

UNIVERSITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

KVALITA ŽIVOTA LIDÍ
ZÁVISLÝCH NA ALKOHOLU PO LÉČBĚ

Bakalářská práce

Autor práce: **Martina Kasiková**

Vedoucí práce: **Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.**

2011

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

**The Quality of life of people dependent on
alcohol after the treatment**

Bachelor's thesis

Author: **Martina Kasiková**

Supervisor: **Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.**

2011

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.

Ve Štokách dne 12. dubna 2011

.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala prof. PhDr. Jiřímu Marešovi, CSc. za to, že se ujal vedení mé práce, za jeho ochotu, četné konzultace a cenné připomínky k mé práci.

„Na další planetě bydlel opilec. Návštěva u něho byla jen krátká, ale malého prince velice rozesmutnila.

„Co tady děláš?“ řekl opilcovi, který seděl mlčky před řadou prázdných a řadou plných láhví.

„Piju“ odpověděl smutně opilec.

„A proč piješ?“ zeptal se malý princ.

„Abych zapomněl“ řekl opilec.

„Abys zapomněl na co?“ vyzvídal malý princ a užuž ho začínal litovat.

„Abych zapomněl, že se stydím“ přiznal se opilec a sklonil hlavu.

„A proč se stydíš?“ vyptával se stále malý princ, protože by mu rád pomohl.

„Stydím se, že piju!“ řekl opilec a nadobro se odmlčel.

A malý princ zmaten odešel.

Dospělí jsou opravdu moc a moc zvláštní, říkal si v duchu cestou.“

A.de Saint-Exupéry, Malý princ, 1998
(přeložil Martin Sasák)

Obsah

Úvod.....	8
1 Cíl práce.....	10
2 Historie výroby a konzumace alkoholických nápojů.....	12
2.1 Zahraničí.....	12
2.2 České země.....	14
3 Sociální a zdravotní kontext konzumování alkoholických nápojů.....	17
3.1 Represivní opatření - tresty za pijáctví.....	17
3.2 Represivní opatření – prohibice.....	19
3.3 Preventivní opatření – spolky střídmosti.....	21
3.4 Abstinentské hnutí.....	22
3.5 Počátky snah o léčbu.....	22
3.5.1 Vznik léčebných zařízení na léčbu alkoholismu v Českých zemích.....	23
3.5.2 První záchytná stanice.....	24
4 Alkoholismus jako nemoc.....	26
4.1 Výroba a využití alkoholu.....	26
4.2 Alkohol a jeho funkce.....	27
4.3 Konzumace alkoholu.....	28
4.4 Vstřebávání alkoholu v organismu.....	29
4.5 Působení alkoholu na jednotlivé orgány.....	30
4.5.1 Onemocnění jater.....	30
4.5.2 Onemocnění slinivky břišní.....	32
4.5.3 Působení alkoholu na jícen žaludek, tenké a tlusté střevo.....	34
4.5.4 Dopady požívání alkoholu na oběhový systém.....	36
4.5.5 Alkohol jako kancerogen.....	37
4.5.6 Příznivé dopady alkoholu na organismus.....	37

5 Vznik závislosti na alkoholu.....	39
5.1 Definice alkoholismu	39
5.2 Klasifikace alkoholismu	40
5.3 Čtyři etapy rozvoje stylismu	42
5.4 Psychické dopady	44
5.4.1 Změny v intelektu	45
5.4.2 Povahové změny	45
5.4.3 Halucinace	46
5.4.4 Delirium tremens	46
5.4.5 Akutní alkoholická halucinatorní psychóza (Wernicke)	47
5.4.6 Korsakovova alkoholická psychóza.....	48
5.4.7 Alkoholická paranoidní psychóza.....	48
5.4.8 Alkoholická epilepsie	49
5.5 Sociální dopady.....	49
6 Intervenční snažení	52
6.1 Legislativní opatření	52
6.2 Léčba.....	56
6.2.1 Ambulantní léčba.....	57
6.2.2 Komunitní léčba – terapeutická komunita	58
6.2.3 Detoxifikace.....	59
6.2.4 Ústavní léčba, ochranná léčba	60
6.2.5 Ústavní protialkoholní léčba – režimová léčba.....	61
6.2.6 Terapeutické prostředky použité v ústavní léčbě.....	64
6.2.7 Léčebny, poskytující ústavní léčbu u nás	68
6.2.8 Úspěšně ukončená léčba a následné doléčování.....	68
6.2.9 AA, KLUS	69
6.2.10 Následná péče	70

7 Práce v ČR zabývající se podobným výzkumem.....	72
7.1 Determinanty vzniku alkoholismu.....	72
8 Statistické údaje z roku 2009.....	73
9 Empirická část.....	74
9.1 Kvalita života.....	74
9.2 Metody zkoumání.....	78
9.3 Metoda výzkumu – kvalitativní.....	78
9.4 Metoda výzkumu – kvantitativní.....	79
9.4.1 Standardizovaný dotazník AIQol 9.....	82
9.4.2 Standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF.....	84
9.5 Cíle kvalitativního výzkumu.....	85
9.6 Výběrový soubor – limitace.....	85
9.7 Metodika výzkumu.....	86
9.7.1 Rozhovor s pacientem č. 1.....	88
9.7.2 Rozhovor s pacientem č. 2.....	96
9.7.3 Rozhovor s pacientem č. 3.....	103
9.7.4 Rozhovor s pacientem č. 4.....	111
9.8 Vyhodnocení rozhovorů.....	119
9.8.1 Oblast zdravotní, psychická a sociální v době před léčbou.....	119
9.8.2 Rozhodnutí k léčbě.....	120
9.8.3 Průběh léčby.....	120
9.8.4 Změna po ukončení léčby.....	121
9.8.5 Abstinence a doléčování.....	122
9.8.6 Zhodnocení života v abstinenci a doporučení.....	124
10 Cíle kvantitativního výzkumu.....	125
10.1 Výběrový soubor – limitace.....	125
10.2 Metodika výzkumu.....	125

11	Výsledky dotazníkového výzkumu.....	127
11.1	Dotazník AIQoI9.....	127
11.2	Dotazník WHOQOL-BREF (krátká verze)	135
12	Diskuze	142
13	Závěr	151
	Anotace	153
	POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE	156
	Seznam grafů	160
	Seznam tabulek	161
	Seznam příloh	162
	PŘÍLOHY	163

Úvod

Žijeme ve společnosti, ve které je popíjení alkoholických nápojů neodmyslitelnou součástí společenského života valné většiny dospělé populace. Alkohol je pro některé lidi jistou formou relaxace, pro jiné prostředkem ke sblížení nebo možností dodání energie či prostého zahnání žízně. Pokud je alkohol popíjen v rozumném množství, není nutné se nad jeho dopady na organismus a psychiku člověka výrazněji zamýšlet. Jeho účinek může být naopak paradoxně kladný, jak dokládají výzkumy týkající se například tzv. Francouzského paradoxu.

Když však konzumace přesáhne hranici, kdy člověk přestane pít korigovat a alkohol jej začne ovládat, nastává velký problém s ničivými dopady na všechny složky lidského života a dojde k rozvoji závislosti – alkoholismu. Etylismus je z medicínského hlediska chápán jako psychická nemoc, která postupně přerůstá v onemocnění somatické. Je také jedním z nejčastějších a zejména nejzávažnějších sociálních problémů v současné společnosti. Značný dopad má na rodinu alkoholika, pracovní kolektiv i široké okolí. Alkohol je schopen vyvolat během pár minut pocit klidu a pohody. Jeho zrádnost v závislosti je v tom, že během pár minut může tato „pohoda“ přejít v zuřivost nebo až v agresivitu vůči sobě, ale hlavně vůči okolí. Pět procent manželství se rozvede z důvodu alkoholismu jednoho z partnerů. Alkohol stojí v pozadí značného počtu domácího násilí, týrání dětí, nezaměstnanosti či bezdomovectví. I přes všechny tyto známé závažné dopady je alkohol společností v podstatě tolerován.

Česká republika je na třetím místě ve spotřebě alkoholických nápojů na světě, v konzumaci piva dokonce drží prim. V literatuře je uváděna spotřeba 10,2 litrů stoprocentního alkoholu na dospělé osobu. Na alkoholu jsou ve větší míře závislí muži, statisticky nejčastěji mezi 35 až 45 lety, proto je třeba věnovat více pozornosti nejen léčbě, ale hlavně prevenci. Z toho důvodu jsem ve své práci vybírala respondenty právě v tomto věku. Alkoholiky však najdeme ve všech věkových skupinách. Zkušenosti s alkoholickými nápoji mají dokonce i poměrně malé děti. Nezřídka tuto zkušenost „získají“ pod dohledem vlastních rodičů, kteří si neuvědomují závažné dopady na dětský organismus nejen v daném okamžiku, ale i rozvoj dalších problémů v budoucím životě - již zde může vznikat pozdější závislé chování.

V předkládané práci nastiňuji nejprve krátký průřez historií výroby a požívání alkoholických nápojů v rozličných kulturách po celém světě v průběhu století. Nahlédla jsem i do prvopočátků snah o léčení, od nichž jsem přešla k současným trendům a principům terapie závislostí. Pro ucelení pohledu na problematiku uvádím závažné dopady alkoholismu na zdraví člověka, na jeho rodinné, sociální a pracovní prostředí. V posledním úseku teoretické části se věnuji přehledu možné formy léčby závislostí, užívaných metod, doléčování a následné péči.

Tak jak se v teoretické části zabývám kvalitou života v závislosti, v následné empirické části chci ukázat kvalitu života v dlouhodobé abstinenci. Snahou je poukázat na změnu, která se udála v jednotlivých oblastech života závislého člověka. K tomu jsem použila kvalitativní metodu zkoumání (polostrukturovaný rozhovor) a následně i metodu kvantitativní (standardizované dotazníky) k dokreslení celé problematiky závislosti a trvalé abstinence.

Ve své práci jsem využila i poznatky a zkušenosti, které jsem získala praxí na oddělení pro léčbu závislostí v PL Havlíčkův Brod. Velmi přínosné pro mě byly také postřehy a zkušenosti mých kolegyň, zkušených sester, které se pomoci závislým osobám věnují mnohdy už desítky let.

1 Cíl práce

Bakalářská práce přináší určitá doporučení v přístupu k léčbě lidí závislých na alkoholu. Upozorňuje na rizika spojená s nadměrným požíváním alkoholických nápojů a zamýšlí se nad nutností osvěty a prevence u mladistvých a dětí.

V teoretické části podává přehled o výrobě alkoholu, jeho užívání a účincích na člověka v historickém kontextu, ale i dnes. Informuje o kladných, ale hlavně negativních dopadech alkoholismu na organismus, se zaměřením na jednotlivé orgány. Nastiňuje neblahé důsledky zejména v oblasti zdravotní, kde předkládá výčet nejčastějších onemocnění v souvislosti s nadužíváním alkoholu, ale také v oblasti psychické, rodinné a sociální. Poukazuje na fakt, že v těchto dimenzích lidského žití je dopad závislosti u některých lidí ještě větší a závažnější, než zdravotní obtíže.

Dále předkládá průřez právními předpisy, které jsou v přímém spojení s alkoholem a jeho požíváním. Zde se orientuje především na legislativní opatření před zneužíváním alkoholu dětmi a mládeží, na zákaz požívání alkoholických nápojů na pracovišti v pracovní i mimopracovní době, na povinnosti zaměstnance a zaměstnavatele v této otázce. Nastiňuje možné trestní postihy za delikty různého charakteru způsobené pod vlivem alkoholu.

Práce připomíná první pokusy o léčbu alkoholismu, ale hlavně dnešní možnosti, přístupy k léčbě a její formy. Předkládá několik možností léčby, pro něž se může závislý člověk rozhodnout, a které mu v boji s démonem alkoholu budou nejlépe vyhovovat, ať již po stránce délky, obsahu či místa terapie. Podává výčet některých aktivit, které je možné využít v léčbě závislosti. Ať už se jedná o psychoterapeutické postupy, možnosti relaxace nebo výtvarných či pracovních přístupů. Připomíná, že nedílnou součástí abstinence po ukončení léčby je doléčování i nově vzniklá následná péče a předkládá možné alternativy doléčování.

Následná **empirická část** zkoumá, zda dochází ke zlepšení kvality života abstinujících závislých v oblastech života, které jsou popsány v první části práce.

V kvalitativním výzkumu, v rozhovorech s vybranými pacienty, se snaží získat co nejvíce informací ohledně předchozího a současného života a porovnat shodnost či

rozdílnost těchto dat. Pokouší se podívat se na průběh a výsledky léčení pohledem pacientů samotných a zmapovat tak strategie, které volili při zvládnání náročných situací. Ze strategií určit účinné či méně účinné.

V kvantitativním výzkumu získává standardizovaným postupem data od velkého počtu pacientů s podobnými či stejnými problémy, hledá možné vztahy mezi nimi a zasazuje tak subjektivní pohledy respondentů do širšího kontextu.

2 Historie výroby a konzumace alkoholických nápojů

2.1 Zahraničí

Již v primitivních společnostech zaujímal alkohol a jeho konzumace značně osobitou úlohu. Byl součástí různých slavností jako oslava dobré a úspěšné sklizně úrody, odchod zimy a s ním spojeného hladovění a příchod jara, jako příslibu lepších časů. Též při náboženských událostech hrál významnou roli. Často se požíval při obřadech spjatých s obětováním lidí či zvířat. Měl zmenšit strach a napětí a zejména snížit pocit viny, který tyto obřady doprovázel. V náboženském či posvátném kontextu konzumovaný alkohol zřídka vyvolával nepřístojnosti nebo ztrátu sebeovládání. Výjimku tvořily případy, kdy se „opilst“ pokládala za vhodnou součást obřadu.

Dnes se nedá přesně určit, jaký druh alkoholických nápojů se konzumoval „poprvé“. Mohla to být zkvašená ovocná šťáva – předchůdce vína, nebo zkvašené obilné zrna – „prototyp“ piva, nebo zkvašený med – medovina. Postupně se lidé v přípravě alkoholických nápojů zdokonalovali a začali je i uchovávat v nádobách. Některé z nich se dochovaly až dodnes a archeologové nám ze svých nálezů tudíž mohou doložit, v jaké době a co lidé pili. Zpočátku měli výsadu konzumace pouze vyvolení – panovníci, kněží či šamani. Až mnohem později se alkoholické nápoje staly součástí běžného stolování. „*Chléb a pivo bylo základem stravy ve starověké Mezopotámii a Egyptě*“ (Bútora, 1989, s. 60). Nermalou roli sehrál i nedostatek pitné vody v daných oblastech.

V Mezopotámii se již před pěti tisíci roky konzumovalo především pivo, které se vařilo k rituálním účelům. Bylo zde známo až 16 druhů piva. To se připravovalo z ječmene a pilo se velmi dlouhými stébly přímo z kvasných nádob. Také se dával kvasit ječmenný chléb, který se před naložením do obrovských kádí s vodou opražil v horkém popelu, čímž se získávala hořká chuť nápoje. Tehdy ještě nebyl známý chmel.

Pivo a víno znali i staří Egypťané. Na jejich územích bylo pivo jednou ze základních potravin. Příkladně dělník pracující na stavbě pyramid dostával denně 3 až 4 pecny chleba, 2 džbány piva, cibuli a česnek. Ve velkých množstvích se alkohol konzumoval

při různých slavnostech. Sem neměli přístup pouze muži, jako v jiných civilizacích, ale i ženy a mládež, zvláště za vlády Nefertiti, kolem roku 1350 před naším letopočtem.

Egyptané věřili v posmrtný život, proto panovníci a vysocí hodnostáři věnovali velkou část svého života přípravou na něj. Mezi výbavou k „posmrtnému žití“ nesmělo chybět víno ve džbánech, protože panovníci ani po smrti neměli být abstinenty.

Podobný zvyk měli i Keltové. Jejich posmrtná výbava nebyla tak bohatá jako u Egyptanů, přesto v hrobě nikdy nesmělo chybět víno. To ostatně požívali hojně i za svého života. Hlavně bohatí, pro chudé bylo vyhraněno pivo. Jeden keltský panovník se dokonce nerozpakoval prodat příslušníky svého kmene, aby získal dostatek prostředků na vytoužený mok – víno.

Víno bylo oblíbené i v dalších civilizacích. Pili jej obyvatelé Kartága, Etruskové, Asyrčané, Peršané, Trákové. Mnohé z těchto kultur zaniklo, alkohol však „přetrval“.

Do starověkého Řecka se zpočátku víno dováželo za účelem čistě lékařským. Naopak Římané jeho výrobu patřičně zdokonalili a v jejich éře se dalo hovořit o rozkvětu „vinařského umění“. Přibližně v 5. století se pěstování vinné révy rozšířilo i do Evropy, hlavně do dnešních velmi významných vinařských oblastí – do Francie a Porýní. Jiné kultury však víno získávaly i z jiných plodin, než z hroznů – z rýže v Japonsku, z kukuřice na území Střední a Jižní Ameriky.

Doklady o užívání alkoholu najdeme i v dalších kolébkách civilizace. V Indii se vyrábělo datlové víno. Hinduistické písemné památky věnují opojným nápojům mnoho zmínek.

V Číně se meltinové proso, ze kterého se vařilo pivo, pěstovalo již ve 2. století před.n.l.. Víno z lisovaných hroznů se zde začalo vyrábět až těsně před začátkem našeho letopočtu. *„Za doby Sung v letech (906 – 1279 n. l.) byla výroba kvasnic, používaných k vaření piva, pod státním dozorem. Kvasnice byly rozdělovány těm, kteří měli výsadu k vaření piva. Vlastnil-li kvasnice ještě někdo jiný, kdo je nedostal přidělené, mohl být potrestán smrtí.....“* (Bútora, 1989, s. 62). Tento „státní monopol“ na výrobu alkoholu byl jedním z nejhlavnějších zdrojů příjmů vůbec.

