřímé šušandy a pomluvy mi ubližovaly, nabytá důvěra, posměšky, úšklebky, pochopení
Psychika po léčbě	Podstatně lepší, jsem kvalitní člověk, radost ze života, stále antidepressiva, vyrovnanost, občasný smutek patří k životu, mít nějaký cíl, jsem si vědom kladů i záporů, jsem v pohodě, umím jasně řešit problémy, jsem nad věcí, nejsem ten pitomec pod vlivem, jsem skvělá, jsem výborná
Kvalita života	Úspěch, zvýšené sebevědomí, skvělé vztahy, jsem šťastný, život se mi k lepšímu obrátil o 180 stupňů, splácím dluhy, jsem svobodná, věřím si, poznání skvělého vztahu, zregenerování jater, cestování, zlepšení ve všech směrech, noví přátelé, jsem spokojený člověk

Při odchodu z léčebny se opět ukázala rozdílnost mezi smýšlením žen a mužů. Zatímco u všech mužů se objevuje většinou euforie a přesvědčení, že to dokáží, u všech žen se objevuje strach. Strach z prostředí venku a z okolí.

Jeden z respondentů se setkal s odsouzením v rodině (sestra) a jedna žena si byla vědoma nedůvěry ke své osobě (také od sestry). Jinak se s přímým odsouzením okolí nesetkal nikdo. Dva respondenti ale zaslechli pomluvy své osoby a dva se setkali s posměšky. Je zajímavé, že ze strany lidí, kteří sami měli problém s alkoholem.

Po psychické stránce se všichni dotazovaní cítí v pořádku. Jedna z žen sice udává, že se jí dodnes špatně usíná ve tmě, ale jinak je to vyrovnaný člověk, má své cíle a snaží se je plnit.

Na otázku, zda se po léčbě zlepšila kvalita jejich života, všichni respondenti odpověděli, že výrazně. Poukazovali na dobré vztahy v rodině, úspěch v práci, nové přátele. Jedna respondentka uvedla dokonce zregenerování jater do té míry, že mohla být vyřazena z transplantačního programu, druhý respondent s cirhózou jater je také při abstinenci bez obtíží. Jeden z dotazovaných udává, že je sice v insolventi, ale i tak označuje svou kvalitu života jako výbornou ve všech směrech. Dá se říci, že všichni dotazovaní jsou se svým životem nyní spokojeni.

Při dotazu, zda mají někdy chuť se napít, všichni odpověděli, že ne. Pouze dva z respondentů uvedli, že jim myšlenka na alkohol občas vyskočí, ale že by se nenapili. I na dotaz ohledně recidivy se pouze jedna žena recidivy bojí, ale zároveň ví, co má dělat a zařídila by se podle toho.

Z možností doléčování všichni respondenti navštěvují sdružení AA a dva z nich mají ještě na pomoc psychiatra.

Na otázku, zda jsou šťastní, všichni odpověděli ANO.

16 Diskuze

Alkohol v malém množství má na náš organismus ochranné účinky. Pokud se ale pije ve velkém, má na něj neblahé důsledky. Anderson poukazuje, že čím snadnější je přístup k alkoholu, tím více je konzumován. Kde je ale dostupnost složitější, tam pití alkoholu klesá.

Dále uvádí, že obrovský vliv má komerční sdělení, hlavně prostřednictvím sociálních sítí a internetu, které navádějí abstinenty k ochutnání alkoholu a již stávající konzumenty k ještě větší konzumaci této nebezpečné látky. (Anderson, 2012, s. 46).

Světová zdravotnická organizace vydala v roce 2010 Globální strategii ke snížení škodlivého užívání alkoholu. Uvádí se zde předpoklad, že každoročně zemře 2,5 miliónu lidí na zneužívání této látky. Mezi těmito lidmi převyšují lidé mladšího věku (WHO ,2010, s. 3). Zde je vidět, jak je toto téma stále aktuální.

Podobnou tematikou se v roce 2011 zabývala studentka lékařské fakulty v Hradci Králové Martina Kasíková. Pro svou bakalářskou práci použila metodu kvantitativního výzkumu pomocí dotazníku WHOQOL-BREF a AIQoI9 (u 80 mužů), ale i výzkum kvalitativní pomocí polostandardizovaného rozhovoru se čtyřmi respondenty.

K výzkumu pomocí dotazníku WHOQOL-BREF:

Dotazník WHOQOL- BREF se skládá ze dvou samostatných otázek, které se orientují na celkovou kvalitu života a zdravotní stav. Dále dotazník WHOQOL-BREF obsahuje 24 položek sdružených do 4 domén: fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí.

Kasíková ve své bakalářské práci uvedla, že dotazník WHOQOL-BREF je vhodný k výzkumu v řadách abstinujících alkoholiků a mně se tato informace potvrdila. Já jsem ale ke své práci použila ještě dotazník své konstrukce. Chtěla jsem získat základní informace o respondentech, kteří mé dotazníky vyplňovali, a položila jim otázky, které mi pro moji práci přišly zajímavé.

Dle provedeného výzkumu (dotazník WHOQOL-BREF) u Kasíkové poukazují abstinující alkoholici na zlepšení kvality života v několika oblastech. Největší pokrok byl podle její práce zaznamenán v oblasti prostředí a fyzického zdraví. Za nimi následuje oblast prožívání. Nejhorší dopad, jak uvádí, byl zaznamenán v oblasti sociálních vztahů.

V mém výzkumu, který byl aplikován pomocí stejného dotazníku u 56 mužů i žen, jsem zaznamenala, že kvalita života abstinujících alkoholiků je pouze mírně snížena v oblasti fyzického zdraví. Ostatní položky se výrazně neliší od průměrných hodnot běžné populace.

Mnou získané výsledné hodnoty jsou tedy oproti práci Kasíkové naprosto rozdílné.

Pro lepší přehlednost jsem tyto údaje upravila v následující tabulce.

Tabulka č.13

Oblast	Aritmetický průměr u PN (N = 398) ± STD	Aritmetický průměr u RES (N =56) ± STD (výzkum Formanová)	Aritmetický průměr u RES (N =80) ± STD (výzkum Kasíková)
1. Fyzické zdraví	15,55 ± 2,55	13,77 ±2,48	23,31 ±2,518
2. Prožívání	14,78 ± 2,43	15,04 ± 2,22	21,70 ± 2,882
3. Sociální vztahy	14,98 ± 2,89	13,73 ± 2,08	11,35 ± 2,099
4. Prostředí	13,30 ± 2,08	13,80 ± 4,50	29,32 ± 3,662

STD= směrodatná odchylka

PN = populační norma

RES= respondenti

N= počet respondentů

Jak jsem již uváděla výše, dotazník WHOQOL- Bref se skládá i ze dvou samostatných otázek, týkajících se zdravotního stavu a kvality života. V těchto dvou položkách máme s kolegyní Kasíkovou shodně u svých respondentů největší procentuální zastoupení v kladných řadách.

Dle výzkumu Kasíkové, hodnotí kvalitu života jako dobrou 68,8 % dotázaných, v mém výzkumu je to 48,21 % dotázaných. Se zdravotním stavem je spokojeno 56,3 % respondentů (u kolegyně Kasíkové) a v mém výzkumu je spokojeno 51,79 % dotázaných.

Jak je výše uvedeno, vidíme tedy výrazné rozdíly v subjektivních pocitech daných respondentů. Dle mého názoru by bylo velice zajímavé podat daný dotazník těm samým respondentům v průběhu několika let, abychom mohly zaznamenat případné rozdílnosti v odpovědích na dané otázky.

K výzkumu pomocí dotazníku vlastní konstrukce:

Dotazník vlastní konstrukce jsem použila proto, že jsem chtěla mít přehled o respondentech, kteří můj dotazník vyplňují. Nemohu ho bohužel tedy porovnat s jiným vypracováním, proto bych zde ráda ukázala určitý přehled.

V otázce číslo 1 jsem se respondentů ptala na pohlaví. Mého výzkumu se účastnilo 30 mužů a 26 žen. (graf č. 3)

Otázkou číslo 2 jsem chtěla zjistit průměrný věk respondentů. Výzkumu se účastnili 2 respondenti ve věku 20-30 let, 19 respondentů mezi 30-40 lety, 17 respondentů mezi 40-50 lety, 11 respondentů mezi 50-60 lety a 7 respondentů, kteří byli starší 60 let. (graf č. 4)

V otázce č. 3 jsem se dotazovaných ptala na vzdělání. 2 respondenti měli vzdělání základní, 18 jich bylo vyučeno, 23 respondentů mělo vzdělání středoškolské a 13 dotazovaných mělo vzdělání vysokoškolské. (graf č. 5)

V otázce č. 4 mě zajímala délka abstinence u daných respondentů. Méně jak 3 měsíce abstinovali 3 respondenti, mezi 3 měsíci a 1 rokem abstinovalo 11 respondentů a mezi 1-2 lety abstinovalo 12 respondentů. Nejvíce respondentů abstinovalo mezi 2-3 lety, a to 15 dotazovaných. 3-5 let abstinovalo 5 respondentů a více jak 5 let 10 respondentů. (graf č. 6)

Otázka číslo 5 se již přesouvá do oblasti konkrétnějšího dotazování, a to z jakého důvodu se dotyčný rozhodl nastoupit léčbu. Nejčastějším důvodem byla rodina, takto odpovědělo 29 respondentů. 15 respondentů uvedlo, že důvodem byly problémy v zaměstnání, 12 dotazovaných se rozhodlo pro léčbu, protože se pro ně alkohol stal nezvladatelným a 10 dotázaných nastoupilo léčbu kvůli zdravotním problémům. Z finančních důvodů nastoupili léčbu 4 respondenti a stejný počet respondentů udává, že nastoupili léčbu pro lepší život. Pouze 2 respondenti uvedli, že se šli léčit kvůli sobě a 1 respondent nastoupil léčbu po spáchání trestného činu. (graf č. 7)

Otázka číslo 6 je zaměřená na počet absolvovaných léčení. Mezi mými respondenty byla nadpoloviční většina, v počtu 32 lidí, kteří absolvovali léčbu jednou. 16 respondentů uvedlo, že

lčeni podstoupilo dvakrát a 3 dotazovaní podstoupili léčbu třikrát. Z mého dotazníku ale také vyšlo, že 2 respondenti absolvovali léčbu čtyřikrát stejný počet alkoholiků nastoupil léčbu pětkrát a 1 respondent uvedl, že nastoupil léčbu více jak pětkrát. (graf č. 8)

V otázce číslo 7 jsem se respondentů ptala, zda se stydí přiznat lidem, že jsou abstinující alkoholici. Zde mi 43 dotazovaných odpovědělo, že se nestydí a 13 dotazovaných stud přiznalo. (graf č. 9)

Otázka číslo 8 navazuje na otázku předchozí a ptá se pouze těch respondentů, kteří přiznali stud. Konkrétně se ptá na důvod, proč se lidem stydí svůj alkoholismus přiznat. Mezi důvody se objevil u 4 respondentů stud k přiznání, 3 respondenti uvedli jako důvod strach z odsouzení. Mezi dalšími důvody se u 2 dotazovaných objevil strach ze ztráty zaměstnání a stejný počet respondentů uvedlo jako důvod odlišnost. Na závěr se 1 respondent obává znevýhodnění a 1 dotazovaný udává jako důvod obavy z vyřazení ze společnosti. (graf č. 10)

V otázce číslo 9 mě zajímalo, jak se k danému problému u alkoholika staví jeho rodina. Zde nadpoloviční většina, 43 dotázaných, uvádí, že mají od své rodiny podporu. Pouze u 4 respondentů se rodina staví k jejich podpoře s nedůvěrou a u 2 respondentů je postoj rodiny kladný i záporný. U 1 respondenta se k problému rodina nestaví nijak a u 1 o tom rodina ani neví. 3 respondenti rodinu nemají. (graf č. 11)

V otázce číslo 10 jsem se zajímala o zdravotní stav dotazovaných. Konkrétně, zda-li mají kvůli předešlé závislosti na alkoholu nějaké zdravotní potíže. Na tuto otázku mi 38 dotazovaných odpovědělo, že zdravotní problémy nemají. Naproti tomu zdravotní problémy přiznalo 18 respondentů. (graf č. 12)

Na tuto otázku volně navazuje dotaz, kterým zjišťuji, jakými zdravotními problémy trpí. Mezi nejčastějšími onemocněními způsobenými alkoholem se u respondentů objevila v 6 případech cirhóza jater a ve stejném počtu 6 případů epilepsie. 2 respondenti se léčí s vředovou chorobou gastroduodena a 2 respondenti s chronickou pankreatitidou. 1 respondent trpí chronickou pankreatitidou, kterou má spojenou s DM. V dotazníku se ještě u 1 respondenta objevil následek ve formě depresí a nižšího IQ. (graf č. 13)

Otázkou číslo 11 jsem se ve svém dotazníku snažila zjistit, zda se dotyční dostali kvůli své závislosti do finančních problémů. Na tuto otázku mi 34 respondentů odpovědělo, že nikoliv, a naopak 22 respondentů přiznává, že jejich závislost jim způsobila finanční potíže. (graf č. 14)

Otázka číslo 12 navazuje na otázku předchozí a zjišťuje finanční situaci, kterou abstinující alkoholici mají nyní. Zde 31 respondentů uvedlo, že je jejich finanční situace průměrná a 18 respondentů ji označují dokonce jako dobrou. Naopak 5 respondentů svou finanční situaci označuje jako špatnou a 2 respondenti ji pocítují jako velice špatnou. (graf č. 15)

V otázce číslo 13 jsem u dotazovaných zjišťovala, co je pro ně největší motivací ke střízlivosti. Zde 34 respondentů uvedlo, že je pro ně největší motivací rodina. U 13 dotázaných je to zdraví. 11 respondentů uvádí jako největší motivaci svou vlastní osobu a stejný počet respondentů si chce užívat života. Pro 2 respondenty je největší motivací pocit svobody. Po jednom se objevily důvody: vyhlídky do budoucna, postavení ve společnosti, dokončení školy, zachování řidičského průkazu a strach ze smrti. (graf č. 16)

Položka číslo 14 se zabývá otázkou, zda jsou abstinující alkoholici pyšní na to, jakého cíle dosáhli. Zde mi naprostá většina respondentů, 53 dotázaných, odpověděla, že ano. Pouze 3 respondenti odpověděli záporně. (graf č. 17)

V 15. otázce jsem zjišťovala, zda se dotazovaní mají v případě problémů na koho obrátit. Všichni respondenti v této otázce odpověděli kladně. (graf č. 18)

V poslední otázce - č. 16 - mě zajímalo, jestli abstinující alkoholici navštěvují pravidelně nějakého psychiatra. Zde mi 41 respondentů odpovědělo kladně a 15 respondentů záporně. (graf č. 19)

V položce číslo 17 jsem dala dotazovaným volný prostor k tomu, aby mohli ještě cokoli ke svému stavu dodat. Pro tuto možnost se rozhodlo 21 respondentů. Hodně respondentů děkuje sdružení AA a uvádí, že jejich život je lepší a kvalitnější. Mezi dalšími dodatky mě zaujaly hlavně tyto:

1. Nejtěžší období po léčbě je první rok, kdy si člověk uvědomuje, jak je těžké získávat důvěru okolí a řešit problémy způsobené alkoholickou kariérou. Poté, kdy si člověk odpustí, je každý den v abstinenci největší dar a výhra.

2. Jsem svobodná.
3. Realita života je úžasná. Jen se to člověk musí postupně znovu naučit.
4. Život před trvalou abstinencí a po poslední léčbě je nesrovnatelný, pestrý. Moje alkoholická minulost je pro mě obrovská zkušenost, se kterou mohu být nápomocen těm, kteří v sobě najdou odvahu požádat o pomoc.
5. Bez alkoholu jako podpůrného prostředku zvládám svůj život a životní roli manžela a otce mnohem lépe.
6. Pít bylo strašné, ale nyní již vidím, že celý můj život nebyl zbytečný.
7. Mám daleko více energie, našla jsem si pravé přátele. Umím si stát za svým názorem. Nemusím se podřizovat ostatním z důvodu vyčítání si, že jsem se opila.
8. Někdy není jednoduché zvládat abstinenci, ale stojí za to vynaložit veškeré úsilí.
9. Obrovská úleva při řízení vozidla, či při jednání s lidmi.
10. Probouzet se každé ráno bez abst'áku je fajn.

Dotazníkem vlastní konstrukce jsem docílila všeho, co jsem měla v plánu od respondentů zjistit, a myslím, že díky němu mohu říci, že kvalita života se u alkoholika, který abstínuje, velice zlepšuje.

Standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF doplnil mou hypotézu, že abstínující alkoholik může žít stejně kvalitní život jako běžný člověk, který si závislostí neprošel.

K výzkumu kvalitativnímu pomocí rozhovoru:

Jako poslední výzkum jsem zvolila výzkum kvalitativní. Se šesti respondenty jsem zvolila techniku strukturovaného rozhovoru.

Kolegyně Kasíková ve své práci použila taktéž výzkum pomocí polostrukturovaného rozhovoru, a to se čtyřmi muži, kteří abstinovali 1-1,5 roku. Velkou výhodou tohoto výzkumu pro ni bylo, že znala životní příběh dotazovaných.

Ve své práci jsem záměrně poprosila o rozhovor 3 muže a 3 ženy, neboť jsem chtěla porovnat případné rozdíly mezi přemýšlením mužským a ženským. Moji respondenti měli i delší dobu abstinence, která se pohybovala od 3 do 12 let.

Oba naše výzkumy se shodují v tom, že u dotazovaných došlo k výrazné změně života k lepšímu. Poukazují na dobré vztahy v rodině, úspěch v práci, nové přátele. Všichni naši respondenti udávají zlepšení kvality života po absolvování léčby v oblasti psychické, fyzické

i sociální. Je zde tedy vidět jasný pozitivní dopad pro lidi, kteří se se svou závislostí rozhodli něco udělat.

Z našich výzkumů je i patrné, že pro abstinující alkoholiky je velice důležitá forma doléčování – kolegyně Kasíková uvádí, že na setkání anonymních alkoholiků chodí pravidelně tři ze čtyř respondentů, v mém výzkumu jsou to všichni dotazovaní.

Pomocí kvalitativního výzkumu jsem nahlédla do problému závislosti z pohledu samotného alkoholika. Rozhovory s těmito alkoholiky a setkání anonymních alkoholiků, kde jsem byla přítomna, byly pro mě nepopsatelnou zkušeností, která mě uvedla hlouběji do jejich problémů. Začala jsem jejich nemoc vnímat jinými očima a našla pro ně pochopení a úctu pro to, čím si dokázali projít a jak znovu našli sami sebe.

Opět jsem zde dospěla k názoru, že abstinující alkoholik může žít plnohodnotný život jako běžný člověk.

Cíle pro třetí část výzkumu byly splněny.

17 Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo ukázat dopady, které přináší závislost na alkoholu, a další možná rizika, která s sebou nese jeho nadměrné užívání.

V teoretické části jsem nastínila, co je alkohol a jak se vyrábí. Dále jsem se zabývala i historií vzniku alkoholu a zároveň vznikem základních léčebných přístupů, včetně otevření prvních záchytných stanic.

Přinesla jsem přehled o nejčastějších onemocněních, která nadměrné pití alkoholu způsobuje, a to v podobě somatické i psychické. Dopady závislosti na alkoholu se týkají nejen osoby alkoholika, ale i jeho širokého okolí. Ve své práci jsem poukázala na to, že závislost na alkoholu má své důsledky v oblasti rodinné a sociální, kdy jsou velmi poznamenáni nejbližší příbuzní, hlavně děti alkoholiků. I proto je nedílnou součástí v boji proti nadměrnému pití alkoholu prevence, kterou se ve své práci také zabývám.

Další, velmi důležitou částí mé bakalářské práce bylo nastínění léčby závislosti. Podala jsem přehled možností a obsahu léčby. Pro každého alkoholika je v léčbě nejdůležitější aktivní psychoterapie, při které si člověk uvědomí své problémy a důvody svého pití. Poté má mnohem větší šanci dojít po cestě k abstinenci a úspěšnému cíli. Léčbou by si měl projít každý člověk, který se s alkoholem potýká a vykazuje známky závislosti.

Chtěla jsem i ukázat, že je více druhů doléčovacích programů a svépomocných skupin, které má abstinující alkoholik možnost navštěvovat. Dále jsem nastínila i techniky vhodné k udržení abstinence, kterými si může léčený alkoholik pomoci, jelikož trvalá doživotní abstinence je hlavním požadavkem úspěšné léčby.