Na americkém kontinentě původní obyvatelé také konzumovali alkoholické nápoje, zejména agávové a kukuřičné víno. Užívali jej při obřadech a slavnostech. Nadměrné

pítí se rozšířilo až v době kolonizace, kdy se přes moře začal dovážet hlavně tvrdý alkohol, kterému Indiáni říkali ohnivá voda. „Evropané zde úmyslně zakládali krčmy, kde prodávali alkohol domorodcům. Byl to vlastně prostředek kolonizace. V krčmách náčelníky a bojovníky úmyslně opíjeli a potom na nich podvodně vylákali podpisy na smlouvy, kterými prodali svoje území prakticky za „babku“. Obchod se často uzavřel přímo v krčmě a Indiány prostě vyplatili soudkem destilátu“ (Bútora, 1989, s. 81). I ostatní produkty Indiánů byly „zaplacený“ alkoholem. Takto se vykupovaly kůže, ozdoby vyráběné indiánskými ženami a další tradiční výrobky.

Do míst v okolí Panamy se dostali i naši cestovatelé Hanzelka a Zikmund. Byli zděšeni tím, co v krčmách viděli. Naprostá degradace Indiánů a jejich vypěstovaná závislost na alkoholu byla patrna na první pohled. Po návratu ve svých knihách psali: „Nic se zde nezměnilo od časů první kolonizace, před více jak čtyřmi sty roky. Co nezničili meče a pušky, dokončil alkohol“ (Bútora, 1989, s. 82).

2.2 České země

V českých zemích se alkohol vyráběl po staletí. Platila zde panská výsada vařit pivo a pálit pálenku. Šlechta samozřejmě chtěla tuto výsadu patřičně zpeněžit a to se jí dařilo. Alkoholické nápoje již nekonzumovala pouze šlechta, ale i střední vrstva a poddaní. Bylo nařízeno, že poddaní musí od panstva odebírat určité množství alkoholu, dokonce i část mzdy dostávali v podobě opojných nápojů. Takto „placeni“ byli horníci, kněží ba i učitelé. Šlechta prakticky podporovala alkoholismus na svých územích, kvůli vlastnímu prospěchu.

V roce 1905 byl založen „Zemský spolek pro potírání alkoholismu v Království českém“. V té době představoval alkoholismus závažný problém nejen zdravotní, ale i sociální. Ve zprávě z roku 1901 s názvem „ Zpráva zemského výboru Království českého o zemských ústavech humanitních a o stavu veřejného zdravotnictví je alkoholismus přirovnáván k moru.

„Ze zprávy, kterou podalo místodržitelství o 191 z 212 okresů, vyplývají 3 hlavní závěry:

- 1. v Království českém jest alkoholismus nestejně rozšířen*
- 2. místy jest značně rozšířen*
- 3. nejvíce tímto zlem jsou stíženy východní kraje, západní jeví se býti poměrně čistými“ (Popov, 2005, s. 234).*

Z předchozí zprávy vyplývá, že problém alkoholismu nebyl ve všech oblastech stejný. Svou roli sehrálo podnebí, možnost pěstování „alkoholových“ plodin, vinné révy, chmelu. Také dostupnost alkoholu, sociální zázemí a migrace obyvatelstva. V té době se pohybovala spotřeba alkoholu v určitých oblastech kolem 150 litrů piva a 28 litrů 50% alkoholu (Ostravsko). To není zrovna málo, ale dnes je spotřeba alkoholických nápojů mnohem vyšší. Různá literární díla poukazují na důvody takové spotřeby alkoholu. Hospoda, ať už zájezdní hostinec nebo klasická krčma, byla vždy místem setkávání a zdrojem „zábavy“. Dalo se zde sehnat nejrůznější zboží, domlouvaly se obchody, nebo se jenom zpívalo, hrálo, tančilo či hovořilo. Popíjení alkoholu zde bylo, a stále je, naprosto přirozenou součástí. Nezřídka v takovýchto zařízeních vznikali i velmi zdařilá díla, ať již psaného nebo hudebního charakteru. (Např. pozdější autor Dobrého vojáka švejka byl „štamgastem“ vyhlášené pražské krčmy Jedová chýše). Také různé rodinné události, jako je narození potomků, svatby, ale i pohřby, se neobešly bez konzumace alkoholu, někdy ve velmi nepřiměřené míře.

Se zvýšenou konzumací alkoholu však rostlo i nevhodné a nekulturní jednání „opilců“. Křik rušící noční klid, agresivní chování, rvačky a znečišťování veřejného prostranství byl stále větší problém, jehož řešením bylo pověřeno četnictvo a také městské strážě. *„K deportaci opilců byly používány různé dopravní prostředky. Tak např. v Praze se koncem 19. století ke svážení opilců používala košatina, zvaná též „penál“ či „etui“. Šlo o dvoukolák, poháněný lidskou silou dvou mužů, kteří po ulicích opilce sbírali“ (Popov, 2005, s. 234).*

Další osud lidí zmožených nadměrným příjmem alkoholu nikoho nezajímal. Hlavně, že zmizeli z ulice a z disponovaných míst, kde budili pohoršení. Ti ovšem mohli být a také byli ohroženi na zdraví, ale i na životě při těžké intoxikaci alkoholem. V té době si

nikdo příliš nepřipouštěl, že takovýto jedinec nepatří do rukou policie, ale zdravotníkům a do vhodně vybavených zdravotnických zařízení. Postupně se na tento fakt začalo poukazovat.

„V roce 1926 Dr. J. Pilař, šéf policejních lékařů v Praze, ve Věstníku ministerstva zdravotnictví popisuje: „Ošetření opilých je dnes velmi nedokonalé. Alkoholikové nalézající se v hlubokém bezvědomí dopravují do nemocnice, kam právem náleží. Opilí však, které nelze snadno vzbudit nebo kteří se nalézají ve stadiu vzrušení, dopravují se na policejní stanici, kde nemohou však býti umístěni nežli ve vězení. Obojí tito nepatří na strážnici; tím méně ještě na pryčny v separaci. První postrádají dohledu a zvracejí i v bezvědomí, mohou se udusiti vdechnutím obsahu žaludečního do průdušky. Druzí dopouštějí se v alkoholickém rozčilení různých deliktů a, nejsouce zcela nepřičetní, zbytečně se stávají trestnými“ (Popov, 2005, s. 234).

3 Sociální a zdravotní kontext konzumování alkoholických nápojů

3.1 Represivní opatření - tresty za pijáctví

V 10. století byla Arabi vynalezena destilace a tím se dostal do oběhu i tzv. tvrdý alkohol. S možností většího výběru docházelo k i větší konzumaci alkoholu a více se zviditelnily problémy, které nadměrné popíjení alkoholu přinášelo. Proto byly na mnoha místech světa zaváděny mnohdy velmi tvrdé tresty, které měli alkoholiky napravit. Jednotlivé národy přistupovaly k „potrestání hříšníků“ velmi osobitě. O nápravě se prakticky nedalo hovořit, neboť většina „pijanů“ při trestu přišla o život. Jen velmi ojediněle se snažili s tímto negativním dějem něco udělat. Záleželo i na kulturních zvyklostech různých národů. Velmi zajímavý průřez historií je uveden v knize Stanislava Kundy. Ve volném překladu ze slovenštiny cituji:

„Názory na požívání alkoholických nápojů, alkoholismus, vznikali už v dávné historii lidstva. Již v mytologii se tvrdí, že alkoholické nápoje, zejména víno, darovali lidem bohové. Dále se dovídáme, že jejich nadměrnou konzumaci např. ve staré Číně trestali smrtí, pití kategoricky zakazoval Konfucius a Budha v 5. - 6. století před n. l. Ve staré Indii vyznavače víry, které přistihli opilé, mučili. Museli pít z rozžhavené nádoby vřící tekutinu, víno, vodu, kravskou moč nebo mléko, až k nevyhnutelné smrti. Ženu brahmana, usvědčenou z opilství, vyhnali z domu a na čelo jí rozžhaveným železem vypálili znamení ve tvaru nádoby, ze které pila.

Ve starém Egyptě a později ve starém Římě stavěli před hostince lidské kostry jako výstrahu „memento mori“. Říman měl právo zabít svojí ženu, pokud ji přistihl opilou. Ve Spartě úmyslně opjeli otroky a v podroušeném stavu je ukazovali mládeži, aby ji od pití odradili a vzbudili tím odpor k alkoholu. Opil-li se otrok sám, byl trestán 80 ranami holí, opilý svobodný člověk jen 40. V Aténách za Drakóna a později za Solóna opilého prostě popravili. I Mohamed zakazoval pít víno pod pohrůžkou tělesných trestů“ (Kunda, 1988, s. 9).

Aztékové trestali nadměrnou opilost stupňovitě. Tresty se pohybovaly od veřejného pohrdání, nemilosti až k trestu smrti. Nejtvrdší trest dostávali mladíci, starci trestáni téměř nebyli, ti měli výjimku. Mohli se opíjet i v době, kdy nebyla doba oslav spojených s pitím.

Za Karla Velikého byli opilci také trestáni tělesnými tresty, a pokud pili dál, byli popraveni. Křesťanský svět bojoval proti alkoholismu tím, že se snažil zabránit popíjení alkoholu papežskými výnosy, které nařizovaly vylítí sudů s alkoholem do řek.

„Ve středověku i přes to, že nastal rozvoj pivovarnictví a lihovarnictví v evropských státech, se stále užívaly za pití tělesné tresty. Například v Holandsku přivazovali ženy alkoholičky ke kládě řemeny a nořily je třikrát do vody. Velmi svérázný trest používal v Rusku car Petr I. Dával alkoholikům na krk přivázat několik kil vážící litinovou medaili s nápisem „Za opilství“. V Anglii zase vodili alkoholiky po městě za řemen uvázaný na krk“ (Kunda, 1988, s. 9).

Z doby před několika desítkami let, kdy měly některé státy – Švýcarsko, Švédsko a bývalé SSSR – velký problém s nadměrnou konzumací alkoholu, byl v Polsku uveden v činnost zákon, stanovující jasné tresty v případě, že ten, kdo poškodil v opilosti svou rodinu, ať už fyzickým násilím, psychickým nátlakem nebo i jinak. Tenhle „opilec“ mohl být zavřen do vězení až na dobu pěti let.

„Studiem starobylých civilizací nás vede k závěru, že alkoholické nápoje byly a jsou už po staletí, ba i tisíciletí universální drogou. Jejich účinek nepoznaly jenom některé národy a etnika, jako například obyvatelé Pyrenejských ostrovů, Indiáni ze severozápadních koutů Ameriky a někteří australští domorodci. Všechny národy se však, dříve či později, se slastmi i strastmi alkoholu přece jen seznámily. Jestliže je alkohol nejznámějším a nejrozšířenějším prostředkem ovlivňování vědomí, nemůžeme se divit, že přiměřeně svému významu se skoro vždy pokládal za výrobek výjimečného charakteru, jehož produkci a distribuci bylo záhodno regulovat“ (Bútor, 1989, s. 75). Nadměrná konzumace přispívala k potížím nejen u jedinců, ale byl a je to velký společenský problém.

„Přesto, že zmínky o škodlivosti zvýšeného požívání alkoholu můžeme najít již v pracích Hippokrata, Aristotela, Galena a Avicenny. Zlom v medicínském náhledu na

alkoholismus však nastal až na rozhraní 18. a 19. století. První formulace alkoholismu jako nemoci se připisuje zakladateli americké psychiatrie Benjaminu Rushovi (1784), který chápal alkoholismus jako „rozboření vůle“, vedoucí k chudobě, bídě a zločinu. To už znamenalo určitý pokrok proti původním názorům, že alkoholismus je zlovyk. Jeho léčebnými prostředky byly domluvy a studená sprcha“ (Kunda, 1988, s. 9).

3.2 Represivní opatření – prohibice

Masový konzum alkoholu se v obrovské míře rozšířila v 17. – 19. století ruku v ruce s probíhající průmyslovou revolucí. Ta umožnila masivní tovární výrobu v pivovarech a lihovarech. Mezi tradiční oblasti s velmi vysokou spotřebou alkoholu patřili hlavně kolonie v Novém Světě – Americe. Alkoholické nápoje zde byly nápojem denní potřeby, ale i platidlem, hlavně pro chudé, kteří sem odcházeli za vidinou lepší budoucnosti a hledali zde práci. Tito lidé většinou nic, kromě alkoholu neměli a proto se velmi rychle stávali závislími. V té době zde byl alkohol nazýván „metlou lidstva“ a proto není divu, že si zde odpůrci postupně vydobyly prohibici.

V období před první světovou válkou se v Americe seskupily různé nátlakové skupiny, např. Svaz křesťanských žen, jejichž hlavní náplní činnosti bylo prosazení požadavků na úplný zákaz pití a distribuci alkoholu. Poukazovaly na značné negativní účinky alkoholu v oblasti rodinného života a na následné zvýšení zločinnosti. Jejich cílem stala prohibice, která byla skutečně uzákoněná kongresem v roce 1919. Prohibice (z latinského *prohibitio*), v podstatě znamená zakázání, zapovězení, zamezení, zabránění nebo nedovolení něčeho. V našem případě je myšleno absolutní zákaz produkce a distribuce alkoholu. Volsteadův zákon, jak se nařízení zakazující konzumaci alkoholu v USA jmenoval, však přinesl účinek úplně opačný. Než aby došlo ke snížení zločinnosti a opilství, tyto negativní dopady se ještě několikanásobně zvýšily. Lidé konzumovali prakticky vše, co by jen vzdáleně připomínalo alkohol, nebo jeho obsah byl v tekutinách velmi malý. Docházelo proto k častým otravám a následnému poškození organismu lidí, kteří tento „alkohol“ požívali. Vznikaly také rozsáhlé pašerácké skupiny – gangy, věnující se nedovolenému dovážení a distribuci alkoholu ze zemí, kde prohibice nebyla.

Prohibice zavedená v carském Rusku také nepřinesla očekávané výsledky. „*Ačkoliv z počátku došlo k výraznému snížení konzumace alkoholu a tím ke snížení pracovní absence, k poklesu výtržnictví, ke zlepšení rodinných vztahů, k probuzení touhy po vzdělávání a k zvýšení zájmu o společenské dění a vzrůstu vkladů ve spořitelnách, dlouhodobý negativní dopad se ukázal až s přibývajícím časem*“ (Bútora, 1989, s. 120). Postupně začaly chybět peníze ve státní pokladně, vláda byla nucena zvedat daně a vyvolala tak všeobecnou drahotu. Hlavně z finančních důvodů začala vláda od svého záměru postupně ustupovat. I když prohibiční opatření trvaly ještě do poloviny dvacátých let, úplně pozbývali účinnosti. Výrazně se rozšířil černý obchod s lihovinami, lidé pili prakticky všechno i to, co se pokoutně vyrábělo a zdravotní dopad na obyvatelstvo byl ještě mnohem horší než při pití běžného alkoholu.

Další pokus o snížení konzumace alkoholu v SSSR nastal v době, kdy v čele republiky stál Michail Gorbačov. Gorbačov byl velmi asketický člověk, který se snažil nejen svými nařízeními, ale i vlastním příkladem, se snažil ovlivnit spotřebu alkoholu v zemi a snížit zdravotní dopady na obyvatele. I jeho snaha přišla vniveč a jen potvrdila všeobecně známou věc, že v krajině, kde je pití alkoholu velice rozšířené a kde je poměrně snadné vyrábět alkoholické nápoje doma, jsou přísné prohibiční pravidla k ničemu.

20. století bylo pro léčbu alkoholismu velmi zásadní. I přes to, že v USA období prohibice skončila ve většině států ve 40. letech, stačila se prohibiční vlna rozšířit i na jiné státy. Zpočátku se dostala na Island a do Austrálie, poté do Finska a Norska. Následné Švýcarsko si částečné prohibiční opatření zachovalo až doposud. Mnozí lékaři a vědci zabývající se o problematiku prohibice, ji pokládají za jednoznačně neúčinnou. V té době byly sice již značné poznatky o alkoholismu, ale nikdo jim nevěnoval příliš pozornosti. „*Prohibice způsobila, že Američané byli zainteresováni na problému alkoholu a ne alkoholismu*“, tvrdí ve svých dílech Jellinek a Keller. A přidávají praktický argument, že v roce 1933, tedy na konci prohibiční éry, bylo jen v jedné z Psychiatrií – Bellevue v New Yorku – asi 10.000 alkoholiků, kteří si svou závislost vypěstovali v období prohibice“ (Kunda, 1988, s. 10).

Jiné prameny poukazují na zvýšený počet tajných barů v USA, jejichž počet narostl oproti období před rokem 1919, trojnásobně. V této době se začala formovat sdružení

Anonymních alkoholiků, jejichž obdoba přetrvává i v současnosti. Zásady spolků jsou pro nás dodnes velmi významné a poučné. Hrají velkou roli v doléčování lidí závislých na alkoholu, ve vydatné psychické podpoře, upevňování odhodlání abstinovat a také v pocitu sounáležitosti.

3.3 Preventivní opatření – spolky střídmosti

Spolky střízlivosti a střídmosti vznikaly od poloviny minulého století také v Evropě. Varovaly před škodlivými účinky alkoholu na člověka a snažily se v „nezdravé“ konzumaci zabránit, nebo ji alespoň zmírnit. Jejich vznik podnítily velké společenské problémy, spojené s překážkami v hospodářském a národním rozvoji. V evropských zemích však spolky nedosáhly tak široké působnosti jako ve Spojených státech. Zabývaly se především prevencí vzniku alkoholismu, výchovným působením na mládež i na širokou veřejnost. Poukazovaly na sociální a zdravotní dopady nadměrného pití.