V závěru teoretické části se zabývám nastíněním podobných prací, které se zabývaly touto tematikou a statistickými údaji. Tyto údaje jasně dokazují, že problém alkoholismu není vůbec na ústupu a lidé se s tímto démonem stále potýkají.

V empirické části se zabývám hlavně výzkumem. Provedla jsem výzkum kvalitativní pomocí strukturovaného rozhovoru, pomocí kterého jsem cíleně vyzpovídala 3 muže a 3 ženy, kteří abstinují již delší dobu. Již v tomto výzkumu se potvrdila má domněnka, že se v době jejich abstinence jejich kvalita života výrazně zlepšila v oblasti psychické, fyzické i sociální a nyní žijí plnohodnotný život.

Dále jsem provedla i výzkum kvantitativní, pomocí dotazníku vlastní konstrukce a pomocí světově uznávaného dotazníku WHOQOL-BREF, který je zkrácenou verzí dotazníku WHOQOL-100.

Pomocí dotazníku vlastní konstrukce jsem opět zjistila, že kvalita života alkoholika je lepší než v době jeho alkoholového opojení, i když návrat do běžného života nemají mnohdy jednoduchý návrat, a ještě dlouhou dobu se potýkají s problémy, které si způsobili během své alkoholové závislosti.

Dotazník WHOQOL-BREF ukázal, že je vhodný k aplikaci v řadách abstinujících alkoholiků a že se kvalita života abstinujícího alkoholika výrazně neliší od člověka z běžné populace. Je to samozřejmě dané abstinencí a tudíž i jednodušším návratem do běžného života.

Anotace

Autor:	Petra Formanová
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Kvalita života abstinujícího alkoholika
Vedoucí práce:	Mgr. Michaela Votroubková
Počet stran:	131
Počet příloh:	4
Rok obhajoby:	2017
Klíčová slova:	alkohol, alkoholismus, závislost, abstinence, kvalita života

Bakalářská práce se zabývá závislostí na alkoholu a špatnými bio-psycho-sociálními dopady na člověka při jeho nadužívání. Ukazuje neblahý vliv alkoholu na lidský organismus s možnými nejčastějšími chorobami, které se mohou u alkoholika objevit. Předkládá možnosti léčby i následných doléčovacích programů. Tato práce je postavena hlavně na výzkumné části, která se skládá ze dvou výzkumů. První část je složena z výzkumu kvantitativního, pomocí dotazníku vlastní konstrukce a světově uznávaného standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF. Druhá část je vypracována pomocí výzkumu kvalitativního, který je aplikován pomocí standardizovaného rozhovoru se šesti respondenty. Získaná data z těchto výzkumů jasně hovoří o pozitivní změně abstinujícího alkoholika po léčbě, a to v oblasti fyzické, psychické i sociální.

Annotation

Author: Petra Formanová

Institution: Charles University in Prague, Faculty of Medicine in Hradec Králové, Institute of Social Medicine, Department of Nursing

Title: The Quality of life of abstaining alcoholic

Supervisor: Mgr. Michaela Votroubková

Number of pages: 131

Number of supplements: 4

Defence year: 2017

Keywords: alcohol, alcoholism, dependence, abstinence, Quality of life

Bachelor thesis deals with alcohol dependence, and poor bio-psycho-social effects on humans during its overuse. It indicates an adverse effect on the human organism with potentially the most common diseases which can occur in alcoholics. The thesis presents treatment options and follow aftercare programs. This work is based mainly on the research part, which consists of two surveys. The first part consists of quantitative research, using a questionnaire of our own design and world-renowned standardized questionnaire WHOQOL-BREF. The second part is developed using qualitative research, which is applied using a standardized interview with six respondents. The data obtained from this research clearly indicates a positive change of abstaining alcoholic after treatment, and in the physical, mental and social.

Použitá literatura:

Primární zdroje:

EDWARDS, Griffith. *Záhadná molekula: mýty a skutečnosti o alkoholu*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 2004. Edice 21. ISBN 80-7106-696-6.

HELLER, Jiří a Olga PECINOVSKÁ (eds.). *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga, 2011. ISBN 978-80-87258-62-0.

HELLER, Jiří a Olga PECINOVSKÁ. *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada, 1996. ISBN 80-7169-277-8.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie: [směry, metody, výzkum]*. Vyd. 3., dopl. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-414-1.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 3., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6.

NEŠPOR, Karel. *Zůstat střízlivý: praktické návody pro ty, kteří mají problém s alkoholem, a jejich blízké*. Brno: Host, 2006. ISBN 80-7294-206-9.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-432-X.

Zdravotnická statistika. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2016. ISBN 978-80-7472-151-9

Sekundární zdroje:

DANZER, Gerhard. *Psychosomatika: celostný pohled na zdraví těla i duše*. Praha: Portál, 2001. Spektrum (Portál). ISBN 80-7178-456-7.

DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇOVÁ. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment : příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-82-4.

LUKEŠ, Viktor. *Slabikář alkoholu a míchaných nápojů*. Praha: Great Step, 2004. Slabikáře pro dospělé. ISBN 80-239-3920-3.

MORSCHITZKY, Hans a Sigrid SATOR. *Když duše mluví řečí těla: stručný přehled psychosomatiky*. Vyd. 2. Přeložil Petr BABKA. Praha: Portál, 2012. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0310-0.

Musilová, M. *Ošetrovatel'stvo a kvalita života*. In Farkašová, D. a kol. *Ošetrovatel'stvo: teória*. 3. doplnené vyd. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-322-6.

NECHANSKÁ, Blanka. *Uživatelé alkoholu a jiných drog ve zdravotnické statistice od roku 1959*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2011. ISBN 978-80-7440-048-3.

SKÁLA, J. a kol., *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1987

KVAPILÍK, J., SVOBODOVÁ A. a kol., *Člověk a alkohol*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1985

SOURNIA, Jean-Charles. *Dějiny pijáctví*. Přeložil Petr HIMMEL, přeložil Galina KAVANOVÁ. Praha: Garamond, 1999. ISBN 80-86379-01-9.

SOVINOVÁ, Hana, Ladislav CSÉMY a Věra KERNOVÁ. *Užívání tabáku a alkoholu v České republice: zpráva o situaci za období posledních deseti let*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2014. ISBN 978-80-7071-335-8.

TRESS, Wolfgang, Johannes KRUSSE a Jürgen OTT. *Základní psychosomatická péče*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-309-3.

Zahraniční zdroje:

Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: World Health Organization, 2010. ISBN 9789241599931.

MACKENBACH, J. P. a Martin MCKEE, ed. *Successes and failures of health policy in Europe: four decades of divergent trends and converging challenges*. New York: Open University Press, c2013. European Observatory on Health Systems and Policies Series. ISBN 978-0-335-24751-6.

Internetové zdroje:

Anonymní alkoholici. In *Wikipedie – otevřená encyklopedie* [online]. Praha: Wikimedia. Poslední změna 5.12. 2016 ve 21.57 [cit. 23. 3. 2017]. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/Anonymn%C3%AD_alkoholici

Bartošová a další. Alkoholový detox? Horší než drogový, míní experti. Týden.cz [online], 29.7.2013 v 6.00 [cit. 23.1.2017]. Dostupné z: http://www.tyden.cz/rubriky/domaci/zdravotnictvi/alkoholicky-detox-horsi-nez-drogovy-mini-experti_277767.html?showTab=diskutovane

Ethanol. In *Wikipedie – otevřená encyklopedie* [online]. Praha: Wikimedia. Poslední změna 25. 1. 2017 ve 21. 04 [cit. 23. 1. 2017]. Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Ethanol>

Historie alkoholu. Dějiny alkoholu [online], 15.10.2007 v 0.52 [cit. 23. 3. 2017]. Dostupné z: <http://dejinyalkoholu.blogspot.cz/2007/10/historie-alkoholu.html>

KASÍKOVÁ, Martina. Kvalita života lidí závislých na alkoholu po léčbě, Hradec Králové 2011. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové. Ústav sociálního lékařství. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/110548/23820427/?q=%7B>"

Kvantitativní výzkum. In *Wikipedie – otevřená encyklopedie* [online]. Praha: Wikimedia. Poslední změna 14.8.2016 v 19.47 [cit. 23. 3. 2017]. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/Kvantitativn%C3%AD_v%C3%BDzkum

Obecně o závislostech. Pomoc v závislosti [online]. Psychiatrická nemocnice v Kroměříži, 2011 [cit.23.1.2017]. Dostupné z: <http://www.pomocvzavislosti.cz/cs/akt/zavislost-na-alkoholu>

Opilost. In *Wikipedie – otevřená encyklopedie* [online]. Praha: Wikimedia. Poslední změna 19. 3. 2017 v 17. 38 [cit. 23. 3. 2017]. Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Opilost>

System protialkoholních zachytných stanic potřebuje efektivnější úpravu. Zdravi.e15.cz [online]. © 2014 [cit. 21.12.2016]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mladafronta-zdravotnicke-noviny-zdn/system-protialkoholnich-zachytnych-stanic-potrebujeefektivnejsi-pravni-upravu-471661>.

Výroba alkoholických nápojů. In *wikibooks* [online]. Praha: Wikimedia. Poslední změna 3.4.2017 ve 13.03. Dostupné z: https://cs.wikibooks.org/wiki/V%C3%BDroba_alkoholick%C3%BDch_n%C3%A1poj%C5%AF

Záchytka. In *Wikipedie – otevřená encyklopedie* [online]. Praha: Wikimedia. Poslední změna 15.5.2016 ve 14.22 [cit. 23.1.2017]. Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Z%C3%A1chytka>

Seznam příloh:

Příloha č. 1.....	103
Příloha č.2	106
Příloha č.3	108
Příloha č.4	109

Seznam grafů:

Graf. č. 1 - Vývoj počtu propuštěných a zemřelých v psychiatrických lůžkových zařízeních závislých na alkoholu	54
Graf. č. 2 - Návratnost dotazníků	58
Graf. č. 3 - Pohlaví	63
Graf. č. 4 - Věk	64
Graf. č. 5 - Vzdělání	64
Graf. č. 6 - Délka abstinence	65
Graf. č. 7 - Důvod léčby	65
Graf. č. 8 - Četnost léčení	66
Graf. č. 9 - Stydíte se přiznat lidem, že jste abstinující alkoholik?	66
Graf. č. 10 - Důvod, proč se stydíte přiznat lidem, že jste abstinující alkoholik?	67
Graf. č. 11 - Jak se k vašemu problému staví rodina?	67
Graf. č. 12 - Máte kvůli předešlé závislosti na alkoholu nějaké zdravotní potíže?	68
Graf. č. 13 - Druh potíží	68
Graf. č. 14 - Finanční problémy	69
Graf. č. 15 - Jaká je vaše současná finanční situace?	69
Graf. č. 16 - Co je pro vás největší motivací být střízlivý?	70
Graf. č. 17 - Jste pyšný/á na to, jakého cíle jste dosáhla?	70
Graf. č. 18 - Máte někoho, na koho se můžete v případě obtíží obrátit?	71
Graf. č. 19 - Docházíte pravidelně do nějaké psychiatrické ambulance?	71
Graf. č. 20 - Kvalita života	73
Graf. č. 21 - Zdravotní stav	73

Seznam tabulek:

Tabulka č. 1 -Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	60
Tabulka č. 2 - Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	60
Tabulka č. 3 - Složení domén dotazníku WHOQOL-BREF	60
Tabulka č. 4 - Průměrné skóre položek u abstinujících alkoholiků a u běžné populace	74
Tabulka č. 5 – Jednotlivé oblasti tak, jak byly vyplněny respondenty	75
Tabulka č. 6 – Porovnání průměrů všech dimenzí mezi běžnou populací a skupinou respondentů	76
Tabulka č. 7 – Intervaly běžné populace pro jednotlivé domény	76
Tabulka č. 8 – Základní přehled respondentů	78
Tabulka č. 9 – Rozdělený rozhovor do kategorií a subkategorií.....	79
Tabulka č. 10 – Období alkoholového opojení.....	80
Tabulka č. 11 – Období v léčbě	81
Tabulka č. 12 – Kvalita života po léčbě	83
Tabulka č. 13 – Porovnání mého výzkumu s výzkumem Kasíkové	86

Příloha 1 – standardizovaný dotazník WHOQOL- BREF (krátká verze)

KVALITA ŽIVOTA

DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE

WHOQOL-BREF (krátká verze)

INSTRUKCE

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. **Odpovězte laskavě na všechny otázky.** Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, **vyberte prosím odpověď**, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se Vás na Váš život za **poslední dva týdny**. Máme tedy na mysli poslední dva týdny, když se Vás zeptáme např.:

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	1	2	3	④	5

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, kolik pomoci se Vám od ostatních dostávalo během posledních dvou týdnů. Pokud se Vám dostávalo od ostatních hodně podpory, zakroužkoval/a byste tedy číslo 4.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	①	2	3	4	5

Pokud se Vám v posledních dvou týdnech nedostávalo od ostatních žádné pomoci, kterou potřebujete, zakroužkoval/a byste číslo 1.

Přečtete si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
	1	2	3	4	5

2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, v **jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5

	velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
15. Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a **šťastný/á** nebo **spokojený/á** s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

Následující otázka se týká toho, **jak často** jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů.

	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
26. Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5

Příloha 2 – dotazník vlastní konstrukce

Vážená paní, pane

Jmenuji se Petra Formanová a jsem studentkou třetího ročníku Bc. Studia, obor ošetrovatelství. Velice mne zajímá problematika abstinujících alkoholiků, a proto jsem se rozhodla ke své závěrečné bakalářské práci pro téma: KVALITA ŽIVOTA ABSTINUJÍCÍHO ALKOHOLIKA . Velice bych Vás chtěla poprosit o vyplnění tohoto krátkého dotazníku, který je nedílnou součástí mé práce. Vaše anonymita nebude nikterak narušena a všechny zde uvedené informace nebudou použity k jiným účelům.

Předem Vám velice děkuji za Vaši ochotu

1. Pohlaví

- žena muž

2. Věk

- do 20 let 20 – 30 let 30 - 40 let
 40 – 50 let 50 – 60 let 60 let a více

3. Nejvyšší dosažené vzdělání

- základní vyučen /a středoškolské
 vysokoškolské

4. Jak dlouho abstinujete?

- méně jak 3 měsíce 3 měsíce - 1 rok 1 – 2 roky
 2 – 3 roky 3 – 5 let 5 let a více

5. Proč jste se rozhodl/a pro léčbu? Prosím stručně popište důvod

6. Kolikrát jste absolvoval/a léčení ?

- 1 krát 2 krát 3 krát
 4 krát 5 krát více jak 5 krát

7. Stydíte se přiznat lidem, že jste abstinující alkoholik ?

- ano ne

8. Pokud jste odpověděl/a ano, uveďte prosím stručně důvod

9. Jak se k Vašemu problému staví Vaše rodina? Prosím popište

10. Máte kvůli předešlé závislosti na alkoholu nějaké zdravotní potíže?

- ano, jaké?
- ne

11. Dostal/a jste se díky závislosti na alkoholu do finančních problémů?

- ano
- ne

12. Jaká je Vaše současná finanční situace?

- dobrá
- průměrná
- špatná
- velice špatná

13. Co je pro Vás největší motivací být střízlivý?

14. Jste pyšný / á na to, jakého cíle jste dosáhl /a?

- ano
- ne

15. Máte někoho, na koho se můžete v případě problémů obrátit?

- ano
- ne

16. Docházíte pravidelně do nějaké psychiatrické ambulance?

- ano
- ne

17. Pokud byste chtěl/a dodat ještě něco ohledně kvality Vašeho života po léčbě,
zde máte prostor. Děkuji

Příloha 3 – registrující formulář k objednání dotazníku WHOQOL-BREF

Zjistěte náit adresu: PhDr. Eva Dragomířecská, Psychiatrické centrum Praha, Ústavní 91, 181 03 Praha 8-Bolniece • fax: 266 003 143 • e-mail: dragomirecska.gudcp@cz.sus.cz

OBJEDNÁVKOVÝ FORMULÁŘ ČESKÉ VERZE DOTAZNÍKU WHOQOL

Jméno a příjmení		Organizace	
Petra FORMANOVÁ		LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ	
Adresa		Telefon	
MALECKA' 377, CHRUUDIM, 537 05		444 / 500 870	
E-mail		Fax	
petraspula.kova@seznam.cz			
URI adresa			
Název projektu			
KVALITA ŽIVOTA ABSTINUJÍCÍHO ALKOHOLIKA			
Charakteristika souboru	Předpokládaná velikost souboru	Předpokládané datum dokončení	
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE	cca 100 klauz	BŘEZEN 2017	
Stručný popis projektu			
JEDNA SE O BAKALÁŘSKOU PRÁCI S VÝŠE UVE- DENÝM TÉMATEM. DOTAZNÍK BUDU JAKA VYPLNIT cca 50 ABSTINUJÍCÍM ALKOHOLIKŮM, NAVŮTĚVUJÍCÍM SDRUŽENÍ AA			
Objednávám <input checked="" type="checkbox"/> WHOQOL-BREF <input type="checkbox"/> WHOQOL-100			
Zavazuji se k respektování autorských práv uvedených v Příručce pro uživatele.			
Dne	9. 11. 2016	Podpis	Forman

Příloha č.4 – rozhovory s respondenty

Rozhovor s respondentem č. 1

Paní K. S., nar. 1983. Absolvovala dvakrát protialkoholní léčbu a nyní 3 roky abstinuje. V současné době žije sama v pronajaté místnosti v rodinném domku se zahrádkou. Společně s ní bydlí ještě majitelka domu a jedna podnájemnice.

Paní K. S. je rozvedená. Má syna, kterému je 11 let. Ten žije trvale se svým otcem v městečku vzdáleném asi 40 km. Paní K. S. si svého syna pravidelně bere každých 14 dní na víkend a tráví s ním polovinu prázdnin.

1. Období alkoholového opojení

a) Jak probíhaly vaše začátky pití alkoholu?

Mé začátky s pitím přišly kolem 16.-17. roku života, kdy jsem potkala svého budoucího manžela. Ten se rád napil a chodil do restaurace mezi své přátele, kam mě brával s sebou. Tehdy jsem si začala uvědomovat, co alkohol dokáže. Měla jsem nízké sebevědomí, nikdy jsem nebyla středem pozornosti a byla jsem trémistka, nedokázala jsem bavit ostatní, a to se s alkoholem změnilo. Po větší dávce alkoholu jsem najednou byla vtipná, otevřená, mé sebevědomí narůstalo a cítila jsem se dobře. Těšila jsem se na ty dny, kdy půjdeme do hospody a já zažiju ten omamný pocit, kdy všechno je hrozně fajn a já jsem skvělá.

b) Co bylo prvotním okamžikem, kdy jste si uvědomila, že máte problém?

Prvotním příznakem byly abstinenční příznaky, klepání rukou, nemyslela jsem na nic jiného než na ten alkohol a po prvním doušku přišla hrozná úleva. Jakmile jsem začala cítit třes, tak jsem se musela napít, ale postupem času chtěla mysl víc a víc. Pak to přešlo do stavu, kdy už mi bylo jedno, co bude můj syn jíst, hlavně já jsem potřebovala mít svůj alkohol. Nakonec jsem nad ním byla absolutně bezmocná.

c) Jak Vaši závislost zvládala rodina?

Mou rodinou v době mé závislosti byla moje sestra a můj syn. Moje matka byla také alkoholička a pily jsme spolu. Vzájemně jsme se ujišťovaly, že to máme vlastně pod kontrolou.

Moje sestra věděla, že mám problém. Když jsem kvůli alkoholu málem zemřela, ona stála po mém boku, zařídila všechno. Postarala se o mého syna, o moje dluhy. Po této zkušenosti jsem sama 7 měsíců abstinovala, ale bylo to pouze silou vůle. Pořád jsem na alkohol myslela a pak jsem do toho znovu spadla. Nikdy nezapomenu větu mé sestry, která řekla: „Už jednou jsi mě zlomila, podruhé už ti to nedovolím, teď už se klidně uchlastej k smrti, je mi to jedno.“ Já jsem ve své alkoholové sebelítosti došla k závěru, že mě nikdo nemá rád, a vůbec jsem si neuvědomovala, jak moc jim ubližuju.

d) Jak Vaše závislost ovlivnila zaměstnání?

V zaměstnání se pilo, pil celý personál, hlavně vodku - v naivní představě, že z nás není cítit. Takže jsem pila s nimi a myslela si, že je to tak v pořádku. Svou práci jsme si všichni udělali, i když určitě ne tak kvalitně, jak by bylo potřeba, ale v té době jsem si dávala panáka pro „lepší výkonnost“.

e) Jak jste se v tomto období cítila po psychické stránce?