Na Slovensku byl velkou postavou v abstinentském hnutí kapucínský páter Th. Matthew, pocházející z Irska, který celý život bojoval proti alkoholismu. V polovině 19. století čítal počet členů ve všech spolcích kolem 5 milionů členů. V Německu bylo ve stejném časovém úseku 433 spolků s pěti tisíci členy. Po 10 letech se počet zvýšil na 1426 a měli přes 1,5 mil. členů. „*Abstinenční spolky a léčebné ústavy pro alkoholiky v Anglii, Německu, Švýcarsku i v severských státech vznikali většinou na náboženské bázi (například spolky Dobří templáři, Modrý kříž, Zlatý kříž). Ve Švýcarsku vznikl první ústav v Pilgerhütte u Basileje v roce 1855 a nedlouho po něm další, mezi nimi proslavený Ellikon založený Forelem. V Anglii otevřeli první léčebnu v roce 1883 v Rickmansworthu a o 10 let déle bylo takovýchto ústavů v okolí 7 a mohli se v nich léčit také ženy. Anglický parlament v roce 1870 projednával návrh zákona o dobrovolné a nedobrovolné léčbě alkoholiků. Ve Francii vznikaly první léčebny tohoto druhu až po roce 1900, podobně jako v bývalém Rakousku (v Steinhofu) a Uhersku (v Rákospalote)*“ (Kunda, 1988, s. 10).

„*Ve Skandinávii abstinentské hnutí vystupovalo především proti konzumaci lihových nápojů. Na počátku nemělo výraznější úspěchy, v průběhu 19. století dosáhl počet členů v Norsku 120 tisíc, což bylo 6% celého obyvatelstva, ve Švédsku to bylo kolem 5%*

z celkového počtu obyvatel. Ve Finsku došlo za 20 let k masivnímu zvýšení v počtu spolků, z původních 2300 na 34000 v roce 1904 a dosáhly mnohé úspěchy, například značný pokles spotřeby lihovin“ (Bútora, 1989, s. 112).

Hnutí usilující o abstinenci se rozšířilo i v Haliči, v Polsku, v Čechách, na Moravě i Slezsku a také v Rusku. I zde došlo k založení mnoha spolků propagujících abstinenci. Ani zde však nedosáhly takové razance jako spolky americké.

3.4 Abstinentní hnutí

V 19. století se v USA objevovaly první pokusy o vysvětlení problémů s nadměrným a nestřídmým požíváním alkoholu. Tehdy se lékaři setkávali se zvyšujícím se počtem alkoholiků, kteří pocházeli z nejnižší třídy – chudiny. Postupem času další dění dávalo za pravdu uvedeným názorům. *„Lékaři pochopili nevyhnutelnost postavit se proti tehdejšímu veřejnému mínění a poskytnout alkoholikům lékařské ošetření. Již v roce 1857 byl v Bostonu otevřený první léčebný ústav a ještě před koncem 19. století bylo na území USA zřízeno okolo 50 „inebrietiálních azylů“ a jiných zařízení. V roce 1876 vznikl časopis *Quarterly Journal of Inebriety*, který propagoval myšlenku, že alkoholismus je choroba a později, po návštěvě Freuda v USA, jí zařadil blíže k neurózám. Tento časopis a rozporuplné sdružení *American Medical Association for the Studie of Inebriety and Narcotics* zanikly společně s prohibicí. Po roce 1811 vznikají v USA spolky střídmosti. Jejich počet se zvyšoval zejména od 40. let v souvislosti s Washingtonským hnutím úplné abstinence“ (Kunda, 1988, s. 10).*

3.5 Počátky snah o léčbu

Zlom v chápání alkoholismu jako nemoci nastal až na počátku 19. století. Do té doby nadměrné požívání alkoholu a závislost na něm, byla brána pouze jako neřest a zhýralost. Snaha o léčbu alkoholiků se datuje ještě o půl století déle. Pro srovnání bude rozděleno toto období do tří okruhů – rozvoj v Evropě, v Českých zemích a v USA. Poslední jmenovaný byl popsán už v předešlé kapitole.

„V Anglii v roce 1804 definoval Thomas Trotter opilství jako duševní poruchu, kdy léčba spočívá v úplné abstinenci. V roce 1805 ve Francii napsal J. E. D. Esquirol, že touha po alkoholu je symptomem hrozícího derilia, která vyvolává poruchu apetence. Ve svém pojednání o mánii používá termín „alkoholománie“. Další termín „ionománie“, který také označuje neovladatelný vztah k alkoholu, pochází od moskevského lékaře A. M. Salvatoriho (1817).

Jeden z prvních názorů blízkých nosologickému chápání opilství je připisán K. M. Brühlovi - Kramerovi (1819). V jeho díle termín „Trunksucht“ znamená v té době nejrealističtější popis kliniky alkoholismu, který chápe jako tělesnou nemoc poškozující nervový systém a vede k abnormální touze po alkoholu. Rozlišuje její akutní a chronické formy, které mohou být různě závažné.

Švéd Magnus Huss zavedl v roce 1949 termín „alkoholismus chronicus“ a později jej uvádí jako samostatný obraz nemoci s uceleným klinickým popisem. Odmítl také genetickou teorii alkoholismu a nahradil ji psychogenezi a sociogenezi (1952).

Pozoruhodné je, že v tomto období W. Lippich (1834), mimochodem lékař - internista slovenského původu, jako jeden z prvních použil při sledování alkoholiků statistické metody. Samozřejmě termín alkoholismus ještě nepoužíval“ (Kunda, 1988, s. 10).

3.5.1 Vznik léčebných zařízení na léčbu alkoholismu v Českých zemích

Odborná i laická veřejnost volala po vzniku zařízení, která by se alkoholiků ujala a pomohla jim zbavit se jejich závislosti. Proto se za Rakousko - Uherska objevovaly první protialkoholní poradny. Vůbec první vznikla v Brně v roce 1910. Po pěti letech však zanikla a k obnově činnosti došlo až v roce 1931. Praha byla v tomto směru poněkud pozadu. Zde došlo k otevření poradny až o 18 let později v roce 1928. Pracovala pod záštitou Českého abstinentního svazu. Po celé zemi tak v roce 1928 pracovaly pouze 3 poradny. Rozvoj v této sféře byl poměrně pomalý a zdlouhavý. Po dvaceti letech bylo evidováno 10 poraden. Rok 1949 byl zlomový. Během dalších šesti

let zahájilo svou činnost podstatně větší množství poraden. V roce 1955 jejich počet vystoupil na 140 a evidováno zde bylo na 39 500 pacientů.

Ve stejném období začínají pracovat také protialkoholní léčebny. První drží léčebna ve Velkých Kunovicích, vzniklá v roce 1909, u jejíhož zrodu stál bývalý katolický kněz Bedřich Konařík - Bečvan. Tento muž stál i u zrodu další léčebny v Teplicích - Šanově v roce 1924. Nesla název „Abstinentní pensionát zámek Tuchlov“ a byla podporována Ministerstvem zdravotnictví.

Další léčebny a oddělení vznikaly až v poválečném období. Nejvýznamnější a doposud činné je Protialkoholní oddělení Psychiatrické kliniky Lékařské fakulty University Karlovy v Praze „U Apolináře“. Vzniklo 7. 9. 1948 na nátlak okolí, ale především díky MUDr. Jaroslavu Skálovi, kterému nebyl osud opilých spoluobčanů lhostejný. Čítalo dvacet lůžek a jeho otevření předcházelo vydání článku v časopise Praktický lékař, v čísle 15 v roce 1947. Skála zde referuje o „novém“ způsobu léčení alkoholiků, které spočívá v léčebné metodě, jejím principem bylo vytvoření negativního podmíněného reflexu vůči účinkům alkoholu – opakovaným podáním emetinu.

3.5.2 První záchytná stanice

Při protialkoholním oddělení o tři roky později, dne 15. 9. 1951, byla otevřena první protialkoholní záchytná stanice. Vůbec prvním klientem byl ruský námořní inženýr. Smyslem „záchytky“ bylo poskytnout člověku „zmoženému“ alkoholem možnost vystřízlivění a zdravotního dohledu na potřebnou dobu, nejdéle však na 24 hodin. Za pobyt se platilo a nevztahovala se na ni pracovní neschopnost. O zachycení byl proveden záznam, jeho kopie šla do protialkoholní poradny v místě bydliště této osoby. Při opakovaném pobytu v zařízení byl informován i zaměstnavatel. Po vystřízlivění se zachycený stručně seznámil s tím, co je smyslem „záchytky“ a byl pozván na protialkoholní školu, pořádanou v prostorách oddělení. Součástí byly přednášky zaměřené na téma alkoholismu, jeho důsledků a zdravotních, sociálních i kriminálních dopadů. Další intervence „U Apolináře“ vedla často k léčbě závislosti jedince. Jednou z intervencí byla i opakovaná služba na záchytné stanici. Dříve „zachycení“ se zde, za pomoci a dohledu zdravotnického personálu, museli postarat o opilce, kteří sem byli po

dobu jejich služby dovezení a přijati. Služba sestávala v péči o zachycené, v pomoci s osobní očištěnou při příchodu a v hlídání a usměrňování neklidných a agresivních pacientů. Odstrašující případy, které zde za služby viděli, zapříčinily, že se část alkoholiků rozhodla pro léčbu své závislosti, nebo o ní alespoň začala uvažovat. Tato stanice se velmi osvědčila a začali vznikat další nejen v Čechách, ale i ve světě. Příkladně záchytky v USA v St. Luis má dokonce zmínku o té pražské ve své zakládající listině.

„Jako zařízení spravované zdravotníky je záchytná stanice československou specialitou a v protialkoholním světě má podobný věhlas jako ve světě alkoholizovaném plzeňské pivo“ (Skála, 1977, s. 53).

Záchytná stanice v Apolinářské ulici sídlila do roku 1993, tedy přes 40 let. Tehdy byla přestěhována na Prahu 10, do areálu nemocnice Ministerstva vnitra. Na této adrese ovšem také neměla dlouhého trvání a stěhovala se potřetí, do nemocnice Na Bulovce v Praze 8, kde sídlí do současnosti a je to nejlépe vybavená záchytná stanice v České republice. V uvolněných prostorách vzniklo zkušební detoxikační centrum, které stále velmi úspěšně funguje.

Počet záchytných stanic však podstatně ubývá. Nyní je jich v celé České republice celkem 16, nejvíce v Moravskoslezském kraji. Důvodem snížení počtu jsou velké finanční náklady, které jejich zřizovatelé, většinou územněsprávní celky, s provozem zařízení mají.

4 Alkoholismus jako nemoc

4.1 Výroba a využití alkoholu

Etanol je chemicky bezbarvá tekutina s velmi malou molekulou ($\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{-OH}$). Je to hořlavina I. třídy pro svoji vlastnost snadno se slučovat s kyslíkem, bodem varu $78,3^\circ\text{C}$ a bodem tání $-114,4^\circ\text{C}$, tedy překvapivě vysokým. Hoří při 425°C a je poměrně výbušný – hranice výbušnosti je 3,4 – 15% objemových. Používá se též jako rozpouštědlo, kvůli jeho volné a neomezené mísitelnosti s vodou. V nepolárních rozpouštědlech se rozpouští velice špatně.

Etanol získáváme buď synteticky, nebo kvašením – biosyntézou. Synteticky vyrobený se používá hlavně ve farmaceutickém průmyslu při přípravě řady léčiv, kdy „vytahuje“ účinné látky z rostlin. Mísením s Jódem vzniká tinktura, která je vysoce účinným desinfekčním prostředkem. Velmi důležité je použití etanolu jako protijedu, antidóta, při otravách metanolem, kvůli jeho biochemické podstatě působení na lidský organismus, jenž je velmi podobný jako u metanolu, ale méně rizikový. Také je součástí parfémů, toaletních a ústních vod, barev, ředidel, čisticích na okna a dalšího drogistického zboží. Vysoké hořlavosti se, hlavně v poslední době, využívá zejména v oblasti biopaliv, ke zlepšení výkonu spalovacích motorů, atp.

Pro dané téma je zajímavý především účinek etanolu na člověka, při jeho konzumaci. Nejběžnější a největší část produkce etanolu je příprava z jednoduchých sacharidů alkoholovým kvašením, tzv. biosyntézou, za přítomnosti určitých druhů kvasinek. Reakce se účastní především šlechtěné druhy *Saccharomyces cerevisial*, které rozkládají molekulu jednoduchého cukru na dvě molekuly etanolu. Tento biochemický postup lidstvo využívá již 6000 let. Dokládá to nález papyrů z doby Staré říše, kde je popsána výroba piva kvašením ječmene. Dnes se k biosyntéze používá jak cukerného roztoku o maximální koncentraci 20%, tak přímo přírodních surovin obsahujících sacharidy. K výrobě vína se používá šťáva z hroznů, rybízu, jablek, atp. V podstatě se dá alkohol získat z každého ovoce, které obsahuje cukr. *„Alkohol lze získat z jakékoli formy škrobu nebo cukru; bylo vyrobeno pivo z kopřiv, víno z pampelišek nebo bramborových slupek a přišlo se na to, že piliny mohou být přeměněny v kvasný cukr působením slabé*

kyseliny. Alkohol se dá vyrobit snad z čehokoliv, a co se výroby týče, jde o látku velmi levnou“ (Skála, 1988, s. 9). Takto získaný alkohol obsahuje 11 – 16%. Při vyšší koncentraci jsou kvasinky jako první oběť alkoholu, zničeny vlastním produktem. Silnější roztoky se poté získávají další úpravou základní směsi – destilací. Jedná se o rozdělení směsi látek na podkladě různého bodu varu. Procesem destilace lze získat tzv. absolutní alkohol obsahující 95,57% etanolu a 4,43% vody. Přidáním vody a naředěním na nižší koncentraci, zpravidla kolem 45%, vznikne „tvrdý alkohol“, vhodný ke konzumaci člověkem. Téměř 100% alkohol lze získat při destilaci přidáním benzínu nebo benzenu. Vznikne produkt o čistotě 99,7%, který se používá zejména k technickým účelům.

4.2 Alkohol a jeho funkce

Alkohol má pro lidstvo několik významů, rolí nebo funkcí, podle toho, z jaké stránky na něj pohlížíme. Je významným energetickým a výživovým zdrojem, prostředkem při rituálních obřadech, ale také prostředkem orgastickým, kdy slouží k záměrné a legální intoxikaci. Hlavní funkce alkoholických nápojů jsou následovné:

Z psychologického hlediska je alkohol prostředkem anxiolytickým, kdy působí proti napětí a potlačuje úzkost, euforickým pro zlepšení nálady nebo prostředkem inspirace a také sebevyjádření. Lidé jej pijí na povzbuzení, proti nudě, pro únik ze skutečnosti, pro otupení nebo naopak povzbuzení. Velmi zrádné je pít „na kuráž“, kdy se zvyšujícím se konzumem přichází neohroženost, přehnaná sebedůvěra a pocit „nesmrtelnosti“.

Při náboženských obřadech plní funkci rituální, Neobejdou se bez něj ani slavnosti rodinné, svátky, narození potomků, životní jubilea, ale také svátky velikonoční či období Vánoc.

Ekonomické hledisko je velmi zajímavé. Prodej alkoholických nápojů je velmi významným finančním přínosem do státního rozpočtu. Je zdrojem zaměstnanosti - kdy v pivovarnictví a lihovarnictví pracuje značná část obyvatelstva. Další zdroj zaměstnanosti jsou navazující obory, jako dopravní firmy, obchodní sítě, zábavné podniky a také turistika. „Vydělat“ dá i zdravotnickým profesím, které napravují škody způsobené účinkem alkoholu v organismu člověka.

Na ekonomické navazuje sociální hledisko. Alkohol může být symbol prestiže a moci, kulturní identity, působí jako „společenský tmel“, zlepšuje komunikaci a uvolňuje mravy. Nebo je jen prostředkem prostého pohostinství a stolování.

Nezanedbatelné je i hledisko fyziologické, kdy může být na alkohol pohlíženo jako na lék, či jako na potravu, zdroj energie, výživy nebo na prostředek hasící žížeň a zlepšující hydrataci.

Alkohol lze nazvat prostředkem sloužícím k upevňování nových vztahů, také je nástrojem mocenské manipulace nebo zbraní či lstí v politickém soupeření nejen uvnitř státu, ale i v mezinárodních kruzích.

4.3 Konzumace alkoholu

Ne všechny alkoholické nápoje jsou konzumovány ve stejném množství, ve všech společenských vrstvách a ve všech zemích a kulturách.

Víno a kvalitní destiláty se pijí především ve vyšších vrstvách, v okruhu intelektuálů a bohémů. Kvalitní vína jsou často dost finančně nákladná a ne každý si je může dovolit. Jsou i určité země a oblasti, kde je víno znatelně preferováno. Ať již je to v okolí vinic ve Francii, Itálii, Španělsku a mnohých jiných, včetně naší vinařské oblasti na Moravě.

Oproti tomu pivo je více konzumováno ve střední vrstvě. Je to dáno především jeho finanční dostupností. Svou roli hraje i pití piva „na žížeň“, coby dodání tekutin do organismu. Hojně konzumováno je stavebními dělníky, montéry, zemědělci. Dříve bylo pivo tolerováno v hutnictví, sklářství a v ocelárnách, zejména při práci u tavných pecí, kdy povoleno bylo 8° pivo. V hlášení pro ředitelství v ocelárně Poldi Kladno o spotřebě nízko stupňového piva je udávána denní spotřeba až 12,5 litru na osobu a den. K pivu jsou konzumovány i „obyčejné“ destiláty jako je Rum, Fernet a Zelená. Opět je spotřeba dána poměrně nízkou cenou a tím snadnou dostupností.

Lidé z okraje společnosti a bezdomovci pijí nejlevnější a tím pro ně nejdostupnější alkoholické nápoje. Nabíledni jsou krabicová vína, různě pokoutně vypálené destiláty a nejlevnější piva. Protože tito lidé většinou nemají žádný příjem, alkohol si opatřují buď

krádežemi, nebo obtěžují okolí a žebrají. Dnes již není nic neobvyklého vidět ušpiněné a otrhané existence u nákupních středisek i během dopoledne v notně podroušeném stavu, kdy vybírají alespoň z odstavených nákupních košů drobné mince, či dotírají na lidi a žádají „pár korun“. Celý den věnují úsilí sehnat peníze a pak je propijí. Tyto osoby většinou končí nevalně. O řešení svého alkoholismu a o léčbu zájem nemají, ve velké míře se jim jejich způsob života v podstatě zamlouvá.

4.4 Vstřebávání alkoholu v organismu

Etanol se do organismu dostává několika vstupními branami. Malé množství se dostane do těla kůží – masti, masážní gely, nebo vdechováním výparů při výrobě. Nejčastěji se však dostává do oběhu přes trávicí trakt, požíváním alkoholických nápojů. Alkohol je v organismu odbouráván složitými metabolickými pochody. Malá část se vyloučí dechem, potem a močí v nezměněném stavu, asi 5-10% požitého alkoholu. Zbylé metabolické cesty jsou lokalizovány v gastrointestinálním traktu. Velká část etanolu, přibližně 20%, se vstřebává v žaludku, zbývajících 80% pak v tenkém střevě. Vstřebaný alkohol je krevním oběhem rozváděn do celého těla, nejprve do jater, která okamžitě začnou pracovat na jeho „zneškodnění“ – detoxifikaci. Ta však není dostatečně rychlá na to, aby stihla zabránit průniku alkoholu do celého organismu a do všech tkání těla. Molekula alkoholu je velmi malá a tělem se šíří pouze koncentračním spádem. Snadno překoná i hranici na pomezí cév a mozku a zaplavuje mozek, na který má výrazné účinky. Na ty bude poukázáno až později. Alkohol se ne ve všech tkáních se rozptyluje stejně. Dříve se dostává do orgánů s vyšším prokrvením, do tukových buněk prostupuje v menší míře a pomaleji než například do svalů. Z toho plyne vysvětlení, proč jsou ženy na účinky alkoholu mnohem citlivější než muži - mají více tukových buněk.

Rychlost vstřebávání alkoholu a jeho účinků v organismu závisí na několika faktorech. Jedním z hlavních je množství a kvalita přijaté potravy, tedy obsah žaludku. Je-li potrava bohatá na tuky, etanol se vstřebává podstatně pomaleji, než je-li člověk hladový. Dalšími faktory jsou změna aktivity enzymových systémů, stav hydratace organismu, funkce ledvin a množství cirkulující krve. Jsou známy také důvody, které ovlivňují kinetiku metabolismu alkoholu před vstupem do systémové cirkulace.

Významné je i pohlaví, věk a etnikum. Některé studie se zabývaly těmito aspekty a prokázali jinou míru působení u černošské, asijské nebo romské populace, oproti bělošské. Také věk hrál významnou roli. Velký vliv má i případné hladovění, kdy je rychlejší nástup účinku etanolu a jeho vyšší hladině v oběhu. Dále snížená aktivita ADH (alkoholdehydrogenázy) při chronickém etylismu a změny jsou též u lidí s gastrectomií.

4.5 Působení alkoholu na jednotlivé orgány

4.5.1 Onemocnění jater

Chronický abusus alkoholu má značný dopad na mnohé orgány v těle, na jejich funkci, stavbu a na onemocnění s tím souvisejících. Postiženo bývá více orgánů a objevují se nemoci, které jsou vyvolané nadměrným požíváním alkoholu. Vzhledem k tomu, že játra mají významnou úlohu při odbourávání alkoholu z těla, je vhodné začít právě jejich onemocněním.

„Spektrum jaterních onemocnění začíná asymptomatickou hepatomegalií a končí pokročilým jaterním selháním a portální hypertenzí“ (Zima, 1996, s. 40).

U většiny alkoholiků se vyvine hepatomegalie a jaterní steatóza, o které sami postižení ani neví a probíhá bezpříznakově. Zjistí se náhodně při lékařském vyšetření z jiných důvodů, ať již při pravidelných preventivních prohlídkách, nebo při vyšetřování jiného onemocnění. Jen u jedné třetiny takto postižených dojde k rozvoji těžšího jaterního poškození. Zda u chronického alkoholika vznikne další onemocnění, jaterní cirhóza, záleží na množství přijímaného alkoholu a četnosti konzumace. Průměrná cirhogenní dávka je odhadována kolem 180 g etanolu denně po dobu 25 let.

Jaterní poškození je stupňovité od lehčích forem až po cirhózu, ze které se může vyvinout hepatocelulární karcinom. Nejčastější jaterní lézí je alkoholová steatóza, tzv. ztukovatění, což je akumulace tuku v játrech. Steatóza nemusí být nutně předstupněm jaterního poškození. U malé skupiny alkoholiků se vyvine alkoholická hepatitida, která je precirhotickým stadiem. Steatóza jater a hepatitida jsou změnami reversibilními, při abstinenci dochází k poměrně rychlé úpravě abnormit.

Jiné onemocnění, které vzniká při alkoholismu, je jaterní fibróza. Chronický abusus alkoholu aktivuje tkáňové dýchání a vyvolává relativní hypoxii perivenulární oblasti. V hypoxickém terénu snadno dochází ke vzniku nekrotizace s následnou fibrotizací. „Vznik progresivní jaterní fibrózy je „začarovaným kruhem“, kdy se toxický produkt, například alkohol, vyvolá zánětlivou změnu nebo nekrotizaci. Obě tyto změny ve tkáni vedou k fibróze, která mění difuzní bariéru pro řadu látek a krevní průtok. V důsledku těchto změn může vznikat ve tkáni opět nekrotizace nebo zánět, které se hojí fibrózou. Výsledkem popsaných patogenetických mechanismů je tzv. alkoholové poškození jater“ (Zima, 1996, s. 64). Všechny chemické procesy na odstranění alkoholu z organismu probíhající v játrech, jsou pro jaterní buňku velmi náročné a vyčerpávají ji. Navíc působí i vlastní „jedovatost“ etanolu a díky tomu se jaterní buňka začne po čase rozpadat. Vzniká jaterní zánět, ztučnění jater a jako závěrečný krok nastane zvazivovatění, nahrazení nefunkční tkáně, která už detoxifikaci neprovede. Proto je důležité nedodávat dále do organismu „alkoholovou škodlivinu“. Abstinencí sice nelze vyléčit fibrotické změny, ale nebude docházet k dalšímu poškození jaterní tkáně a nebudou se tvořit nová fibrotická ložiska.

Při trvající konzumaci může dojít a také dochází k progresi jaterního poškození z alkoholové hepatitidy do cirhózy jater nebo rakoviny jater. Jaterní cirhóza je již poškození ireversibilní. Po mnoho let se nemusí vůbec projevit. Její průběh se může projevovat od asymptomatické hepatomegalie až po jaterní selhání s portální hypertenzí. S cirhózou se můžeme setkat i u pacientů, kteří již delší dobu abstínují, mnohdy i několik let, což značně ztěžuje diagnostiku a často se na ni vůbec nepomýšlí. Při dalším abúzu alkoholu se projeví dekompenzovaná forma cirhózy, kdy jsou přítomné všechny příznaky: edémy, krvácení do gastrointestinálního traktu, ikterus, subfebrilie, ascites, pleurální výpotek, neuropatie. K dekompenzací dochází většinou po alkoholovém excesu. V tomto stadiu je mortalita velice vysoká, až 70% nemocných. Alkoholická cirhóza však má při striktní abstinenci mnohem lepší prognózu, než cirhóza s jinou etiologií. Nejčastější komplikací cirhotického onemocnění je ascites – nahromadění tekutiny v dutině břišní. Pětileté přežití u tohoto onemocnění se pohybuje mezi 0-70%, v závislosti na alkoholové kariéře a stupni dekompenzace. Hepatocelulárním karcinomem onemocní asi 20% nemocných s jaterní cirhózou.

K cirhóze se váže portální hypertenze, která při pokračujícím abúzu rychle progreduje. Dochází ke vzniku jícnových varixů, jejichž stěna je velmi křehká a snadno dojde k ruptuře, při níž může alkoholik lehce vykrvácet. Ztráty bývají mohutné, podmíněné také sníženou srážlivostí krve, která doprovází alkoholismus. Mortalita u prvního krvácení je 60-70%, u druhého 30-50%. Zdrojem krvácení jsou i jiné příčiny než jícnové varixy. Játra mají důležitou úlohu při tvorbě rozličných složek, které se uplatňují při krevní srážlivosti. Alkoholik má sníženou hladinu protrombinu, čímž se narušuje koagulační schopnost krve a dochází ke krvácivým projevům, ve velké míře krvácení do gastrointestinálního traktu. Časté je krvácení do žaludku, díky hemoragické gastropatii nebo krvácení z duodenálního vředu.

K dalším dopadům nežádoucího účinku alkoholu patří hyperlipoproteinémie. Jednou z příčin vzniku je zvýšená a pravidelná konzumace alkoholu. Porucha je vyvolána zvýšeným uvolňováním mastných kyselin (MK) z tukové tkáně do jater, snížené oxidaci těchto kyselin v játrech i jejich zvýšenou esterifikací na triacylglyceroly (TAG), s následným sníženým uvolněním TAG z jater. Všechny tyto pochody vedou k vzestupu cholesterolu a tím k vzniku aterosklerózy.

Velmi nevhodné se značným dopadem na zdraví člověka je současné užívání léků spolu s alkoholem. Zvláště v případech, kdy jsou tyto léčiva eliminována játry, pro které je nápor a následná zátěž velmi vysoká. Účinky léků se tak mohou buď potencovat, nebo naopak snižovat. Etanol zvyšuje toxicitu a sedativní účinky hypnotik, užívaný s opiáty tlumí kašel a snižuje ventilační funkce a tím dochází i k útlumu dechového centra. Spolu s antidepresivy a antipsychotiky může vyvolat srdeční dysrytmii, společně s vasodilatačními látkami navozuje neočekávaný kolapsový stav. Společně s alkoholem se nesmí užívat benzodiazepiny, perorální antidiabetika, kumarinová antikoagulancia, antibiotika a digitalisové preparáty.

4.5.2 Onemocnění slinivky břišní

Dalším důležitým orgánem, na jehož poškození se abúzus alkoholu podílí, je pankreas. Zde záleží na délce a druhu požívaného alkoholu, při pití tzv. tvrdého alkoholu jsou dopady na slinivku břišní znatelnější.

Na počátku vzniku onemocnění pankreatu působí alkoholické nápoje povzbudivě na vnitřní i vnější sekreci. Při pokročilém stupni alkoholismu je naopak tuto sekrece potlačována. Poškození pankreatu se projeví akutním nebo chronickým zánětem, pankreatitidou. Chronická pankreatitida manifestuje až po mnoholetém abúzu alkoholu. Při jejím prvním vzplanutí často není rozpoznána jako alkoholická a uzavírá se diagnózou akutní pankreatitida., které často předcházejí udávané dyspeptické obtíže. Akutní forma je poměrně rychle diagnostikována a při správné léčbě a následné dietě s vyloučením alkoholu, je postupně zhojena, může však skončit až smrtí nemocného i přes veškerou léčbu, která je mu poskytnuta. Někdy přechází do chronické formy a při nepřerušném požívání alkoholu můžeme mluvit o chronické pankreatitidě s akutními vzplanutími, kdy se záněty opakují. Vzplanutí nastává zejména po alkoholovém nebo dietním excesu. S průběhem onemocnění se tolerance alkoholu snižuje. Alkoholová pankreatitida se vyskytuje častěji u mužů, někdy i v kombinaci s jaterní cirhózou. K léčbě používáme především konzervativní terapii, později, hlavně při nekrózách pankreatu se přistupuje i k léčbě razantnější – chirurgické. Operace by se však měly při další konzumaci alkoholu pacientem eliminovat a provádět jen v nezbytném rozsahu a z vitální indikace.

Chronický zánět slinivky břišní s sebou nese i další rizika a onemocnění. Poruchou normální funkce, sníženou sekrecí inzulínu a zvýšenou rezistencí na něj, dochází ke vzniku diabetu mellitu (cukrovky), o které mnohý pijan ani neví. Přijde se na ni většinou až při hospitalizaci, kdy může být diabetes již značně dekompenzován. S tímto onemocněním vyvstává nutnost dalšího dietního omezení a úpravy životosprávy. Je zde doporučováno i snížení příjmu alkoholu, jenž je energeticky velmi vydatný. Při nezřízeném životním stylu, který většinou alkoholik vede, je úprava životosprávy a diety prakticky nemožná. S průběhem onemocnění se tolerance alkoholu snižuje.

Snížena zevně sekrektorická funkce dopadá i na vstřebávání vitamínu B12, je zhoršeno i vstřebávání vitamínů rozpustných v tucích – A, D, E a K. Většinou se však avitaminózy příliš neprojevují. Občas se u pijanů vyskytnou poruchy vidění způsobené malabsorpcí vitamínu A a zinku.

4.5.3 Působení alkoholu na jícen žaludek, tenké a tlusté střevo

Největšímu toxickému vlivu alkoholu je vystavena především sliznice horní části gastrointestinálního traktu, což je dutina ústní, orofaryng, jícen, žaludek a duodenum. Onemocnění těchto partií nejsou přímo vyvolány konzumací alkoholu, ale alkohol se podílí na jejich manifestaci a může zhoršovat průběh těchto chorob.

V jícnu se, při požívání více jak 20% alkoholu, kdy je prokázáno, že alkohol nad 40% jednoznačně porušuje integritu sliznice, snižuje napětí solního jícnového svěrače. Dalším a opakovaným působením alkoholu, zde tento napomáhá ke vzniku reflexní ezofagitidy, z níž se může vyvinout i tzv. Barretův jícen. Je to onemocnění, jež je charakterizováno náhradou dlaždicovitého epitelu za žaludeční, nebo cylindrický epitel. Často se zde vyskytuje stenóza, vzácně se může objevit i krvácení. Nejzávažnějším stavem je, když takto „změněná“ sliznice degraduje v adenokarcinom. Alkohol není jediným faktorem vzniku karcinomu, podstatně jej potencuje nikotinismus, nezdědka spojený s abúzem alkoholu. Také motilita jícnu bývá u chronických alkoholiků významně narušena a může být příčinou jícnových spasmů, které způsobují bolesti na hrudi podobné těm, které se vyskytují při angíně pectoris. Dalším onemocněním v oblasti jícnu jsou jícnové varixy vznikající při portální hypertenzi, o nichž je již zmínka v kapitole o dopadech alkoholismu na játra.

Asi 20% požívaného alkoholu se vstřebává v žaludku. Některé studie ukazují, že koncentrovaný alkohol může zpomalovat evakuaci žaludečního obsahu. Na sliznici žaludku se objevuje erytém a drobné petechie. V krajním případě se může rozvinout až hemoragická gastropatie, kdy je stěna žaludku velmi křehká a prokrváčená, dochází až k „ronění krve“ z prosáklé žaludeční sliznice. Chroničtí alkoholici trpívají chronickou gastritidou. Dále se může rozvinout obraz žaludečního vředu, zejména za přítomnosti infekce, kterou zapříčiňuje *Helicobakter pylori*. Při současné konzumaci alkoholu se narušují obranné schopnosti sliznice žaludku – snížení tvorby hlenu a snížení krevní perfúze sliznice. Je-li již vřed utvořen, další abúzus alkoholu podstatně zhoršuje jeho hojení a může být zdrojem dalších komplikací. U alkoholika, stejně jako u abstinenta, může být zjištěn karcinom žaludku. Zdá se však, že alkohol je mnohem menším rizikovým faktorem, než u karcinomu jícnu.

Nadměrné a déletrvající požívání alkoholických nápojů má značné dopady i na morfologii a funkci tenkého a tlustého střeva, vede k častým průjmům, k malabsorpci a maldigesci. V tomto ohledu se účastní faktor sníženého příjmu potravy, nejen ve smyslu kvantitativním, ale i kvalitativním. Svou roli hraje i životospráva, kterou alkoholik prakticky nemá. Dochází k poruše resorbce v tenkém střevě, hlavně k malabsorpci bílkovin, cukrů, tuků, vitamínů a elektrolytů. Nastávají i morfologické a funkční změny na sliznici tenkého střeva. Narušena je motilita tenkého střeva a tím vznikají i již zmíněné časté průjmy alkoholiků. Dalším důvodem průjmů je změna v zastoupení jednotlivých bakteriálních druhů běžně osidlující tenké střevo. Mění se nejen jejich poměry, ale některé bakterie se přesouvají do jiných míst trávicí trubice, kde by se fyziologicky vyskytovat neměly. Tento fenomén je označován jako syndrom bakteriálního přerůstání a trpí jím až polovina alkoholiků. Syndrom bývá také příčinou malabsorpce vitamínů skupiny B a deficitu folátu. Při abúzu alkoholu jsou imunitní a endokrinní pochody tenkého střeva významně narušeny. Je porušena i bariéra tenkého střeva a organismus je zaplaven toxiny bakterií a makromolekulárními látkami, což může mít za následek poškození vzdálených orgánů.

Velmi často se při pijáctví dostávají střevní dyspeptické potíže, meteorismus, flatulence, borborygmy a v nemalé míře i bolesti v levé polovině břicha. Nejvýraznější potíže jsou po ránu a dochází k tzv. dráždivému tračníku, kdy postižení mají objemné kašovité kyselé páchnoucí stolice několikrát po sobě. Po časté defekaci dochází k zánětům v oblasti anorektálního přechodu, k pálení a bolesti v anální krajině a k iritaci vnitřních hemoroidů. Při abstinenci velmi rychle dochází k ústupu střevních obtíží. *„Excesivní množství přijímaného alkoholu je podle některých studií spojeno s vyšším výskytem adenomů tlustého střeva a kolorektálního karcinomu. V tomto ohledu působí alkohol nejspíše jako karcinogen, který zvyšuje karcinogenní efekt jiných látek. V poslední době se objevily zprávy o zvýšeném výskytu karcinomu rekta u pijáků piva. Jednoznačný vztah mezi spotřebou alkoholu a kolorektálním karcinomem nebyl doposud prokázán“* (Zima, 1996, s. 180).

4.5.4 Dopady požívání alkoholu na oběhový systém

Při nadměrném a déletrvajícím požívání alkoholu dochází také k poškození srdce, které může být dvojího druhu – akutní nebo chronické.