Psychicky jsem se cítila v závislosti strašně, měla jsem hrozný depresi. Pokud jsem měla hladinku, tak bylo všechno „v pořádku“, ale po vystřízlivění to bylo hrozné, měla jsem okna a pokud jsem si něco pamatovala, byly to pády a opovrhující pohledy lidí.

f) Měla jste někdy kvůli alkoholu problém se zákonem?

Naštěstí nikdy.

g) Měla jste v době závislosti myšlenky na sebevraždu?

Několikrát. Myslím, že by se mi to při posledním pokusu i podařilo, pokud by mě sestra neodvezla na záchytku a následně do léčebny. Tenkrát jsem byla pevně rozhodnutá to skončit.

2. Období v léčbě

a) Jak probíhalo Vaše rozhodnutí jít se léčit?

Před první léčbou jsem byla v koncích, neměla jsem peníze na alkohol, sestry jsem se strašně bála, chtěla jsem se zabít, ale s klepajícima rukama to nešlo, tak jsem raději zavolala na tísňovou linku, nevěděla jsem si rady.

Před druhou léčbou mě sestra našla 100 km od domova, psychicky zhroucenou, zavolala mi záchranku, která mě pro opilost musela převézt na záchytku, a druhý den po vystřízlivění jsem automaticky nastoupila léčbu.

b) Jak dlouho trvala Vaše léčba? Kolikrát jste ji absolvovala?

Léčbu jsem absolvovala celkem dvakrát, pokaždé trvala 3 měsíce

c) Jak jste zvládala začátky léčby? Co pro Vás bylo v léčbě nejhorší? Co se Vám naopak líbilo?

První léčbu jsem brala laxně, myslela jsem si, že projdu tři měsíce a budu vyléčená, styděla jsem se přiznat okolí i sama sobě, jaká doopravdy jsem. Prakticky jsem se přetvařovala. Začátky byly strašný, byl tam tvrdý režim. Nechtěla jsem s nikým mluvit, nikomu nic říkat, nechápala jsem systém léčby, bodování a tresty za maličkosti. To pro mě bylo asi vždycky nejhorší. U druhé léčby jsem už přišla na to, že se musím otevřít a říct na sebe veškerou „špínu“. Moc se mi líbilo, že jsem tam našla spoustu přátel se stejným problémem. Našla jsem v sobě skrytý talent, což potvrdil i celý terapeutický tým, režírovala jsem divadlo, psala scénáře, vyhrávala jsem ceny. Tím jsem si uvědomila, že mám i spoustu kvalit.

d) Měla jste chuť léčbu předčasně ukončit?

Ano, ze začátku. To měl ale asi každý, než pochopil smysl léčby.

3. Kvalita života po léčbě

a) S jakými pocity jste léčbu opouštěla?

Po první léčbě jsem měla pocit, že jsem vyléčená, že je všechno v pořádku, ale stále jsem se litovala, a to vedlo k recidivě. Po druhé léčbě už to bylo jiné, měla jsem strach žít venku bez léčebny, kde jsem byla chráněná. Zároveň jsem si ale uvědomovala, že musím začít od začátku, že jsem alkoholik a tím už zůstanu do konce života.

b) Jak Vás po léčbě přijalo okolí? Setkala jste se někdy s odsouzením okolí?

Největší strach jsem měla ze své sestry, držela mě, ale cítila jsem, že mi ještě nevěří. Důvěra byla totálně narušená. Pomáhala mi, ale ten vztah byl chladný. Měla jsem pocit, že už to nikdy mezi námi nebude jako dřív. Už proto jsem si řekla, že tentokrát to dokážu, kvůli ní a synovi,

protože to jsou dva lidi, které nejvíc miluji a záleží mi na nich. Ta důvěra se obnovuje, i když vím, že úplná si už nikdy nebude. S přímým odsouzením jsem se nesetkala nikdy. O mém alkoholismu ví sice málo lidí, ale nikdo se mi neposmíval nebo naopak nelákal k alkoholu. Berou situaci tak, jak je.

c) Jak se nyní cítíte po psychické stránce?

Nyní jsem na tom psychicky podstatně lépe, beru sice antidepresiva, občas přijde deprese, sebelítost. Ale jsem nyní kvalitní člověk, zaměstnanec a mám radost ze života bez alkoholu.

d) Zlepšila se po léčbě kvalita Vašeho života? V jakém směru?

Jsem úspěšná v práci, mám vyšší sebevědomí. Víím, že svou práci dělám víc než dobře. Mám skvělý vztah se synem, se sestřinou rodinou, kteří mě přijali.

e) Máte někdy chuť se napít?

Chutě nemám, ale v mysli to občas přeskočí, to si myslím bude až do konce života. Pak si ihned vzpomenu na svůj život v alkoholu a je to pryč.

f) Bojíte se recidivy?

Bojím, ale věřím si. Pokud by měla přijít, tak už víím, že musím okamžitě vyhledat pomoc a včas to zastavit. Nikdo nejsme dokonalý a teď už víím, že recidiva přijít může, jen je třeba ji ihned řešit.

g) Chodíte na nějaký doléčovací program, navštěvujete pravidelně psychiatra?

Ano, a pomáhá mi to. Potřebuju to ke svému životu. Občas dojíždím na skupiny do léčebny a tam mi to neskutečně pomáhá. Vypovídat se mezi lidmi, kteří vědí o čem mluvím. Člověk, který si závislostí neprošel, nebo se tím nezabývá, tak nás „závisláky“ nemůže zcela pochopit. Chodím samozřejmě i k psychiatrovi, který mi předepisuje antidepresiva.

h) Jste nyní šťastná?

Jsem šťastná bez alkoholu. Samozřejmě jsou chvílky, kdy je to horší. Ale s tím, jak mi bylo, když jsem pila, se to nedá vůbec srovnat.

Rozhovor s respondentem č. 2

Pan L. T, ročník 1968. Absolvoval šestkrát protialkoholní léčbu a nyní 7 let abstinuje. V současné době žije sám v bytě, je rozvedený a má již dospělou dceru. Jeho sociální situace je dobrá, ale žije velice skromně z důvodu insolvence, ve které je pro dluhy ze své alkoholické kariéry.

1. Období alkoholového opojení

a) Jak probíhaly Vaše začátky pití alkoholu?

Kdy to vše začalo být vážné, to asi nedokáže přesně určit žádný alkoholik. U mne to asi naplno propuklo v období práce na montážích. Tehdy jsem začal alkohol upřednostňovat před vším.

b) Co bylo prvotním okamžikem, kdy jste si uvědomil, že máte problém?

Prvotním okamžikem, kdy jsem si uvědomil, že je opravdu něco s mým pitím v nepořádku, bylo, když jsem se ocitl až na své třetí léčbě.

c) Jak Vaši závislost zvládala rodina?

Na první léčbu mi dopomohli rodiče a sestra, v tu dobu jsem byl již i kvůli pití rozvedený. Na třetí léčbě i na dalších, které následovaly, se už ode mne sestra distancovala. Rodiče mezitím zemřeli. Určitě jsem jim moc ubližoval, což jsem si v té době ale neuvědomoval.

d) Jak Vaše závislost ovlivnila zaměstnání?

Během 8 let, ve kterých jsem 5x po prvoléčbě recidivoval, jsem pokaždé přišel o dobré zaměstnání, ke kterému jsem se po předešlé léčbě pracně vypracoval. Vždy to bylo velice rychle od začátku recidivy.

e) Jak jste se v tomto období cítil po psychické stránce?

Období mezi první a poslední léčbou je jeden velký chuchvalec čehosi. Ani pořádně nevím, jak jsem se cítil psychicky. Jedno je jisté. Vždy po recidivě absolutně na dně. A před recidivou? Trocha racionalizace problémů, obavy z budoucnosti, nechut' a odpor k samotě.

f) Měl jste někdy kvůli alkoholu problém se zákonem?

Se zákonem díky svému alkoholismu jsem problém měl, a sice v momentě, kdy jsem po havárii v osobním voze policejní hlídce nadýchal tolik, že už to zákon posuzuje jako trestný čin. Byl mi odebrán ŘP na 3 roky. Dnes již ho mám dávno zpět.

g) Měl jste v době závislosti myšlenky na sebevraždu?

Na sebevraždu jsem pomýšlel při své čtvrté recidivě, kdy má sebedůvěra klesla na nulu a téměř jsem ze své závislosti neviděl východisko. Naštěstí jsem dokázal zmobilizovat rozum a dokázal jsem se objednat na další léčbu. I když ani ta nebyla ještě poslední, byl to moment, kdy jsem pochopil, že alkohol v momentě, kdy se napiji, je silnější než já sám.

2. Období v léčbě

a) Jak probíhalo Vaše rozhodnutí jít se léčit?

Na první léčbu jsem nastoupil jen pro to, abych měl v rodině klid. Druhou jsem bral jako že se to holt napoprvé nepovedlo a ke kontrolovanému pití musím přistoupit jinak - nějak lépe. Ještě mi nedocházelo, že něco takového není možné. Třetí a všechny další jsem nastupoval s pocitem další prohrané bitvy, s rozdrásanou psychikou a v nevalné, žalostné fyzické kondici. Nechápal jsem sám sebe, proč jsem to zase nedokázal.

b) Jak dlouho trvala Vaše léčba? Kolikrát jste ji absolvoval?

Léčbu jsem absolvoval celkem šestkrát, což je jeden a půl roku života...

c) Jak jste zvládal začátky léčby? Co pro Vás bylo v léčbě nejhorší? Co se Vám naopak líbilo?

Začátky léčby byly pro mne naprosto deprimující jako pro bohéma, který přece nemá problém s alkoholem. Postupem času jsem si na režim a pravidla léčeb zvykl natolik, že se vše pro mne stávalo jakousi rutinou. V dobrém slova smyslu. Věděl jsem, že mi bude odborně pomoheno a že třeba tentokráte se to podaří.

d) Měl jste chuť léčbu předčasně ukončit?

Byly i chvíle, kdy jsem chtěl léčbu opustit, když jsem měl pocit ztráty důstojnosti a svobody. Tyto pocity jsem v sobě řešil hlavně na své první, a především druhé léčbě, kdy jsem se ocitl na uzavřeném oddělení s úplně jiným režimem.

3. Kvalita života po léčbě

a) S jakými pocity jste léčbu opouštěl?

Pokaždé jsem léčbu opouštěl s pocity a přesvědčením, že vím jak na to a že to dám.

b) Jak Vás po léčbě přijalo okolí? Setkal jste se někdy s odsouzením okolí?