K akutnímu poškození dochází při požití velké toxické dávky alkoholu. Poškození vzniká díky acetaldehydu, což je vlastně mezistupeň přeměny alkoholu na konečný kysličník uhličitý a vodu. Acetaldehyd nestačí být odbouráván příslušným enzymem a hromadí se v krvi. Působení na srdeční sval vzniká díky adrenalinovým látkám, které jsou kvůli němu vyplavovány a mají vliv nejen na výživu buněk, ale i na prokrvení. Tím se sníží výkonnost srdce a může docházet k selhávání levého srdce s příznaky plicního otoku, kdy srdce nestačí odčerpávat krev do velkého oběhu. Vše může skončit smrtí jedince.

U chronického poškození dochází k dlouhodobému nedostatku kyslíku v buňkách srdečního svalu, dochází k jejich poškození a zániku, kdy tento defekt je nahrazován vazivem. Tím ubývá kontrakční síla srdce, to se zvětšuje – nejprve levé, poté i pravé srdce. Následný stav je uznáván za samostatnou klinickou jednotku nazývanou alkoholická kardiomyopatie. Projevuje se nespecifickými příznaky a obtížemi, jako je tachykardie, námahová dušnost, která postupně přechází v dušnost klidovou. Objevují se otoky dolních končetin, únavnost, palpitace a nepříjemné pocity v prekordiu. Často se alkoholové poškození srdce zaměňuje s ischemickou chorobou srdeční s následným infarktem myokardu. Omyl ukáže až případný pitevní nález. Doba vzniku alkoholové myopatie se udává kolem 10 let abúzu alkoholu. Ke vniku přispívají i další možné příčiny, jako jsou špatná a nedostatečná výživa a hlavně deficit vitamínu B.

„Škodlivé užívání alkoholu vede v průběhu let k předčasnému rozvoji aterosklerózy se závažnými komplikacemi (srdeční infarkt, cévní a mozkové příhody ...)“ (Malá, 2002, s. 54).

Nesmírně nebezpečná je systémová arteriální hypertenze, vyvolaná požíváním alkoholu. Je nezávislá na spotřebě kávy, cigaret a na obezitě. Při plné, několik týdnů trvající abstinenci, často dojde ke spontánnímu snížení tlaku k návratu k fyziologickým hodnotám. U některých alkoholiků i přes déle trvající abstinenci vysoké hodnoty krevního tlaku přetrvávají a je nutná intervence antihypertenzivy.

4.5.5 Alkohol jako kancerogen

Při abúzu alkoholu vzniká velké množství volných radikálů. Ty způsobují poškození endotelií, snižují syntézu kolagenu, poruchy metabolismu železa, toxické poškození orgánů, poškození cytoskeletu a buněčných membrán. Díky těmto důsledkům je alkohol velmi významný kancerogen, což dokazují i poslední studie. Zařazujeme jej mezi rizikové látky s vyšším výskytem nádorů při jeho pravidelné konzumaci. Jedná se především o rakovinu trávicího ústrojí. Postiženy mohou být játra, jazyk, jícen, kardie, žaludek a rektum. V řadě případů je požívání alkoholických nápojů spojeno s nikotinismem, což potencuje vznik zhoubných novotvarů v dýchacím systému, hlavně v plicích, orofaryngu a laryngu. Působení etanolu jako kancerogenu však není úplně známé a diskutuje se o několika možnostech mechanismu. Ať už je to změna v DNA, změna v činnosti imunitního systému či působení nutričních faktorů, kdy v organismu schází některé antioxidanty, zejména foláty a vitamíny. Alkoholik, ve většině případů, zdravému způsobu života zrovna neholduje a to je důvod nedostatku těchto látek.

V posledních letech výzkumy zaměřené na problematiku alkoholismu ukazují, že zvýšená hladina etanolu může stimulovat bujení mikroorganismů, které jsou odpovědné za bakteriální pneumonie, meningitidy a infekční záněty močových cest.

4.5.6 Příznivé dopady alkoholu na organismus

Alkohol v nepřiměřené konzumaci dozajista škodí. Ovšem je nutné poukázat na skutečnost, že a požívání alkoholu nemusí mít na organismus člověka pouze drtivý a zhoubný dopad. Kardiologové oceňují jeho přínos při ochraně srdce a cév. Podle nich je nejzdravější přírodní víno obsahující resveratol. Právě on příznivě ochraňuje cévy a alkohol tak v malých dávkách prospívá kardiovaskulárnímu systému. Umírněné konzumenty alkoholu v menší míře postihují infarkty a ucpávání cév. Je ovšem těžké určit hranici rozumného pití, která zdraví ještě prospívá a kdy už je pití pro organismus škodlivé. Jako únosné množství je udáváno zhruba 200 g absolutního alkoholu pro muže (což je zhruba 1 pivo či 2 dcl suchého vína) a 100 g pro ženy denně. Ne všichni lékaři však s tímto názorem souhlasí.

Zde je vhodné zmínit i tzv. Francouzský paradox. V roce 2002 byly zveřejněny údaje FAO (Food and Agriculture organization), které poukazují na fakt, že ačkoliv Francouzi zkonsumují o 50% více živočišných tuků než obyvatelé USA, počty úmrtí z důvodů onemocnění kardiovaskulárního systému jsou zde znatelně nižší. „Podle údajů britské Heart foundation v roce 1999 počty úmrtí z důvodů akutních srdečních příhod mezi muži ve věku 35 – 74 let byly 230 na 100 000 lidí v USA, ale jen 83 na 100 000 ve Francii. Zdá se, že faktorem tohoto trendu je vysoká spotřeba červeného vína ve Francii“ (<http://cs.wikipedia.org/wiki/Francouzsk%C3%BD-paradox>). Z napsaného vyplývá, proč byl tento paradox pojmenován po obyvatelích Francie.

Jak již bylo uvedeno, tento pozitivní dopad má resveratol a další složky obsažené ve hroznech červeného vína. Většina těchto látek je obsažena ve slupkách hroznů a jediné červené víno se nechává kvasit se slupkami.

V roce 1904 v USA byla zveřejněna první studie poukazující na vztah mezi konzumací alkoholu a aterosklerózou. Ta ukázala fakt, že mírní pijani se dožívají vyššího věku než těžcí pijani či dokonce abstinenti. V průběhu dalších let bylo zveřejněno ještě velké množství vědeckých poznatků, týkajících se pozitivního dopadu alkoholu na organismus člověka. „Významnou příčinou úmrtí v USA jsou srdeční onemocnění a většina výzkumů udává, že mírná spotřeba alkoholu snižuje jejich zhoubnost o 40 až 60%. Mechanismy, které redukuje množství srdečních onemocnění, jsou stále lépe dokumentovány. Výzkumem se zjistilo, že alkohol zlepšuje profil krevních lipidů (zvyšuje HDL a redukuje LDL), snižuje výskyt trombózy (redukuje agregaci krevních destiček, redukuje fibrinogen a zvyšuje fibrinolýzu), snižuje krevní tlak, zvyšuje proudění krve ve věnčitých tepnách a redukuje hladinu krevního inzulínu“ (<http://cs.wikipedia.org/wiki/Francouzsk%C3%BD-paradox>).

Nelze přesně určit, zda má příznivější účinek víno, pivo či destiláty. Většina badatelů se domnívá, že nejdůležitější je alkohol jako takový. Je však nutné konstatovat, že z lékařského hlediska není příčina „Francouzského paradoxu“ zcela objasněna a výzkumy v této oblasti stále pokračují.

5 Vznik závislosti na alkoholu

5.1 Definice alkoholismu

„Alkoholismus nebo též závislost na alkoholu, opilství je chronické recidivující onemocnění postihující nejen celou osobnost postiženého jedince po stránce psychické a fyzické, ale i jeho blízké, zvláště pak rodinné příslušníky. Patří mezi nejzávažnější a nejrozšířenější formy závislosti. Obecně lze o alkoholismu hovořit tehdy, dosáhne-li závislost na alkoholu takového stupně, že škodí buď jedinci, společnosti nebo oběma. Tuto nemoc je možno jako všechny duševní i tělesné poruchy léčit“ (<http://cs.wikipedia.org/wiki/Alkoholismus>).

V terminologickém slovníku je napsáno: *„Alkoholizmus je termín dlouhodobě užívaný s různým významem, všeobecně ale používaný pro chronické, kontinuální pití nebo periodickou konzumaci alkoholu, které jsou charakterizovány porušením kontroly pití, častými intoxikacemi a nadměrným zaměstnáváním se alkoholem a pokračováním v pití navzdory různým nepříjemnostem. Do roku 1940 byl užíván výhradně pro somatické poruchy při těžkém dlouhotrvajícím pití alkoholu. Užší význam má v koncepci alkoholizmu jako choroby a značí ztrátu kontroly pití způsobenou dřívějšími biologickými abnormalitami, která má předpověditelný a progresivní vývoj. Choroba je často progredující a smrtelná. Jsou pro ni typické (trvale nebo periodicky se objevující) narušení kontroly pití, nadměrné zaměstnávání se myšlenkami na alkohol, požívání alkoholu i přes nepříznivé účinky, změny v myšlení, zvláště výrazné je popírání pití. Jiné popisy rozdělily alkoholizmus do různých kategorií, některé jej měli za nemoc a jiné nikoli. Rozdílně bývají popisovány esenciální alkoholizmus a alkoholizmus reaktivní: esenciální znamená, že alkoholizmus není druhotný anebo není vyvoláván nějakou druhou poruchou. Primární nebo sekundární alkoholizmus rozlišuje dvojí diagnóza mechanismu jeho vzniku. Mezi alkoholizmem typu I a typu II je rozdíl v tom, že typ II se vyskytuje převážně u mužů a má zřetelnou genetickou komponentu. V dřívějším podání dipsomanie (epizodické pijáctví) a návyk na alkohol vedly ke ztrátě kontroly v pití; opíjení se má též širší vztah k opakovaným intoxikacím a k jejich škodlivým účinkům“* (Terminologický slovník, 1994, s. 19).

Druhá definice je mnohem výstižnější. Předestírá nám nejen závislost jako takovou, ale i dopady v různých oblastech života člověka závislého na alkoholu.

5.2 Klasifikace alkoholismu

Na závislost je v současné době pohlíženo jako na nemoc. Závislost je to, co odpovídá definici závislosti podle **Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10)** a má následující znění:

Syndrom závislosti (statistický kód F1X,2, na místo X před desetinou tečku se doplňuje látka): 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 (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuzjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- a) **silná touha nebo pocit puzení** užívat látku
- b) **potíže v sebeovládání** při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky
- c) **tělesný odvykací stav**: Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky.
- d) **průkaz tolerance k účinku látky** jako vyžadování vyšších dávek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo, nebo usmrtilo uživatele bez tolerance).

- e) *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*
- f) *pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím, depresivní stavy vyplývající z nadměrného užívání látek nebo toxické poškození mysli*

Syndrom závislosti může být přítomen pro určitou látku (např. tabák nebo diazepam), třídu látek (např. opioidy), nebo širší řadu různých látek“ (MKN – 10,1992, s. 282).

Jiná definice závislosti podle **Americké psychiatrické asociace (DSM-IV)** říká:

„Pro diagnózu závislosti by měl pacient vykazovat alespoň tři ze sedmi dále uvedených příznaků ve stejném období 12 měsíců:

1. *růst tolerance (zvysňování dávek, aby se dosáhlo stejného účinku, nebo pokles účinku návykové látky při stejném dávkování)*
2. *odvykací příznaky po vysazení látky*
3. *přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu, než měl člověk v úmyslu*
4. *dlouhodobá snaha nebo jeden či více pokusů omezit a ovládat přijímání látky*
5. *trávení velkého množství času užíváním, obstaráváním látky nebo zbavováním se jejích účinků*
6. *zanechání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky nebo jejich omezení*
7. *pokračující užívání látky navzdory dlouhodobým nebo opakujícím se sociálním, psychologickým nebo tělesným problémům, o nichž člověk ví a které jsou působeny nebo zhoršovány užíváním látky“ (Nešpor, 2007, s. 22).*

Náš přední odborník na problematiku závislostí MUDr. Nešpor srovnával tyto dvě definice a říká: *„Kdo od koho opisoval? Světová zdravotnická organizace od Americké psychiatrické asociace, nebo naopak? Definice závislosti Světové zdravotnické organizace se v porovnání se svojí předchozí verzí podstatně přiblížila americké DSM-IV. To bylo nepochybně ku prospěchu věci, protože tato verze popisuje závislost*

podstatně přesněji. Na druhé straně je bažení (craving) teoreticky i prakticky důležité, a je proto dobře, že se mezi diagnostickými kritérii MKN-10 objevilo, i když není v DSM-IV“ (Nešpor, 2007, s. 22).

5.3 Čtyři etapy rozvoje etylismu

Každý člověk má vztah k alkoholickým nápojům jiný. Malá část lidí plně abstinuje, alkoholické nápoje tedy nekonzumují vůbec. Důvody k abstinenci mají různé. Ať už jsou to jejich zdravotní potíže, nebo zásadní postoj, který si vypěstovali díky soužití s alkoholikem v rodině. Také víra hraje důležitou roli, kdy v některých náboženstvích je požívání alkoholu striktně zakázáno. Další skupinou jsou konzumenti. Ti pijí alkohol pro dodání tekutiny, pro jeho chuť, či účinky na psychiku a uvolnění. Konzumují jej však po práci, při společenských událostech, při oslavách. Jejich život není příliš alkoholem ovlivněn, dokážou běžně žít i bez něj, na rozdíl od pijáků. Ti podřizují své žití konzumaci. Hledají nejen nápoj, chuť a ovlivnění psychiky, ale zejména prostředek pro porozumění své psychiky, který vede až ke ztrátě kontroly. Opíjí se často, pijí až do úplné opilosti. Když nemají alkohol, nastávají u nich abstinenční příznaky, což je „nutí“ k další konzumaci. Dostávají se do začarovaného kruhu a mnozí z nich jsou prakticky pod vlivem alkoholu neustále.

Závislosti na alkoholu nepropadnou všichni pijani, závisí na jejich individuální citlivosti na alkohol, na genetických predispozicích, na délce kontumace. Období, než se rozvine alkoholová toxikománie, může trvat 3-15 let a někdy i déle. Závislých se stává 7-10% pijanů.

„Alkoholismem se rozumí jakékoli požívání alkoholu, které působí škodu jednotlivci, společnosti nebo oběma. Člověk prohází ve vztahu k alkoholu čtyřmi etapami.

I. iniciální etapa rozvoje etylismu (pralkoholická, počáteční)

Pijan si uvědomí, že mu pití přináší něco příjemného. Nejprve se domnívá, že příjemný stav je vyvolán okolnostmi pití, později pozná, že za to odpovídá alkohol. Účinek vyhledává stále častěji, nemusí docházet k těžší opilosti. Postupně je zapotřebí stále většího množství alkoholu, aby bylo dosaženo stejného účinku. Tolerance stoupá.

II. prodromální etapa rozvoje etylismu (varovná)

Člověk již vyhledává alkohol, kterého se nerad vzdává. Uvědomuje si, že pije jinak než druzí. Aby nebyl ve společnosti nápadný, kolik toho vypije, „dává si předstih“, tj. napije se dříve, než se sejde se svou společností. Někdy se objevují okénka. Schopnost kontroly vlastního požívání alkoholu se začíná ztrácet po několika letech trvání této etapy.

III. krucální etapa rozvoje etylismu (rozhodná)

Ztráta kontroly je již vyjádřena. Jak se člověk napije alkoholu, „chytne slinu“ a musí pít dál. Záležitost končí opilostí. Tyto opilosti se opakují. Nemocný si ještě není vědom chorobnosti stavu. Domnívá se, že to byla shoda okolností, které ho svedly k opilosti, že popustil svou pevnou vůli. Zkrátka vypracovává si systém výkladů, který má příznivě vysvětlit poměr k alkoholu jemu samotnému, rodině, přátelům, kritikám. Vinu svádí na druhé. Zkouší v určitých obdobích abstinovat, ale k alkoholu se znovu vrací. Objevuje se i známý fenomén „ranního doušku“, bez něhož se necítí v kondici.

IV. terminální etapa rozvoje etylismu (konečná)

Touha po alkoholu je tak velká, že se nemocný opije třeba během dne a vydrží pít i několik dní. Objevuje se příznak „alkoholové abstinence“, což znamená, že když nemocný nemá alkohol, cítí se vysloveně špatně po tělesné i duševní stránce a musí znovu pít, aby se subjektivně cítil lépe. Pije tak dlouho, až již zase vůbec pít nemůže. Tak se průběh opakuje. Nyní ho už společnost odsuzuje. Nemocný hledá alkohol v jakémkoli druhu alkoholického nápoje. Tolerance se snižuje na méně než polovinu dříve užívané dávky alkoholu. Pohybuje se v nejdegradovanější společnosti a sám pochopí, že je nemocný člověk.

V I. a II. etapě ještě může nemocný s pomocí sám svůj stav změnit, v III. a IV. již ne a jde o toxikománii. Zde už pomůže jen odborná pomoc, kterou je nucen vyhledat sám, nebo na nátlak okolí“ (Mečtář, 1987, s. 89).

5.4 Psychické dopady

Velmi významný dopad má dlouholeté a nadměrné požívání alkoholu na funkce mozku, smyslové vnímání a výkonné schopnosti.

Požívání etanolu „způsobuje dobrou náladu“ a tím láká člověka dál pít. Zatímco meziprodukt při jeho odbourávání – acetaldehyd, je důvodem, proč jedinec pít přestává. *„Toxické účinky acetaldehydu se projevují především v hypotalamu: způsobují žaludeční nevolli a zvracení, pocení, zrychlení pulzu a pokles krevního tlaku“* (Kvapilík, 1985, s. 19). Etanol také podporuje degeneraci mozečku a jeho funkcí. V mozku jsou na alkohol obzvláště citlivé korové asociační dráhy, středomozková retikulární formace a míšní motoneurony. Při vyšší hladině alkoholu v krvi, hlavně při hodnotách nad dvě promile, stoupá průtok krve cévami mozku, ale schopnost neuronů vychytávat glukózu klesá. Díky zpomalení energetických reakcí stoupá hladina krevní glukózy, laktátu i jiných látek odplavovaných žilní krví z mozku, kdy nejsou v dostatečné míře využity.