Vzhledem k mým četným recidivám, za které jsem se styděl, jsem se okolí a společnosti víceméně vyhýbal a před nevědoucími svoji závislost tajil. S přímým odsouzením, z očí do očí, jsem se setkal snad jen u sestry, která to samozřejmě myslela v dobrém. Ty nepřímé šušky a pomluvy jsem občas také vnímal. Nesmírně mi ubližovaly. Bral jsem si je příliš osobně.

V současnosti, díky mé již dlouhodobé abstinenci, se vztahy se sestrou i dcerou urovnaly na uspokojivou míru a nabyl jsem v jejich očích zpět důvěru, kterou jsem kdysi kvůli alkoholu, který mne ovládal, ztratil.

c) Jak se nyní cítíte po psychické stránce?

Nyní se cítím naprosto skvěle. Vyrovnaně. Nad věcí.

d) Zlepšila se po léčbě kvalita Vašeho života? V jakém směru?

V jakém směru se obrátil můj život v abstinenci k lepšímu? Myslím, že nemá smysl se o tom nějak šířeji rozepisovat. Tohle NIKDY ŽÁDNÝ NEZÁVISLÝ člověk nepochopí. Obrátil se, jak se říká, o 180 stupňů. K lepšímu. Ve všech myslitelných oblastech bytí!

Díky insolvenčnímu zákonu splácím dluhy, které jsem nadělal ve své alkoholické kariéře. I toto už bude za půl roku minulostí, se kterou jsem se chtěl čestně, chlapsky vypořádat, a daří se mi to jen díky tomu, že jsem dlouhodobě abstinující.

e) Máte někdy chuť se napít?

Nikdy jsem nebojoval s chutěmi ve smyslu, jak jsou mnohdy chápány. Moje recidivy byly vždy důsledkem zkratového řešení nějaké nepříjemné, zdánlivě neřešitelné situace. Únik

z reality. Touha osvobození se aspoň na chvíli od problémů. Nic neřešící osvobození se. Dnes už jsem ve fázi, kdy už to fakt nemám zapotřebí a nemám nejmenší zájem znovu prožívat všechny ty hrůzy, které recidiva přináší.

f) Bojíte se recidivy?

O recidivě už toho taky hodně vím. A vím, že se může stát. Komukoliv, kdykoliv. Neodsuzuju nikoho, komu se to stane. Důležité je znovu se postavit na nohy a jít dál. Může se dostavit i po dlouholeté abstinenci. Zním mnoho příkladů. Já už se jí nebojím. Snad jen toho, jestliže by se ještě někdy v mém životě měla přihodit, tak abych neexnul hned na začátku. Nebojím se jí proto, protože už vím, jak bych ji okamžitě řešil. Neváhal bych a nestyděl se hned zavolat některému ze svých přátel z Anonymních alkoholiků. To jsou lidé z jedné lodě, před kterými se nemusím za nic stydět a na něco si hrát. V nejhorším případě za mne převezmou veškerou iniciativu pro vyřešení a zastavení mé recidivy. Důvěřuju jim a naše vztahy jsou natolik přátelské, že vím, že by mi pomohli.

g) Chodíte na nějaký doléčovací program, navštěvujete pravidelně psychiatra?

Anonymní alkoholici jsou mým způsobem doléčování. Jakýkoli způsob doléčování považuji ze svého úhlu pohledu za nezbytný, protože já osobně jsem jej začal praktikovat až po poslední léčbě a najednou to jde. Dnes už skoro samo.

Psychiatra již nenavštěvuji, jsem ve stabilizovaném stavu a sdružení AA je pro mě naprosto dostačující.

h) Jste nyní šťastný?

A jestli se cítím nyní šťastný? Ano, ve své abstinenci se cítím opravdu šťastný. Přinejmenším nadměru spokojený.

Rozhovor s respondentem č. 3

Paní M. K., ročník 1971. Absolvovala jednu léčbu a nyní již 12 let abstínuje. Je rozvedená, má dceru a v současné době žije se svým přítelem, který je též léčený alkoholik. Dálkově vystudovala VOŠ a nyní pracuje jako terapeutická pracovnice u léčených alkoholiků.

1. Období alkoholového opojení

a) Jak probíhaly Vaše začátky pití alkoholu?

Nejdříve jsem pila pouze příležitostně, v mládí mi pivo ani rum nechutnaly – to mě naučili pít kamarádi, měla jsme ráda víno, můj strýc byl vinař, učil nás, jak se má víno pít, později v průběhu let jsem vypila místo 2 piv třeba 3, 4 až 5, 6, 8; vína i 2 litry za večer, zvyšovala se mi tolerance, myslela jsem si jak jsem dobrá, kolik toho snesu. Domnívala jsem se, že ho můžu pít vlastně pořád (nevěděla jsem nic o závislosti, nic o tom, že alkohol je návyková látka). Jednou mě napadlo v zimě, než jsem šla do práce, udělat si grog. Alkohol mi zvedal sebevědomí, cítila jsem se krásněji, dokonalá, úžasná, dodával mi to co mi chybělo ve vztahu, v práci, povznášel mě, všechno se zdálo lehčí, radostnější.

V mládí jsem věděla, kdy mám dost, odsuzovala jsem lidi, který pili nekontrolovaně – např. usínali, váleli se, byli agresivní, kecali nesmysly – to jsem ještě netušila, že jednou budu závislá na alkoholu.

b) Co bylo prvotním okamžikem, kdy jste si uvědomila, že máte problém?

Asi to, když jsem měla poprvé abst'ák, měla jsem pocit, že se o mě pokouší mrtvice. Byla jsem z toho vyplašená. Dále, že už piju hodně cca 2 litry vína i více za den nebo 0,5l rumu za den. Jednou jsem za den vypila i litr slivovice.

Je toho víc, prvotní okamžik nedokážu přesně určit. Manžel si všimnul, že moje pití není v pořádku, v práci si všimali mých zkalených očí.

c) Jak Vaši závislost zvládala rodina?

Manžel jak kdy. Chtěl mi věřit, že přestanu pít, někdy se rozčílil. Jednou mě vzteky hodil do vany a osprechoval mě studenou vodou. Nechápal proč tak piju. Se starší dcerou, tenkrát jí bylo 10 let, jsem si promluvila otevřeně, úměrně jejímu věku, říkala jsem jí, proč piji a že s tím

chci přestat. Sestra pro mě měla pochopení, nic mi nevyčítala, ale zase je fakt, že se mnou nebyla v jedné domácnosti.

d) Jak Vaše závislost ovlivnila zaměstnání?

Práci jsem zvládala špatně, musela jsem se hodně přetvařovat – dělat, že práci zvládám – stálo mě to hodně úsilí. Nosila jsem si alkohol do práce, pokud jsem neměla svou dávku, nemohla jsem se podepsat ani do knihy příchodů. Byla jsem nervózní, podrážděná, nemohla se soustředit a myslela jsem jenom na alkohol. Ráno jsem nemohla ani vstát z postele, byla jsem jak hadr. Bez síly. Kolegové říkali, že cítí alkohol, když jsou se mnou v místnosti, ale dělala jsem, že se mě to netýká.

e) Jak jste se v tomto období cítila po psychické stránce?

Po psychické stránce v době závislosti jsem se cítila špatně. Měla jsem velké úzkosti, někdy halucinace, poruchy spánku, nemohla jsem se soustředit, měla jsem pocit, že se všichni o mě v práci nebo ve městě baví, že mě sledují. Akorát když jsem si cvakla, byla jsem klidnější, ale to bylo jen na chvíli. Pití jsem si v duchu omlouvala. Říkala jsem si, že tolik nepiji, že ostatní taky pijí, že to je normální. Někdy jsem měla okna.

f) Měla jste někdy kvůli alkoholu problém se zákonem?

Ne

g) Měla jste v době závislosti myšlenky na sebevraždu?

Možná ano, ale nic konkrétního si nevybavuji.

2. Období v léčbě

a) Jak probíhalo Vaše rozhodnutí jít se léčit?

S pomocí rodiny, chtěla jsem i sama, ale bála jsem se toho, co mě na léčbě čeká, že z psychiatrie vyjdu ještě blbější.

b) Jak dlouho trvala Vaše léčba? Kolikrát jste ji absolvovala?

3 měsíce. Absolvovala jsem ji jednou.

c) Jak jste zvládala začátky léčby? Co pro Vás bylo v léčbě nejhorší? Co se Vám naopak líbilo?

Ze začátku to bylo hlavně o tom, soustředit se na režim. Potom důvěra. Komu můžu věřit a komu ne, někdy mi přišli terapeuti moc přísní. Líbilo se mi, že když jsem přišla do léčby, ulevilo se mi, protože jsem viděla, že je tam spousta lidí se stejným problémem a že ti lidi vypadají dobře, že to nejsou žádný špinavý existence. V té chvíli se mi fakt ulevilo. Líbila se mi psychoterapie, ovšem pouze, když se týkala druhých. Sama o sobě jsem měla problém mluvit, myslela jsem si, že moje osobní věci nesouvisí s tím, proč piju. Taky se mi líbilo, že když jsme neměli skupinu, hodně jsme si s ostatními povídali, a to hodně důvěrně.

d) Měla jste chuť léčbu předčasně ukončit?

Ano, asi v 6 týdnech léčby mi to už přišlo dlouhý, ale věděla jsem, že tam zůstanu do konce.

3. Kvalita života po léčbě

a) S jakými pocity jste léčbu opouštěla?

Těšila jsem se domů na manžela, na děti, ale zároveň jsem měla strach, jak se ke mně bude chovat okolí, jestli najdu práci, byla jsem rozhodnutá nepít.

b) Jak Vás po léčbě přijalo okolí? Setkala jste se někdy s odsouzením okolí?

Přímo jsem se s tím nesečkala, ale slyšela jsem jednu sousedku, jak mě pomlouvá na chodbě.

c) Jak se nyní cítíte po psychické stránce?

Nyní se cítím výborně po psychické stránce, jsem vyrovnaná, svůj osobní život si tvořím tak abych byla spokojená, aby mi bylo dobře. To neznamená, že někdy nejsem smutná nebo mě něco nenaštve, ale i toto do života patří.

d) Zlepšila se po léčbě kvalita Vašeho života? V jakém směru?