Různé studie ukazují, že malé dávky etanolu citlivost nervstva na podněty zvyšují, velké dávky reaktivitu tlumí. Více vnímavé k etanolu jsou funkce ohybačů končetin než funkce natahovačů. Při intoxikacích alkoholem můžeme pozorovat poruchy hybnosti tzv. „ztuhnutí jako prkno“. Poruchy hybnosti jsou však podmíněny více zásahem etanolu do mozku než do periferního nervstva.

Alkohol narušuje i smyslové vnímání. Člověk hůře rozlišuje zrakovo - sluchové podněty. Také je narušena schopnost diferencovat mezi slabými a silnými podněty téže kvality. Otupuje i vnímání bolesti, prodlužuje se latentní doba po mocném oslnění za tmy, tlumí se vznik zrakových iluzí. I malá dávka alkoholu narušuje souhru pohybů, kdy více je narušena přesnost, méně rychlost.

Alkohol narušuje rovnováhu, po požití větší dávky lidé kupodivu lépe udržují rovnováhu při zavřených očích, při otevřených jsou nejistí. Chůze je poměrně dlouho rezistentní i při vyšších dávkách etanolu a lze ji volným úsilím dobře ovládat. Příkladně chůzi po bílé čáře, zkoušenou na řidiče při podezření na požití alkoholu, lze vůlí ovlivnit.

5.4.1 Změny v intelektu

Při dlouhodobém abúzu jsou podstatně ovlivněny i intelektuální funkce. Za pomoci různých testů lze zjistit snížení jak verbálních složek, tak i výkonných schopností. *„Etanol narušuje bezprostřední všípivost, retenci i vybavování paměťových stop. Je zpomalena schopnost učení, v počítání vážně více přesnost než rychlost. Při zjišťování schopnosti opakovat řadu čísel bývá po etanolu větší defekt ve vybavení sledu zpětného než normálního. Materiál naučený ve stavu etanolového opojení lze jen obtížně vybavit ve střízlivosti, ale lépe po novém etanolovém opojení. Tato abnormita bývá spojována se vznikem „alkoholových okének“, což jsou ložiska výpadů paměti na určitou dobu etanolové intoxikace“* (Kvapilík, 1985, s. 22). Etanol působí jako „dementogen“, což je látka vedoucí k postupné intelektuální degradaci. To vysvětluje podstatný úbytek IQ, ke kterému při dlouhodobém abúzu alkoholu dochází.

5.4.2 Povahové změny

Budeme-li sledovat alkoholika po dobu více let, budeme pozorovat významnou změnu osobnosti. Nejprve dochází ke změnám nálad. Z počáteční euforie, rozjařenosti a mnohomluvnosti přechází do stadia deprese. Zvyšuje se impulzivita, povrchnost a nevyrovnanost. Jedinec ztrácí koníčky, zájmy a do popředí vystupují labilita nálad a sklon k afektům vzteku. Ve společnosti je ještě veselý společník, doma přechází ke zlosti, hrubému chování a často i k agresi vůči rodině, ať již k partnerce nebo dětem. S klesající potencí, což je také důsledek alkoholismu, stoupá alkoholikova žárlivost, v mnoha případech neoprávněná. Dochází k fyzickému napadení partnerky, kdy nezřídka takovéhle případy řeší Policie České republiky vykazáním opilce z domácnosti, což je ovšem jenom chvilkové řešení a základní problém neřeší.

Alkoholik se špatně učí nové pracovní postupy, není schopen pracovat stejně dobře a zodpovědně jako dříve. Kvůli alkoholovým excesům není schopen jít druhý den do práce, narůstají jeho absence. Díky tomu o zaměstnání často přijde a je propuštěn, což se samozřejmě opět projeví na jeho náladě. Přijde si zbytečný, nepochopený a důsledkem je zvýšení dávek alkoholu a ještě častější frekvence pití.

5.4.3 Halucinace

Při dlouhodobém abúzu alkoholu dochází k varovným příznakům, jako je roztřesenost a časté pobolívání hlavy. Alkoholik se v noci probouzí, prožívá děsivé sny a projevují se i sluchové a zrakové halucinace, které mají mnoho obdob. Vidí děsivé obličeje, stíny, pohyby postav, hmyz, zvířata a podobně. Má pocit, že se na něj „stváry“ domlouvají a že má být zabit. Jde o pravé halucinace, jsou pro něj realitou a je o nich nevyvratně přesvědčen. Za světla a ve dne halucinace nemívá a tehdy dokáže připustit, že jsou způsobené nemocí. Pokud postižený přestane pít a začne abstinovat, stav se po několika dnech upraví. Pokračuje-li dál, rozvine se obraz deliria tremens.

5.4.4 Delirium tremens

„Delirium tremens je psychotický stav, nastupující při odvykání jedinců závislých na alkoholu a charakterizovaný zmateností, desorientací, paranoidními představami, bludy, iluzemi, halucinacemi (v typických případech zrakovými nebo taktilními, méně často sluchovými, čichovými nebo vestibulárními), neklidem, poruchami koncentrace, třesem (často hrubým), pocením, tachykardií a hypertenzí. Obvykle předcházejí příznaky prostého odvykacího syndromu“ (Terminologický slovník, 2000, s. 29).

K rozvoji deliria tremens dojde většinou náhle buď po předchozím alkoholovém excesu, nebo po náhlém odnětí alkoholu po dlouhodobém abúzu. Stavů často předcházejí halucinace a noční děsy. Hlavním příznakem je hrubý třes, halucinace, neustálý pohyb a hlavně obluzené vědomí. Je orientován osobou, nikoli místem a časem. Je zmatený, nevyzná se v nastalé situaci a prožívá velmi komplikované děje. Halucinace se týkají několika smyslových oblastí a nezřídka jsou kombinované. *„Halucinace vznikají snadno, stačí ukázat nemocnému prázdný papír a čte z něho nebo popisuje obrázek. Také sugestivním dotazem se dá halucinace vyvolat. Osoba většinou vnímá velké množství pohybujících se předmětů, zvířat, písku, který se na něho valí, kombinované davové scény. Vůbec vše se na nemocného valí, ohrožuje ho, působí děsivě a odporně. Nemusí to být tedy jen myši, ale i čertíci, spousty stonožek, housenek, mravenců, brouků, pavouků apod. Málokdy je chvílemi euforické zabarvení. Zdá se, že*

jsou i prchavé bludy, většinou persekuční“ (Mečtř, 1987, s. 92). Pacient je v neustálém pohybu i na lůžku. U některých osob se projeví tzv. „delirium zaměstnanosti“, kdy má pocit, že právě vykonává své zaměstnání. – řídí auto, skládá náklad z vozu, šije ošacení, atp. Toto období trvá několik dní a pak pacient tvrdě usíná. Při správné léčebné intervenci dochází ke zkrácení doby výše popsaných příznaků. Po jejím odeznění si postižený nic nepamatuje. Přesto dochází k pocitu studu a viny, hlavně tehdy, když se dozví, jak se v minulých dnech choval. V některých případech je tento stav důležitým okamžikem, kdy se alkoholik rozhodne k odvykací léčbě. Ještě před několika lety docházelo k úmrtím alkoholiků po opakovaných deliriích. V současné době, kdy je populace podstatně lépe vyživována a došlo i ke značnému posunu v léčebných postupech a péči, je obraz deliria poněkud benignější a doba nejtěžších příznaků se zkracuje. Díky podání vhodných léků je méně vyjádřena desorientace, profesionální blud je také vzácnější. Přetrvávají sluchové halucinace nad zrakovými a tělovými a výrazný třes rukou.

5.4.5 Akutní alkoholická halucinatorní psychóza (Wernicke)

„U pijáka se po několika týdnech neurastenických prodromů objeví sluchové halucinace. Někdy slyší nemocný na počátku jen podezřelé zvuky, kterým může připisovat hrozivý podklad, pak hlasy osob, i známých, které se o něm baví, dokonce i odpovídající na jeho myšlenky. Typická bývá alkoholická tematika, a to, že se hlasy sdružují do dvou skupin, z nichž jedna nemocného haní, druhá chválí. Objevují se persekuční bludy bez propracovaného systému, týkají se možných záležitostí. Pokud není nemocný rušen halucinacemi, je s ním dobrý kontakt, nejsou příznaky schizofrenie. Takových čistých obrazů bývá málo, zhusta je možno podobné stavy hodnotit jako schizofrenii u etylika“ (Mečtř, 1987, s. 93)

Jako Wernicke se popisuje i pseudoencephalitis alkoholika superior, kdy po několik týdnů trvajících neurastenických potížích, nastanou příznaky deliria tremens s obrnami III. a IV. hlavového nervu, tzv. okohybných nervů. Dojde k poklesu víčka, k rozšíření zornic a k asymetrii očních bulbů. *„Jde o maligní formu alkoholického deliria. Proti obvyklému delirióznímu obrazu se častěji objevují záchvaty křečí, dochází k obrnám*

okohybných svalů, nystagmu, objevují se záškuby svalové, ataxie, horečky, dochází k somnolenci a prohlubování poruch vědomí. Stav končí velmi často letálně. Pokud se nemocného podaří zachránit, zůstávají ireversibilní mozkové následky, které se projevují demencí nebo Korsakovským syndromem“ (Skála, 1987, s. 71).

5.4.6 Korsakovova alkoholická psychóza

K projevům Korsakovovi alkoholické psychózy dochází častěji po dlouholetém nadměrném pití alkoholu. Někdy ovšem nastane náhle, kdy nasedá přímo na delirium. Velmi významným příznakem je těžká porucha vstřípivosti paměti. V této fázi si alkoholik nedokáže zapamatovat nové věci, např. kde má lůžko, co a kdy jedl, kde se nachází. Zpočátku dochází ke střídání nálad z euforie do netečnosti. Na položené dotazy odpovídá nesprávně, řekne to, co jej zrovna napadne i když odpovědi vypadají přiléhavě. Vlastně neustále lže. Postižený psychózou trpí neuritidami, které se někdy dají výrazně zlepšit abstinencí a podáváním vitamínových preparátů. Pokud nedojde ke zlepšení, může Korsakovova alkoholická psychóza přejít v alkoholickou demenci.

U této formy demence je známo, že jde o konečné vyústění „alkoholické kariéry“, nejčastěji jako důsledek opakovaných intoxikací a delirií. *„Projevuje se postupným otupováním a ztrátou zájmů, zchudnutím citového života, poruchami sociability a degradací sociální, poruchami mnestickými, somatickými komplikacemi, marasmem. Zjišťujeme mozkovou atrofii, hydrocefalus“ (Skála, 1987, s. 73).*

5.4.7 Alkoholická paranoidní psychóza

K dalším dopadům abúzu alkoholu patří paranoidní projevy, spojené se žárliveckými bludy. Ty se skloubí v systém s persekučním laděním. Při léčbě bývá tento syndrom úporný, často dochází k agresivním projevům vůči manželce či partnerce, nebo domnělému milenci. *„Vzdáleně podobný obraz bývá u alkoholické paranoidní psychózy, kdy se poměrně náhle vyvíjí blud žárlivosti. Pacient se opírá o náhodné a nepodstatné postřehy, mluví o změně ženy, o jejích milencích, o tom, že souloží se*

synem, se zvířaty. Přistupují i persekuční bludy (manželka s milenci proti němu něco připravují). Bývají i halucinace. Stav odezní při léčení za 3 – 4 týdny. Ovšem, i paranoidní schizofrenie může mít podobnou symptomatiku, ale zároveň i změny typické pro schizofrenii“ (Mečíř, 1987, s. 94).

Velmi nebezpečné a nevhodné je pití alkoholických nápojů u osoby trpící schizofrenií. I jednorázové požití alkoholu mění jeho obraz chování. U katatoní schizofrenie dojde k pohybovému uvolnění, euforii, ale také k přechodné dráždivosti a výbuchům hněvu. Na toto období bývá amnézie. Mohou se objevit strach, bludy a halucinace. Spáchá-li nemocný trestný čin, tuto skutečnost popírá a bere ji úkorně jako pomluvu.

5.4.8 Alkoholická epilepsie

K abstinenci nebo léčbě alkoholika nezřídka přivede rozvoj alkoholové epilepsie. Jde o poměrně vzácné onemocnění, kdy provokujícím činitelem je etanol. Objevuje se především ve vyšším věku. Při záchvatu dochází k poruchám vědomí, později také k psychickým změnám a někdy může vést až k poruše osobnosti. Zlepšení nebo i vymizení této formy epileptických záchvatů je vázáno na trvalou abstinenci.

5.5 Sociální dopady

Většina lidí závislých na alkoholu žije uprostřed svých rodin. Je až s podivem, kolik toho jejich členové dokážou vydržet. Všichni rodinní příslušníci jsou postižení důsledky alkoholismu jednoho z nich. „*Nikdo nemá právo ničit život druhého člověka jen proto, aby uspokojil své vlastní potřeby*“ (Jílek, 2008, s. 120). Toto pravidlo však v životě blízkých lidí závislých na alkoholu, neplatí. Partneři alkoholiků v prvopočátcích prožívají strach a úzkost o bezpečnost druhého z páru. Později přichází obavy ze společenské degradace, z odmítnutí ze strany širší rodiny a odsouzení okolí. Izolují se tak od příbuzných, přátel a sousedů, čímž se snaží maskovat problémy a myslí si, že se tak nikdo o problému nadměrného pití nedozví. V dalším období přichází strach ze

slovních útoků a fyzické agrese vůči partnerům a dětem. Člověk pod vlivem alkoholu ztrácí zábrany, mysl je obluzená a stává se paranoidním. Do popředí vyvstávají i problémy v sexuálním životě, kdy při dlouhodobém abúzu atrofují varlata, nastávají změny v hormonální aktivitě a muž se stává impotentním. V souvislosti s tím přichází žárlivost, která nejednou končí slovním napadením partnerky či přímo fyzickým násilím. Důležitou roli zde hraje fakt, že problém závislosti na alkoholu „přejde“ z jedné generace na druhou. Děti z těchto rodin si nesou do dalšího života model rodiny, v níž vyrůstali. Stává se, že i abstinující potomci si vyberou za životního partnera typ podobný otci – alkoholikovi a tím přenáší problém do dalších generací, tzv. negenetickou formu závislosti. Jiné studie ukazují přibývajících důkazy o jisté genetické predispozici k abúzu alkoholu. Až 30 % mužů – alkoholiků má otce závislého na alkoholu.

Dalším nezanedbatelným důsledkem v rodinném soužití je nedostatek finančních prostředků. Nemalá částka peněz „padne“ za alkoholické nápoje a nezbyvá tak na rodinný rozpočet. K nedostatečnému zajištění přispívá i fakt, že díky ranním kocovinám přibývá absencí na pracovišti, postupně se zvyšují sankce zaměstnavatele vůči provinilci a začíná tak začarovaný kruh, na který opět doplácí rodina. Obvykle ani postihy většinou k nápravě pijana nestačí a nezřídka tak přijde o zaměstnání a je propuštěn.

Od nedostatku peněz již není daleko k trestné činnosti. Zpočátku jde spíše o malé krádeže, kdy má alkoholik ještě zábrany a pocit studu, jež mohou později narůstat. V současné době se množí případy, kdy si závislý nabere půjčky, které později nemá z čeho splácet a může tak přijít nejen o všechny cenné věci nebo zařízení domácnosti, ale i o byt samotný. Dostává tím sebe i svou rodinu do existenčních problémů.

„Z charakteru kriminality páchané pod vlivem alkoholu je zřejmý účinek alkoholu na potlačení sociálních a morálních zábran protispolečenského jednání u osob, které v určité míře požíly alkoholické nápoje. Z této trestné činnosti je patrný vliv alkoholu jako mnohdy rozhodujícího situačního faktoru uplatňujícího se v etiologii konkrétního trestního jednání. U majetkové trestné činnosti spáchané pod vlivem alkoholu jde často o úmyslné poškozování cizího majetku. Významnější je však skutečnost, že osoby závislé na alkoholu si tento opatřují rovněž majetkovou trestnou činností (vloupání do prodejen, restaurací, apod.). Nejčastěji je zjišťován vliv alkoholu u páchaní trestných

činů jako je výtržnictví, útok na veřejného činitele, rvačka, úmyslného ublížení na zdraví, znásilnění, loupeží a neoprávněného užívání motorového vozidla“ (Kvapilík, 1985, s. 222).

Z výše uvedeného vyplývá, že dalším negativním dějem, na který pomýšlí trestní zákon, je řízení motorových vozidel pod vlivem alkoholu. Tito lidé ohrožují nejen sebe, ale i široké okolí. V poslední době jsou zveřejňovány také případy, kdy řidiči hromadné dopravy nastoupí na směnu se zbytkovým alkoholem v krvi či se před jízdou „posilní“ alkoholickým nápojem. Je-li provinilec za volantem přistižen, zde zákon hovoří striktně a nezodpovědný řidič si vyslechne obvinění z veřejného ohrožení a skončí svou riskantní jízdu ve vězení.

Některé osoby jsou po požití alkoholických nápojů násilnické a často se dostávají do rvaček, při kterých někdy dojde k ublížení na zdraví, těžké újmě a někdy až k usmrcení protivníka.

„V podnapilosti dochází často k sebevraždám. Není vzácné, že u sebevraha nacházíme dosti vysokou hladinu alkoholu v krvi. Není to vždy vypitím alkoholu „na kuráž“; někteří lidé, i když před pitím nejsou rozhodnuti k sebevraždě, se po vypití většího množství alkoholu dostanou do takového duševního stavu, že skočí z okna, pustí si svítiplyn apod.“ (Kvapilík, 1985, s. 215).

Uváděné jsou i trestné činy, které by určitá osoba ve střízlivosti vůbec nespáchala. Dopouští se znásilnění nejen žen, ale i dětí, jsou dokonce popsány i vraždy z vlnosti v alkoholovém opojení.

Násilí na dětech také není v podnapilosti neobvyklý jev. Dochází ke slovní agresii, bití a někdy až k týrání. Množí se případy, kdy opilý rodič dá vypít alkohol dítěti proto, aby bylo hodné a v noci spalo. Organismus dítěte je tak vystaven velké zátěži, protože je k alkoholu velmi citlivý a lehce může dojít k intoxikaci až smrti dítěte již při velmi malém množství.