Moje kvalita života se zlepšila moc, alkoholismus + léčba + AA byla moje cesta ke svobodě. Před léčbou jsem si byla nejistá, málo jsem si věřila, neustále jsem o sobě pochybovala, podceňovala jsem se, přizpůsobovala jsem se ostatním. Bála jsem se konfliktů, byla jsem k sobě kritická. Manžel se mi zdál dokonalý, neuměla jsem říct ne, zařvat, říct svůj názor...

Po léčbě jsem postupně nabírala sebevědomí, stavěla jsem se na vlastní nohy, začala mít ráda samu sebe, odešla jsem od manžela. Cítila jsem se v tomto vztahu sama, chybělo mi porozumění, pochopení, otevřená komunikace, blízkost, sdílení některých věcí. Děsilo mě pomyšlení, že bych takto žila do konce života. Jsem schopná rozhodovat sama o sobě, jsem zodpovědná za svůj život.

Se současným přítelem, který je též léčený alkoholik, jsem poznala vztah, o jakém jsem vždycky snila. Je v něm partnerství, kamarádství, milenectví. Přítel mě bere takovou, jaká jsem, nemusím si před ním na nic hrát, s ním mám svobodu slova, projevu i chování.

e) Máte někdy chuť se napít?

Už dlouho ne.

f) Bojíte se recidivy?

Ne.

g) Chodíte na nějaký doléčovací program, navštěvujete pravidelně psychiatra?

AA 1x týdně.

h) Jste nyní šťastná?

ANO!!!

Rozhovor s respondentem č. 4

Paní O. B., ročník 1961. Absolvovala jednu protialkoholní léčbu a nyní již 10 let abstinuje. Je rozvedená, žije sama v rodinném domku. Má dva dospělé syny a čtyři vnoučata.

1. Období alkoholového opojení

a) Jak probíhaly Vaše začátky pití alkoholu?

V dětství jsem byla velice přísně vedená, s alkoholem jsem se doma kromě Vánoc nikdy nesešla. Pak jsem potkala svého muže, který alkohol vyhledával, ale byla jsem jen konzument, problém jsem určitě neměla. S mužem jsem vychovala dvě děti a společně jsme se těšili, až odejdou a my si začneme užívat života ve smyslu dovolené, divadla, plesy... Když toto konečně nastalo a děti odešly na vysokou školu, zjistila jsem, že můj muž má o devět let starší milenkou. Odstěhovala jsem se ze společného bytu a najednou jsem byla úplně sama. Ten pocit prázdnoty, který jsem cítila, jsem začala zapíjet alkoholem, a to rovnou vodkou. To trvalo asi 6 let.

b) Co bylo prvotním okamžikem, kdy jste si uvědomila, že máte problém?

To už přesně nevím, ale pamatuji si, že nějaký hlas ve mně mi už dlouho říkal, že mě alkohol ovládá. To jsem si ale celou dobu omlouvala, a to i v době, kdy jsem měla vodu v břiše a lékaři mi diagnostikovali cirhózu jater. Poté jsem tedy začala chodit k psychiatrovi, ale nikam to nevedlo. Lékaři mi sdělili, že pokud budu pokračovat v pití, zemřu. Tak jsem místo vodky začala pít víno. Pálila mě žába, bylo mi špatně, ale i tak jsem v tom pokračovala.

c) Jak Vaši závislost zvládala rodina?

Rodina celou dobu o ničem nevěděla, nebo se to spíše neřešilo. Akorát moje máma říkala, že jsem: „divná“

d) Jak Vaše závislost ovlivnila zaměstnání?

Já jsem v době svého alkoholového opojení podnikala, měla jsem úklidovou firmu. Zezačátku to bylo fajn, alkohol mi dodával energii a já mohla spát jen dvě hodiny denně. Pak se ale ten graf začal obracet a já byla úplně vyřízená. Nebyla jsem schopná vstát, byla jsem

unavená. Příkládala jsem to ale fyzické náročnosti, a tak jsem nastoupila do firmy. Moje pití tím ale samozřejmě neskončilo a brzy jsem dostala výpověď. Měla jsem ale našetřené nějaké peníze, tak jsem byla doma a pila dál.

e) Jak jste se v tomto období cítila po psychické stránce?

Bylo to strašný. Střídaly se u mě pocity zoufalství, ale i toho, že jsem borec, když jsem 5 dní vydržela nepít. Byla jsem pořád jako na houpačce.

f) Měla jste někdy kvůli alkoholu problém se zákonem?

Ne

g) Měla jste v době závislosti myšlenky na sebevraždu?

Já jsem chtěla hlavně zmizet jako Sněhurka. Nevím, jestli jsem se chtěla zabít, nebo jsem měla halucinace, ale na závěr své kariéry jsem si zničehonic rozpustila prášky ve vodě. Pamatuji si, jak jsem se u toho usmívala, že vypadají jako korálky. To jsem celé vypila a šla si dát vodku. Pak jsem se probudila až ve nemocnici na JIP.

2. Období v léčbě

a) Jak probíhalo Vaše rozhodnutí jít se léčit?

Chodila jsem dlouhou dobu na psychiatrii, chtěla jsem s tím něco dělat, ale stále mi to nešlo, vždycky jsem se po pár dnech k alkoholu naplno vrátila. Nakonec se situace rozhodla pokusem o sebevraždu a já rovnou z nemocnice jela na Želiv.

b) Jak dlouho trvala Vaše léčba? Kolikrát jste ji absolvovala?

Léčbu jsem absolvovala jednou a trvala 7 měsíců.

c) Jak jste zvládala začátky léčby? Co pro Vás bylo v léčbě nejhorší? Co se Vám naopak líbilo?

Začátky byly hrozné. Režim byl odstupňovaný a již při příjmu jsem podepisovala papír, že jsem nula. Do druhého stupně jsem postoupila až na sedmý pokus, ale ten konečný postup byl pro mě velkým vítězstvím a já věděla, že to dokážu a dokončím to s hrdostí. Nejvíce se mi líbila osobní inventura. Opravdu si udělat pořádek ve své hlavě, uvědomit si své chování.

d) Měla jste chuť léčbu předčasně ukončit?

Možná ze začátku, ale pak jsem si dala cíl, že to dokážu a splnila jsem ho. Byla to pro mě osmitisícovka a já byla rozhodnutá, že ji pokořím.

3. Kvalita života po léčbě

a) S jakými pocity jste léčebnu opouštěla?

Těšila jsem se na nové možnosti, ale zároveň jsem měla strach, co mě venku čeká. Byly to takové těžko popsateľné smíšené pocity.

b) Jak Vás po léčbě přijalo okolí? Setkala jste se někdy s odsouzením okolí?

S odsouzením ne, ale spíše s posměšky. Když jsem se vrátila z léčení, tak na mě někteří známí volali: „Ahoj Želivko“. Bylo zvláštní, že to byli hlavně ti, kteří sami měli problém s alkoholem.

c) Jak se nyní cítíte po psychické stránce?

Já jsem spokojená. Od léčby žiju tak, že mám neustále nějaký cíl. Ať se jedná o dlouhodobý cíl nebo krátkodobý. A tyto cíle se snažím plnit a zatím se mi to daří. Snažím se každý měsíc odměnit samu sebe. Miluju starožitnosti, či věci, které mají svůj příběh. Jdu do kina, do divadla, pořídila jsem si pejska. Akorát, co mi nejde, je usínat ve tmě. To mám pocit samoty, ale zapnu si lampičku a je to dobré.

d) Zlepšila se po léčbě kvalita Vašeho života? V jakém směru?

Snad ve všech směrech. Játra se mi nakonec zregenerovala natolik, že nemusím být v transplantačním programu, a i když beru léky, chodím na časté kontroly, tak mi abstinence zachránila život. Docílila jsem toho, že jsem se podívala do Itálie, Řecka, koupila jsem si autíčko. Mým snem bylo zařídit si ezoterickou skupinu, což se mi také podařilo. Vnoučata mě často navštěvují, a dokonce s nimi jezdím na kolečkových bruslích.

e) Máte někdy chuť se napít?

Vůbec ne.

f) Bojíte se recidivy?

Vůbec ne, Želiv pro mě byla taková zkouška ohněm, že dnes jsem už úplně někde jinde a vím, že už bych to nikdy neabsolvovala.

g) Chodíte na nějaký doléčovací program, navštěvujete pravidelně psychiatra?

Chodím pravidelně na sdružení AA, KLUS

h) Jste nyní šťastná?

Ano, a jak. Samozřejmě přicházejí problémy a i vážné. Před měsícem mi zemřela maminka, o kterou jsem se 7 let starala, sourozenci přišli, že chtějí prodat dům, ve kterém jsem s ní žila, ale vím, že je to život, a ani by mě nenapadlo se napít.

Rozhovor s respondentem č. 5

Pan V. Š., ročník 1956. Je rozvedený, má dvě dospělé dcery a jednoho syna. V současné době žije s přítelkyní v bytě. Protialkoholní léčení absolvoval třikrát a nyní 12 let abstínuje.

1. Období alkoholového opojení

a) Jak probíhaly Vaše začátky pití alkoholu?

Kdy to přesně začalo už přesně nevím. Pocházím z rodiny, kde můj otec byl alkoholik, často pil. Pak nás slovně i fyzicky napadal. Byl jsem rád, že jsem se dostal na výběrovou školu, která byla 100 km od domu a já mohl být přes týden na internátu. Tam jsem poprvé alkohol ochutnal. Chodil jsem s kamarády občas na pivo, později i na víc. Po střední škole jsem se vrátil domů, ale s kamarády jsem v pití pokračoval. Líp se mi balily holky, byla zábava a mě by nikdy nenapadlo, že budu jako můj otec.

b) Co bylo prvotním okamžikem, kdy jste si uvědomil, že máte problém?

Poprvé jsem si uvědomil, že mám problém, když jsem v opilosti uhodil svoji ženu. Druhý den jsem se cítil hrozně trapně, nemohl jsem se na sebe ani podívat do zrcadla. Moje pití tím ale nepřestalo. V té době jsem už chtěl nepít, ale vždy bylo něco silnější než já a nikdy jsem to nevydržel ani týden.

c) Jak Vaši závislost zvládala rodina?

Hrozně. Manželka i děti se mě bály, já se bál sám sebe. Bylo to strašné období. Žena mě nakonec s dětmi opustila a já zůstal sám. Neměl jsem vůbec nikoho, rodiče již nežili, takže jsem o to častěji navštěvoval hospodu, kde mi alespoň někdo rozuměl.

d) Jak Vaše závislost ovlivnila zaměstnání?

Jsem reprodukční grafik, živily mě ruce, ale pro klepavku jsem pracovat nemohl. Přitom jsem měl tak krásný zaměstnání za úžasný peníze. Začal jsem si vymýšlet různé nemoci, jen abych nemusel do práce. Nakonec jsem skončil v invalidním důchodu.

e) Jak jste se v tomto období cítil po psychické stránce?

Bylo to strašné. Střídaly se u mě pocity zoufalství, strachu a sebelítosti. Nejhorší to bylo při recidivách, ten pocit selhání a beznaděje. Byl jsem sám, nikomu na mě nezáleželo, byl jsem troska.

f) Měl jste někdy kvůli alkoholu problém se zákonem?

Když jsem opilý uhodil svou manželku, podala na mě trestní oznámení a byl jsem vyslýchán na policii. Manželka nakonec obvinění stáhla, ale pro mě již ten výslech byl samotný trest.

g) Měl jste v době závislosti myšlenky na sebevraždu?

Několikrát. Nejvíce při recidivách, ale nikdy jsem své myšlenky nezrealizoval.

2. Období v léčbě

a) Jak probíhalo Vaše rozhodnutí jít se léčit?

Ke konci mé alkoholové kariéry mi bylo už tak špatně, že jsem nemohl ani pít, a přitom jsem nemohl žít ani bez toho. Pak jsem celý zežloutl a verdikt byl jasný. Mám cirhózu jater. Z tohoto důvodu jsem šel na léčení, najednou jsem chtěl žít. Poté přišly sice ještě dvě recidivy, které ale netrvaly dlouho a pokaždé jsem nastoupil znovu léčení ze stejného důvodu.

b) Jak dlouho trvala Vaše léčba? Kolikrát jste ji absolvoval?

Léčbu jsem absolvoval třikrát, pokaždé 4 měsíce.

c) Jak jste zvládal začátky léčby? Co pro Vás bylo v léčbě nejhorší? Co se Vám naopak líbilo?

Začátky byly příšerné a zároveň úsměvné. Hrozný bylo zvyknout si na režim, na služby, které nám terapeuti rozdělávali. Vůbec nejhorší ale byly abstinenční příznaky, které byly s další recidivou o hodně horší. Měl jsem delirium, bál jsem se smrti, bylo to strašné. První dny jsem musel ležet přivázaný k lůžku.

d) Měl jste chuť léčbu předčasně ukončit?

Snad jen poprvé, při dalších léčbách jsem již byl přesvědčený, že musím vydržet do konce, abych se z toho nějakým způsobem dostal.

3. Kvalita života po léčbě

a) S jakými pocity jste léčebnu opouštěl?

Poprvé jsem byl nadšený, že je to za mnou, že mě vyléčili. Podruhé jsem již tak optimistický nebyl, říkal jsem si, kdy do toho opět spadnu. Po třetí léčbě jsem již byl přesvědčený, že to dokážu, že mě neléčili oni, ale já léčil sám sebe s jejich pomocí. Začal jsem brát alkohol jako démona, který mě nesmí už nikdy ohrozit, a daří se mi to.

b) Jak Vás po léčbě přijalo okolí? Setkal jste se někdy s odsouzením okolí?

S odsouzením snad nikdy, jen s typickými úšklebky od těch, se kterými jsem chodil do hospody. Moje přítelkyně je také abstinující alkoholik, takže má pro mě pochopení a společně si užíváme života.

c) Jak se nyní cítíte po psychické stránce?

Nyní je to naprosto v pohodě. Jsem vyrovnaný člověk, jsem si vědom svých kladů i záporů. Bez alkoholu umím jasně řešit problémy, jsem nad věcí.

d) Zlepšila se po léčbě kvalita Vašeho života? V jakém směru?

Ve všech směrech, které existují. Mám krásný vztah s dětmi, s vnoučaty. Dokonce se mnou komunikuje i bývalá žena. Mezi abstinujícími jsem si našel nové přátele, pořádáme výlety i rekreace. Jsem naprosto spokojený člověk. Se svým onemocněním, tím myslím jaterní cirhózu, chodím pravidelně na kontroly a nemoc se při mé abstinenci drží ve stabilním stavu a já nemám žádné potíže.

e) Máte někdy chuť se napít?

Vůbec ne, nenávidím alkohol a všechno, co jsem si kvůli němu způsobil.

f) Bojíte se recidivy?

Nebojím. Víím, že to by pro mě byla konečná stanice a zemřel bych.

g) Chodíte na nějaký doléčovací program, navštěvujete pravidelně psychiatra?

Chodím pravidelně na sdružení AA, které mě naplňuje. K psychiatrovi již nedocházím, ale ze začátku byl pro mě velice důležitý.

h) Jste nyní šťastný?

Ano, jsem šťastný.

Rozhovor s respondentem č. 6

Pan P. T., ročník 1972. Je ženatý, má dvě děti. Protialkoholní léčení absolvoval jednou a nyní 5 let abstinuje.

1. Období alkoholového opojení

a) Jak probíhaly Vaše začátky pití alkoholu?

Pít jsem začal už hodně v mládí, určitě mi ještě nebylo osmnáct. Začalo to na diskotékách, ve vinárnách nebo na zábavách. Byl jsem považovaný za vůdce party a byl jsem na to náležitě hrdý. Musel jsem se tomu ale přizpůsobit a chovat se jako machr. K tomu samozřejmě alkohol patřil. Alkohol mě začal nějak životem provázet. Když jsem se oženil a čekal jsem s manželkou prvního syna, začal jsem jezdit přes týden do Německa, abych vydělal peníze. Tam se samozřejmě hodně pilo a já nemohl zůstat pozadu.

b) Co bylo prvním okamžikem, kdy jste si uvědomil, že máte problém?

První moje domněnka, že mám problém nastala, když jsem si začal alkohol pořizovat i domů, vymýšlel jsem pro něj různé skryše a hlavně si dělal zásoby, abych měl v případě potřeby po ruce lahvinku. Za celý den jsem takhle dokázal vypít půllitr vodky nebo rumu. Pak už mi bylo jedno, co piju. Jednou, když mi manželka ze vzteku vše vylila, jsem vypil i vodu po holení. Po tomto excesu jsem se rozhodl, že s tím musím něco dělat, dokud mám ještě nějaký pud sebezáchovy.

c) Jak Vaši závislost zvládala rodina?

Ze začátku o tom manželka nevěděla, byl jsem přes týden mimo. Pak už to ale na mně bylo vidět i doma a manželka se hrozně trápila. Děti byly malé a ona na ně byla sama. Když už jsem přijel na víkend domů, stejně jsem byl nepoužitelný. Divím se, že to se mnou vydržela.

d) Jak Vaše závislost ovlivnila zaměstnání?

Ze začátku nijak, pili jsme všichni. Největší problém pro mě byl zůstat poslední den střízlivý, abych mohl jet autem domů. A poté autem odjet zase do práce. Kolikrát se mi stalo, že jsem řídil se zbytkovým alkoholem.

e) Jak jste se v tomto období cítil po psychické stránce?

Nejhorší pro mě bylo furt na ten chlast myslet, vymýšlet výmluvy a skrýše, přetvařovat se. Stále jsem sám sebe omlouval, myslel jsem jen na sebe a na to, kdy a čeho se napiju. Nezajímaly mě děti ani žena. Bylo to strašné.

f) Měl jste někdy kvůli alkoholu problém se zákonem?

Ne, ale kdyby mi policajti dali kolikrát dýchnout, asi bych měl. Štěstí, že jsem nikdy nikoho nesrazil.

g) Měl jste v době závislosti myšlenky na sebevraždu?

Myslím že ne.

2. Období v léčbě

a) Jak probíhalo Vaše rozhodnutí jít se léčit?

Manželka mi dala jasné ultimátum. Buď se půjdu léčit, nebo ode mě s dětmi odchází. Sebral jsem tedy v sobě zbytek sil, objednal se k psychiatrovi, který hned navrhl ústavní léčbu a já s ní souhlasil.

b) Jak dlouho trvala Vaše léčba? Kolikrát jste ji absolvoval?

Léčbu jsem absolvoval jednou a trvala 3 měsíce.

c) Jak jste zvládal začátky léčby? Co pro Vás bylo v léčebně nejhorší? Co se Vám naopak líbilo?

Byl jsem rozhodnutý léčbu nastoupit jen naoko, abych měl klid v rodině, takže jsem to bral laxně. V léčebně jsem ale najednou začal zjišťovat, že abstinovat je vlastně krásná věc a začal to brát vážně. Moc mi pomohly terapeutické skupiny, hodně jsem pochopil, slyšel různé příběhy o tom, co alkohol může způsobit a já pochopil, že tohle nechci. Nejhorší byl bodovací systém a nespravedlivé hodnocení. To nechápu dodnes.

d) Měl jste chuť léčbu předčasně ukončit?

Určitě ze začátku, ale věděl jsem, že pokud léčbu ukončím, ztratím manželku i děti. Pak jsem se ale s ostatními sžil a bylo to fajn.

3. Kvalita života po léčbě

a) S jakými pocity jste léčebnu opouštěl?

Že manželce i dětem vynahradím těch deset let, co kvůli mně ztratily. Byl jsem plný euforie a natěšený na svou rodinu, že si jí budu konečně užívat.

b) Jak Vás po léčbě přijalo okolí? Setkal jste se někdy s odsouzením okolí?

Nesetkal, nikdy.

c) Jak se nyní cítíte po psychické stránce?

Teď už je to fajn. Manželka mi plně důvěřuje, jsem pro ni rovnocenným partnerem. Jsem po léčbě takový, jaký chci být, a ne ten pitomec, který byl neustále pod vlivem.

d) Zlepšila se po léčbě kvalita Vašeho života? V jakém směru?

Užívám si života bez alkoholového opojení, našel jsem si práci u nás, jsem spokojený. Trávím veškerý čas s rodinou. Kdybych pil, nikdy bych takhle šťastný nebyl.

e) Máte někdy chuť se napít?

Občas, když vidím, jak někdo pije, mi hlavou prolétne vzpomínka, jak to chutnalo, ale nenapil bych se.

f) Bojíte se recidivy?

Teď už ne.

g) Chodíte na nějaký doléčovací program, navštěvujete pravidelně psychiatra?

Sporadicky se jdu ukázat k psychiatrovi, ale spíše ho jen ujistit, že jsem v pořádku. Na sdružení AA občas zajdu, ale spíše se jen podívám za starými známými a popovídat si.

h) Jste nyní šťastný?

Ano, moc.