6 Intervenční snažení

6.1 Legislativní opatření

Aby došlo k minimalizaci škod způsobených alkoholem, chrání nás ve specifických případech zákon, zejména před nežádoucím dopadem alkoholu na populaci a tím i na celou společnost, tedy především při výkonu zaměstnání a ve věku pod 18 let. Zákon upravuje prodej, podávání nebo požívání alkoholických nápojů. Nastiňuje také možnosti prevence alkoholismu, kdy důraz klade na výchovné působení a na prevenci.

...Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů. Je v platnosti od 1.1.2006 a má znění:

„Základní ustanovení – část první

§1 (1) Alkoholismus a jiné toxikomanie včetně kouření jsou negativními jevy způsobující značné společenské škody, zejména poškození zdraví občanů. Všechny orgány a organizace, jakož i občané, kteří prodávají zboží nebo poskytují jiné služby, jsou povinni chránit občany i společnost před škodlivými účinky alkoholismu a jiných toxikomanií včetně kouření, odstraňovat jeho příčiny a následky, vytvářet tím příznivější předpoklady pro další rozvoj socialistické společnosti.

§1 (2) Alkoholickými nápoji podle tohoto zákona jsou lihoviny, destiláty, víno, pivo a jiné nápoje, které obsahují více než 0,75 objemového procenta alkoholu.

§1 (5) Osobou závislou na alkoholu nebo jiné návykové látce podle tohoto zákona je osoba, která není schopna se natrvalo zdržet nadměrného nebo jinak škodlivého požívání alkoholických nápojů nebo užívání jiných návykových látek a tím si způsobuje vážnou poruchu na zdraví nebo vážně narušuje společenské vztahy.

Prostředky ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi a povinnostmi organizací a občanů – druhá část

§2 Způsob ochrany

Ochrana před alkoholismem a jinými toxikomaniemi včetně kouření se uskutečňuje zejména výchovou, omezujícími opatřeními, ošetřením v protialkoholní záchytné stanici, léčebně preventivní péčí, sociální péčí, ukládáním pokut podle tohoto zákona a postihem podle jiných právních předpisů.

§3 Výchova

Výchova k ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi včetně kouření se uskutečňuje zejména:

- a) objasňováním škodlivosti nadměrného nebo jinak škodlivého požívání alkoholických nápojů, užívání jiných návykových látek a kouření*
- b) vzděláváním a působením na děti a mládež ve školách a školských zařízeních zaměřeném na škodlivost požívání alkoholických nápojů, užívání jiných návykových látek a kouření*
- c) vysvětlováním zásad zdravého způsobu života a vedením ke zdraví, prospěšnému využívání volného času dětí, mládeže a dospělých*
- d) propagací požívání nealkoholických nápojů“ (Soukup, Saveljev, 1996, oddíl E2, s.1)*

„Platón předpisoval povinnou abstinenci do 18 let, omezené, střídme pití do 30 let a také zdrženlivost při vykonávání některých povolání. Až po 40. roce byl podle něj muž zralý na to, aby mohl holdovat pití“ (Bútora, 1989, s. 73).

Podobně řeší problematiku pití alkoholických nápojů mládeží i náš zákoník. Osoba mladší 18 let nesmí požívat alkohol. Proviní se i ten, kdo takovýto nápoj nezletilému prodá a umožní mu tak jeho konzumaci a čeká jej postih.

„Trestný čin podávání alkoholických nápojů mládeži podle §218 trestního zákona nebo podle §9 odst. 2 zákona č. 150/1969 Sb. o přečinech rovněž přímo souvisí s rozsahem konzumace alkoholu ve společnosti“ (Kvapilík, 1985, s. 222).

.....Zákon č. 140/1961 Sb. Trestný čin šíření toxikomanie podle § 188 a § 218 – Podávání alkoholických nápojů mládeži

„Kdo opakovaně nebo ve větší míře podává osobě mladší než 18 let alkoholické nápoje, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok“ (Soukup, Saveljev, 1996, oddíl J 1, s.10).

Následný zákon řeší podávání alkoholických nápojů jako přestupky, kdy je trestem finanční postih od 3 000 do 15 000 Kč.

.....Zákon č. 200/1990 Sb. Přestupky na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi § 30

„Přestupku se dopustí ten, kdo

- a) podá, nebo jinak umožní požití alkoholického nápoje osobě zjevně ovlivněné alkoholickým nápojem nebo jinou návykovou látkou, osobě mladší osmnácti let nebo osobě, o níž ví, že bude vykonávat zaměstnání nebo jinou činnost, při níž by mohla ohrozit zdraví lidí nebo poškodit majetek,*
- e) úmyslně umožňuje požívání alkoholických nápojů nebo jiných návykových látek osobě mladší osmnácti let, ohrožuje tím jeho tělesný nebo mravní vývoj“*
(Soukup, Saveljev, 1996, oddíl J 4, s. 3).

„Požívání alkoholu v práci, při výkonu zaměstnání

...Zákon č. 37/1989 Sb. podle §4, odst. 2 cituje: *Zákaz požívání alkoholických nápojů a zneužívání omamných prostředků pracovníky na pracovištích organizace a v pracovní době i mimo ně a nevstupovat pod jejich vlivem na pracoviště zaměstnavatele“*
(Soukup, Saveljev, 1996, oddíl E2, s. 3).

Zaměstnavatel může nařídit zaměstnanci podrobit se dechové zkoušce

„Podle § 106 odst. 4. Písmena i) zákoníku práce je zaměstnanec povinen podrobit se na pokyn oprávněného vedoucího zaměstnance zjištění, zda není pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek případně pochybností o způsobilosti zaměstnance vykonávat práci. Zaměstnavatel má právo provést dechovou zkoušku, například pomocí detekčních trubiček ALTEST. Jestliže zaměstnanec dechovou zkoušku bez vážných důvodů odmítne, porušuje povinnosti vyplývající z právních norem. Pokud je tomu opakovaně (nejméně třikrát), může být upozorněn na možnost rozvázání pracovního poměru výpovědí z důvodu soustavného méně závažného porušování povinností, eventuálně obdržet i výpověď podle § 52 písmene g) zákoníku práce.

Uvede-li zaměstnanec vážné důvody, které mu brání podrobit se dechové zkoušce, má zaměstnavatel právo požadovat, aby se podrobil lékařskému vyšetření ke zjištění, zda

není pod vlivem alkoholu. Vyšetření krve nebo moči nemůže provádět zaměstnavatel sám. Pokud zaměstnanci brání vážné důvody v dechové zkoušce a odmítne rovněž lékařské vyšetření krve nebo moči, nemůže ho zaměstnavatel nějakým způsobem postihnout, protože nebylo prokázáno porušení. Současně se ale uplatňuje zákon č. 397/2005 Sb., říká: Odmítne-li se osoba uvedená v odstavcích 1 a 2 vyšetření podle odstavce 4 podrobit, hledí se na ni, jako by byla pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky. Věc by tedy v případě sporu musela být zřejmě finálně řešena u soudu“ (Vysokajová et al, 2007, s. 182)

Zákon dále ukládá, že na pracovišti se nesmí pít alkoholické nápoje ani mimo pracovní dobu. Často se toto ustanovení vykládá nesprávně a po ukončení pracovní doby se nezřídka na pracovišti pořádají různé oslavy, při nichž se konzumuje alkohol. Je to ovšem v rozporu se zákoníkem práce a jedná se o závažné porušování povinností se všemi možnými důsledky. Proto by vedoucí zaměstnanci měli pořádání oslav na pracovišti zakázat a nařízení striktně vyžadovat a kontrolovat.

Jsou i jisté výjimky, na které zákon poukazuje. Pamatuje na ně § 106 odst. 4 písmeno e) zákoníku práce, který přesně vymezuje podmínky. *„Zaměstnanci, kteří pracují v nepříznivých mikroklimatických podmínkách, mohou požívat pivo se sníženým obsahem alkoholu. Nepříznivé mikroklimatické podmínky jsou definovány v nařízení vlády č. 361/2007 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci (viz hlava II., zejména odstavec § 8, který upravuje bližší podmínky pro poskytování ochranných nápojů). Takové podmínky jsou například v hutích, sklárnách, slévárnách; také na těchto pracovištích však platí zákaz požívat alkoholické nápoje v jiných případech, např. při různých oslavách atd.“ (Vysokajová et al, 2007, s. 183)*

Zákaz se nevztahuje na osoby, které musí konzumovat alkoholické nápoje v rámci své náplně práce, jako jsou degustátoři. Omezení zákazu se však vztahuje pouze na tyto činnosti, nikoliv na požívání alkoholu k jinému účelu. Zákaz se také nevztahuje na zaměstnance, u kterých je pití alkoholu spojeno s plněním pracovních úkolů. Příkladně přípitek při uzavření kontraktu, při slavnostních recepcích s obchodními partnery, při přijetí zahraniční delegace a podobně. Alkohol však nesmí být požíván ve větší míře nebo při jiných činnostech, než jsou vymezeny. Požívání alkoholu není dovoleno ani na pracovní cestě, na což se mnohdy zapomíná.

I jiné zákony uvedené v citované knize se zabývají prevencí a ochranou před alkoholismem a jinými toxikomániemi: Zákon č. 37/1989 Sb., nebo vyhláška č. 187/1989 Sb. týkající se poskytování léčebně preventivní péče osobám závislým na alkoholu nebo jiné návykové látce, která vymezuje nejen ambulantní péči, ale i poskytování ústavní péče.

6.2 Léčba

Nadužívání alkoholu – alkoholismus – závažně narušuje a poškozuje zdraví člověka. Je povinností lékaře zdůvodnit postiženým osobám nutnost léčení a přimět je co nejdříve k léčbě ať již ambulantní, nebo ústavní. *„Ve větších městech jsme na občany, kterým působí alkohol potíže, upozorněni nečastěji hlášenými protialkoholních záchytných stanic, které hlásí dodání poradnám (ordinacím AT) podle místa bydliště pacienta. Opakované dodání na protialkoholní záchytnou stanic není náhoda. Bud' jde o častý abusus, nebo alkohol tuto osobu zvláště silně ovlivňuje, nebo je členem pijácké party. Ve všech případech je třeba záležitost řešit“* (Mečtř, 1987, s. 95).

Lékař v protialkoholní poradně má několik možností, které může závislému člověku nabídnout. Může doporučit ambulantní docházení na terapii, komunitní či ústavní léčbu. Nabídka záleží na zdravotním a psychickém stavu pacienta, na jeho možnostech a motivaci.

Každá protialkoholní péče má určité etapy, které na sebe navazují, ale nejsou vždy od sebe úplně oddělené.

I. fáze – kontaktní – trvá dny až měsíce. Jedná se o období, kdy se člověk s problémem závislosti rozhodne s návykem bojovat a pracovat. Navštíví lékaře a uvažuje o možnosti léčby, ať již ambulantní či ústavní.

II. fáze – detoxikační – trvá 2 až 4 týdny, zpravidla na lůžkovém oddělení. Závislý je „odstaven“ od své drogy, kdy jsou zároveň zvládnuty jeho odvykací potíže a komplikace s nimi spojené. Za použití nových a účinných farmak se v současné době daří odvykací stav velmi účinně zvládat.

III. fázi nazýváme fází odvykací. Ta může probíhat jak ambulantně, tak i za hospitalizace v protialkoholní léčebně. Spočívá v různých formách psychoterapie a v dalších aktivitách, kdy si závislý uvědomí a připustí svůj problém, zorientuje se v něm a začne na něm pracovat. K této fázi je ve starší literatuře uváděna doba trvání až 12 měsíců, dnes se upřednostňuje 3 až 6 měsíční terapie.

IV. fáze následné péče – doléčování. Zde poznatky dokládají, že tato etapa trvá 3 až 5 let, kdy abstinující alkoholik navštěvuje AT poradny (poradny pro alkoholismus a jiné toxikomanie), ale také svépomocné a socioterapeutické skupiny.

6.2.1 Ambulantní léčba

Ambulantní léčba je poskytována těm závislým, kteří se přijdou léčit dobrovolně po návrhu všeobecných praktických lékařů. Tento typ léčby nese velké nároky na člověka, který zůstává ve svém prostředí, pokud má zaměstnání dál v něm setrvává a do poradny dochází v odpoledních hodinách či v podvečer. Ambulantní léčba tak nedokáže zajistit chráněné prostředí bez alkoholu, které je zejména v počátečních stádiích terapie velmi důležité. Kritéria pro zařazení do léčby jsou následovné:

- 1. Osoby, které jsou dostatečně motivované, sociálně relativně dobře integrované a bez těžkých důsledků na tělesném i duševním zdraví.*
- 2. Osoby, které jsou v přípravě na léčbu v lůžkovém zařízení.*
- 3. Osoby, které byly propuštěny z lůžkové péče do následného ambulantního doléčování (Kvapilík, 1985, s. 55)*

V ordinaci AT jsou závislí evidováni a dispenzarizováni. U dispenzarizovaných osob se provádí potřebná vyšetření, komplexní diagnostika a navrhuje se další léčebný postup.

Tato ordinace také úzce spolupracuje s protialkoholními zařízeními a pokračuje v doléčování závislého propuštěného z ústavní léčby, ať již po řádně dokončené či nikoliv.

6.2.2 Komunitní léčba – terapeutická komunita

Nejnámějším průkopníkem terapeutické komunity své doby byl Maxwell Jones. Až mnohem později se ukázalo, že principy komunity, které uznával a zaváděl, jsou užitečné při terapii nejrůznějších psychických problémů, včetně léčby závislostí na alkoholu a jiných drogách.

V roce 1979 byly shrnuty principy komunity. Hovoří se především o aktivním podílu pacientů na léčení, kolektivnosti, ve vytvoření dobré oboustranné komunikaci mezi pacienty, i mezi pacienty a terapeutickým týmem. Další důraz je kladen na sociální učení, kdy pacient dostává velmi rychlou zpětnou vazbu o svém chování a jeho působení na ostatní členy komunity.

„Terapeutické komunity pro léčbu závislostí mají určité zvláštnosti, ke kterým patří:

- 1. Vnitřní diferenciaci komunity. Členové komunity, kteří jsou v ní déle a osvědčili se, získávají ve srovnání s nováčky řadu výhod, jež se týkají propustek, návštěv nebo míry soukromí. Na druhé straně se od nich zároveň očekává větší zodpovědnost a aktivnější podíl na léčbě ostatních.*
- 2. Většina terapeutických komunit pro závislé má jasná, všeobecně prosazovaná pravidla. Většina komunity je „drug free“, tedy není povoleno do komunity přinášet alkohol nebo drogy. Závažné porušení pravidel znamená ukončení léčby, méně závažné dočasný pokles v hierarchii komunity na nižší stupeň s menší mírou výhod nebo jiné znevýhodnění.*
- 3. Z uvedeného vyplývá, že dlouhodobá léčba v terapeutické komunitě, ač účinná, není přijatelná pro všechny závislé. Část z nich do takové léčby ani nenastoupí a část léčbu v komunitě předčasně ukončuje“ (Nešpor, Csémy, 1996, s. 96).*

Pobyt a léčba v komunitě má svá pravidla. Po přijetí závislý prochází určitými stadii v různě dlouhých časových úsecích. V úvodu je stadium adaptace v délce trvání do šedesáti dnů. Poté nastává období primární léčby trvajících 2 až 12 měsíců. Ve třetím období tzv. „stadiu návratu do společnosti“, které trvá 13 až 24 měsíců, se závislý postupně osamostatňuje a vrací se zpět do běžného života, k rodině, do zaměstnání, atp. Frekvence kontaktů s komunitním zařízením se postupně snižuje, z návštěv několikrát do měsíce až na občasné telefonické rozhovory.

6.2.3 Detoxifikace

„Smyslem detoxifikace je zbavit organismus návykové látky a pomoci pacientovi překonat možné odvykací příznaky. To se může dít buď bez použití léků (někdo v takovém případě hovoří o detoxikaci), nebo za pomoci farmakologické podpory. Detoxifikace má připravit pacienta na další léčbu. Dalším častým důvodem detoxifikace je nebezpečnost pacienta sobě nebo okolí z důvodů duševní choroby, což bývá nejčastěji u toxických nebo alkoholických psychóz“ (Nešpor, Csémy, 1996, s. 39).

Detoxifikaci je možno provádět v různých typech zdravotnických zařízení, ale také doma či v detoxifikačních jednotkách v ambulantní službě. Nejlépe hodnocená je detoxifikace na odděleních pro léčbu závislostí, kdy je možná následná léčba závislosti. Tato oddělení jsou obsazena vyškoleným personálem a je zde dobrá dostupnost pro konsiliární vyšetření v dalších oborech.

Další možností je detoxifikace na jednotkách v nemocničním komplexu. Výhodou je opět dostupnost konsiliářů, nevýhodou je nepředání k následné protialkoholní léčbě. V domácím prostředí může detoxifikace proběhnout jen u lehkých forem závislosti či intoxikace. Je nutné zajistit návštěvní službu a nutností je stabilní sociální situace, rodinné zázemí a spolupráce rodiny. Z řečeného vyplývá, že závislých, kteří mohou prodělat detoxifikaci doma je velmi málo.

Občas probíhá detoxifikace i na somatických odděleních, většinou proto, že pacient je hospitalizován z jiného důvodu a v průběhu pobytu u něj propukne odvykací syndrom. Tato oddělení jsou plně schopna zvládnout detoxifikaci při současných konziliích internistů a psychiatrů.

Detoxifikace je potřebná před započatím léčby u různých návykových látek, nás zajímá detoxifikaci organismu od alkoholu. Zde lehká intoxikace většinou léčbu nevyžaduje. Je však třeba dát pozor na možnost úrazu, které mohou během intoxikace nastat. Jsou to především pády s úrazy hlavy. Neustálý dohled a zajištění bezpečného prostředí je tedy naprostou nutností.

Při hodnotách 4 až 5 promile alkoholu v krvi se jedná o těžkou intoxikaci s možným útlumem dechového centra. V tomto stavu je rozhodujících prvních 24 hodin a je třeba zajistit vitální funkce, infuzní terapii, farmakologickou intervenci a stálý dohled. Akutní

intoxikace může vést k život ohrožující dekompenzaci stávajících chorob s rozvratem vnitřního prostředí, což ještě komplikuje již tak závažný stav.

Po akutním stadiu dochází k odvykacímu syndromu, jenž se vyznačuje třesem, tachykardií, úzkostí, podrážděností, pocením, zvýšením krevního tlaku, nespavostí a neklidem. Při déletrvajícím abúzu hrozí i epileptické záchvaty a možnost rozvoje deliria. V této fázi je nutné vhodné podání farmak, péče o minerální a vodní hospodářství a dodání dostatečného množství vitamínů, zejména skupiny B. Poté, co odvykací syndrom odezní je pacient motivován k nástupu protialkoholní léčby a seznámen se všemi riziky, které mohou nastat při dalším abúzu.

6.2.4 Ústavní léčba, ochranná léčba

Oproti ambulantní má ústavní léčba určité výhody. Je zde zajištěno chráněné prostředí, stálá odborná péče a individuálně lze léčbu zintenzivnit. Nevýhodou je fakt, že pacient nemůže docházet do zaměstnání. Pokud zaměstnavatel s jeho léčbou nesouhlasí a nepodporuje jej, může alkoholik o práci přijít. *„Včas a dobře indikovaná ústavní léčba může předejít rozbití sítě sociálních vztahů i zdravotním škodám v důsledku těžké recidivy“* (Nešpor, Csémy, 1996, s. 114).

Ústavní péče je poskytována na odděleních zřizovaných v psychiatrických léčebnách. Nesou název oddělení pro protialkoholní a protitoxikomanskou léčbu, či oddělení pro léčbu závislostí. Je zde poskytována jak léčba dobrovolná, tak i ochranná, nařízená soudem podle § 72 trestního zákona. Pro přijetí k ústavní léčbě jsou stanovena určitá pravidla a kritéria. Přijímány jsou:

- „1. Osoby s těžkými důsledky na tělesném či psychickém zdraví.*
- 2. Osoby s výraznými důsledky ve společenských vztazích (rodina, práce, zákon).*
- 3. Osoby s těžkými primárními nebo sekundárními změnami*
- 5. Osoby, kterým ambulantní léčba nepomáhá, protože ji nezvládají, špatně při ní spolupracují, opakovaně recidivují.“* (Skála a kol., 1987, s. 116)

Délka léčby je v různých léčebnách rozdílná. Některé preferují léčbu krátkodobou, v délce trvání 6 týdnů, nebo střednědobou, která trvá 3 měsíce. Jiné léčebny se

specializují na dlouhodobou terapii, trvající až 6 měsíců, oproti dřívějším 11 měsícům. Délka léčby je dána v domácím řádu léčebny, kdy je uvedeno minimální a maximální možné období. Vše záleží na pacientovi, na tom, jak je schopen podřídit se léčbě a spolupracovat s terapeutem a s komunitou. Někteří klienti jsou schopni skončit v nejkratší možné době, jiným ani nejdelší umožněný časový úsek nestačí k úspěšnému dokončení. Pacient se může rozhodnout léčbu kdykoliv ukončit, pokud je hospitalizovaný dobrovolně s vlastním souhlasem.

Jiné podmínky jsou u soudem nařízeného léčení, tzv. ochranné léčby. Doba je závislá opět na pacientovi, na jeho přístupu k léčbě. Pokud se nemíní nebo nechce podřídit, jeho pobyt v léčebně může trvat až dva roky. Pokud osoba léčbu vědomě maří, je podáno hlášení příslušnému soudu, který následně rozhodne o dalším možném řešení. Obvykle jedinec končí ve vězeňském zařízení.

V dnešní době ústavy zabývající se protialkoholní léčbou úzce spolupracují s AT poradnami. Lékaři pracující v poradnách a ambulancích, jsou obeznámeni s tím, co která léčebna nabízí, jak dlouho trvá případná léčba a podle toho ji doporučit. Každý člověk si také může na internetu najít obsah léčby, řád léčebny i denní rozdělení jednotlivých činností a terapií.

6.2.5 Ústavní protialkoholní léčba – režimová léčba

V současné době se doporučuje zahájit léčbu závislosti co nejdříve, oproti dříve propagovanému principu „až na dno“. Tuto koncepci propagoval průkopník léčby závislostí MUDr. Jaroslav Skála.

„Každý závislí přichází do terapie poškozený v několika ohledech. Fyzických, psychických, morálních i sociálních. Každý je v jiné kondici a každý má jiné potíže. Mnohdy projdou toxickou nebo alkoholickou psychózou, trpí různými depresivními stavy. Mají fobie z lidské společnosti, případně jiné psychické potíže. Je sice pravda, že většinou se do tohoto stavu dostali vlastním přičiněním, ale toto konstatování ze strany příbuzných, kteří vedou v tomto duchu výtky, nepříznivou situaci nezmění...“ (Jílek, 2008, s. 53).

Pacient přichází do léčebny sám, pokud nemá nařízenou ochrannou léčbu, z vlastního uvážení, nejčastěji však na nátlak rodiny či zaměstnavatele. Svou nemoc si neuvědomuje, nebo si ji v plné míře nechce připustit. Až s postupem léčby a procházením si několika typy terapií si uvědomuje hloubku závislosti i problémů s ní spojených.

V léčbě se uplatňují rozličné postupy a techniky v různých stádiích terapie. „*Dle Kaufmana (1988) dělíme léčbu závislých na alkoholu do tří stadií:*

- 1. Stadium dosažení střízlivosti. Nejdůležitější bývá nějaká forma detoxifikace, posouzení stavu, léčení přídatných chorob, spoluúčast rodiny.*
- 2. Stadium časných úzdavy. Psychoterapie většinou suportivní nebo direktivní. Obranné mechanismy se předčasně nekonfrontují, ale spíše využívají, aby se nezbudila nezvládnutá úzkost. Např. dříve pacient racionalizoval své pití, nyní se jeho racionalizace může týkat jiných oblastí. Během tohoto stadia se vytvářejí nové vzorce chování, dochází k nápravě sociálních a jiných škod a zvyšuje se sebedůvěra. Stadium trvá 6 měsíců až 2 roky abstinence.*
- 3. Stadium pokročilých úzdavy. Teprve v tomto období doporučuje autor používat tradiční, na vhléd orientovanou psychoterapii“ (Nešpor, Csémy, 1996, s. 74).*

Na uvedeném rozdělení je možno ilustrovat, jak se mohou techniky a cíle terapie měnit v průběhu léčby.

Tento orientační koncept se využívá v léčbě závislostí. Terapie probíhá v chráněném prostředí, bez možnosti přístupu ke všem návykovým látkám. Po třech dnech pobytu podepisuje pacient souhlas s léčbou, léčebným řádem a zavazuje se tak k dodržování daných pravidel. Tím se zařadí do komunity a stane se právoplatným členem.

Hlavní součástí léčby závislostí je především režimová terapie s rozdělením denních aktivit podle časového harmonogramu. Den každého pacienta na oddělení je přesně naplánován, opětovně se tak učí dochvilnosti, pracovnímu nasazení a umění komunikace. Pacient si tak znovu osvojuje návyky, na které díky svému pití zapomněl a které bude využívat ve svém dalším „abstinentním životě“. Doba podávání stravy, léčebných procedur, skupinových terapií, ale i odpočinkových aktivit či času na kouření je přesně určená. Součástí režimové léčby je tzv. bodovací systém sloužící k motivaci pacientů, jenž obsahuje kladné a záporné hodnoty, které mohou být uděleny za přístup

pacienta k léčbě. V řádu oddělení jsou uvedena nejen práva, ale zejména povinnosti pro každého člena komunity a také bodové hodnocení za jednotlivé prohřešky. Záporné body obdrží při každém závažném porušení pravidel, při opomenutí či vybočení z daných hranic. Ty jej pak v postupu v léčbě zbrzdí či vrátí o léčebný stupeň níže. Navíc spolu se zápornými body ztrácí i určité výhody, které v průběhu pobytu získal. Nemůže sledovat televizi, nebo ztratí možnost sám chodit na vycházky. Je tak donucen o svém chování přemýšlet a uvědomit si, kde dělá chybu a co jej k překročení hranic vedlo. Záporné body má možnost vysvětlit s odstupem času na skupině vedené psychoterapeutem. Nejen on, ale i ostatní členové skupiny si uvědomují své chování a souvislost s onemocněním – se závislostí. Při soustavném porušování řádu se může závislý tzv. vybodovat a je z léčby propuštěn z disciplinárních důvodů. Proto je v zájmu každého hospitalizovaného pracovat na sobě a chovat se tak, aby mu nemohly být záporné body uděleny.

Prohřešky hodnotí nejen personál, ale i členové spolusprávy z řad pacientů. Ve spolusprávě je určeno několik funkcí, do nichž jsou navrhováni ostatními členy komunity pacienti z vyšších léčebných stupňů, kteří již v léčbě dosáhli určitého poroku. Návrh projedná terapeutický tým, posoudí, zda má navrhovaný k vykonávání funkce předpoklady. Poté buď souhlasí či nastíní jinou možnost volby.

Protipólem jsou body s kladnou hodnotou, které může závislý získat díky dobré práci ve skupině či za vykonání úkolu, jenž není jeho povinností apod. Získáváním kladných bodů si zajišťuje jisté výhody, dochází k posunu v léčbě a k posílení pacientova sebevědomí.

Z napsaného je vidět, že režimová opatření jsou v léčbě závislostí velmi důležitá. Režim je v podstatě určitá obdoba „řádu“. *„Nabídka řádu: Pacientům, jejichž život je rozvrácený a chaotický (drogově závislí, gambleři, některé poruchy osobnosti aj.) psychoterapeuti nabízejí – někdy vnucují – řád, který je třeba respektovat, a prakticky je vedou při realizaci tohoto principu. U nás vypracoval dokonalý systém tohoto typu Jaroslav Skála“* (Říčan, 2007, s. 303).

Při léčení závislosti je nutné vycházet z povahy onemocnění, které léčíme. Užívání alkoholu, ale i všech návykových látek způsobuje určité trvalé změny v mozku, proto je třeba si uvědomit, že léčba závislosti také musí být trvalá. Nelze ji vyléčit jako zánět dýchacích cest či angínu, ale lze ji uzdravit. Úzdrava a kvalitní smysluplný život

spočívá v trvalé abstinenci, dodržování pravidel a životosprávy. Léčba závislosti je komplexní a musí prolínat všechny oblasti, které byly alkoholismem narušeny.

6.2.6 Terapeutické prostředky užití v ústavní léčbě

- *Psychoterapie*

Hlavní součástí léčby závislostí je psychoterapie, která je právem považována za nejdůležitější úsek léčebných programů.

Psychoterapii můžeme definovat různě. V knize doc. MUDr. PhDr. Kaliny jsou uvedeny dvě velice zajímavé definice. Jedna z definicí zní: „*Psychoterapie je napomáhání zdraví psychologickými prostředky*“. Ve druhé se říká: „*Psychoterapie je odborné použití mezilidských situací se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce/ a nebo osobní charakteristiky*“ (Kalina a kol., 2008, s. 159).

V ústavní léčbě je většinou využívána skupinová psychoterapie. Zaměřuje se na větší otevřenost členů v dobře pracující skupině závislých a také jejich tlak ke změně. Je možno využít rozličné terapeutické postupy, nejdou však aplikovat na všechny pacienty stejně.

Hojně se používá tzv. Rotgersovská teorie – teorie behaviorální, kognitivně behaviorální a sociálního učení, která říká: „*Lidské chování je spíše výsledkem procesu učení, než výsledkem determinance genetickými faktory. Stejně procesy učení, které vytvářejí problémové chování, mohou být použity k jeho změně. Chování je z větší části určeno působením situačních a environmentálních faktorů. Skryté procesy, jako myšlení a prožívání lze ovlivňovat prostřednictvím aplikace principů učení. Rozhodující součástí změny chování je projevení nových modelů chování v přirozeném prostředí. Každý klient je jedinečný a musí být hodnocen jako jedinec v daném kontextu. Základním kamenem adekvátní léčby je důkladná behaviorální diagnostika*“ (Rotgers a kol., 1999, s. 145). Terapeut zde vystupuje maximálně empaticky, akceptuje pacienta takového, jaký je a projevuje své emoce autenticky. Terapeutický vztah je nedirektivní, při sezeních pacient sám dozrává k vhodnému chování

Terapie dle A. Adlera upozorňuje na to, že „... základní hnací silou lidského snažení je usilování o nadřazenost (tj. povznést se nad to, čím v současnosti jsme). Patologické osobnosti se cítí neschopné dosáhnout nadřazenosti společensky konstruktivním způsobem (např. usilovnou prací, studiem aj.)“ (Hosáková a kol., 2007, s. 133).

Lze využít i modely dle F. Perlse – Gestalt terapii, dle E. Berneho tzv. Interpersonální terapii, nebo dle J. Wolpa – Behaviorální terapii a mnohé další. Jednou z nich je i následná „Existenciální terapie (zakladatelem je L. Binswanger a M. Boss) nesouhlasí s pojmem osobnosti jako s neměnným souhrnem rysů jedince, existence vzniká, stává se, je procesem Bytí, který není dán dopředu, bytí je aktivní a dynamický proces, k existenci dochází mezi jedinci a světem, člověk a prostředí jsou v dynamické jednotě“ (Hosáková a kol., 2007, s. 133).

V článku MUDr. Jeřábka (2006) jsou popsány modely Wurmsera, Mc Dougala, Leedse a Morgensterna, Frouzové, Willse, Windleho a dalších autorů. Z napsaného je zřejmé, že psychoanalytických a psychoterapeutických přístupů je velké množství a nelze je zde všechny rozvést.

- *Další podpůrné prostředky v terapii závislosti*

V léčbě závislostí se využívají i další prostředky, které však nejsou doménou jen v této oblasti. Pomáhají nemocnému v orientaci v sobě samém a ve svém předchozím životě, rozkrývají důvody, proč ke vzniku závislosti vůbec došlo. Jsou také součástí procesu resocializace, získávání a znovuoobnovení pracovních návyků či zaměření se na činnosti, které pomohou pacientům smysluplně využívat volný čas. Některé dovednosti, jež se zde naučí, se nezdá stávají koníčkem v následném životě v abstinenci.

- *Arteterapie*

Další z řady možností přístupu k léčbě závislosti je arteterapie. Samotný pojem arteterapie zahrnuje v sobě léčbu výtvarným uměním. Zde pacient nejen uplatní svůj talent či zálibu, ale zejména při tématicky směřované tvorbě a následné debatě při rozboru kresby, odkrývá a ujasňuje si své postoje, pocity a modely chování. Při výtvarné práci také získává novou zkušenost, rozšiřuje si způsob vyjadřování, řešení problémů a učí se komunikovat. Léčba za pomoci výtvarného umění pomáhá zejména té

skupině pacientů, kteří mají problém se slovním vyjádřením. Cílem arteterapie tedy není snaha o vytvoření uměleckého díla, ale hlavně o poskytnutí prostoru pro vyjádření emocí závislého, umožňuje jeho sebepoznání a vnitřní rozvoj. Neméně důležité je získání náhledu na vlastní problémy a poznání sebe sama.

- *Pracovní terapie – ergoterapie*

V léčbě závislého člověka má velmi důležitou roli. „*Ergoterapie je lékařem předepsaná léčebná činnost pro tělesně, duševně nebo smyslově postižené osoby, kterou vede ergoterapeut*“ (Kubínková, Křížová, 1997, s. 7). V medicínské oblasti je ergoterapie chápána jako „*metoda léčby a rehabilitace nemocných pomocí vykonávání přiměřené práce, která umožňuje zlepšit jejich psychický i fyzický stav a poskytuje i sociální uplatnění*“ (Vokurka, Hugo, 2002, s. 279). Pracovní terapie závislých probíhá buď v terapeutických dílnách, nebo venku v okolí léčebného pavilonu. Je zaměřená nejen na těžší fyzickou práci – úklid okolí pavilonu, hrabání listů či pomoc v „pracovní četě“ léčebny, ale i fyzicky méně namáhavá činnost na pracovištích terapií. Ergoterapeuté používají různé techniky. Jsou to činnosti využívající práci s papírem, tradiční ruční práce, práci s přírodními materiály, se dřevem, kovem, keramikou a modelování. Ergoterapie využívá pracovní a sociální zkušenosti pacientů, na které lze navázat. Výhodou v léčebné práci je touha pacientů po návratu k normě, která je jejich největší motivací. Pracovní terapie má několik cílů v léčbě závislých. Je to podpora schopnosti individuálního vnímání, zlepšení schopnosti komunikace a navazování kontaktu, získání sociálních kompetencí, zlepšení schopnosti vyjadřovat se i fyzická a sociální aktivace.

- *Jóga a relaxace*

Jóga a relaxace je užitečná součást v léčbě závislosti. „*Představují lepší alternativu místo návykových látek zejména pro ty, kteří jsou vystaveni nadměrnému stresu. Tyto techniky také mohou pozitivně ovlivnit životní styl*“ (Nešpor, Csémy, 1996, s. 93). Při józe se závislý učí sebekázi, soustředění se a uvolnění. „*Jóga a relaxace slouží k mírnění stresu, úzkostí a depresí a psychosomatických chorob. Spoluvytvářejí zdravější životní styl a bezpečnější síť sociálních vztahů. Vzhledem k tomu, že řada*

těchto cvičení je subjektivně příjemná, mohou pomoci posílit terapeutický vztah a pomáhat překonat emočně náročné období časné abstinence. Do jisté míry tedy mohou pomoci pacienta získat pro další léčbu“ (Nešpor, Csémy, 1996, s. 94). Návik relaxace probíhá v léčebnách různě. Někde je praktikována brzy po ránu, jinde až během dne či k večeru. Relaxace trvá 20 – 30 minut. Tyto techniky se nedají využít u akutních alkoholových či toxických psychóz. Využívají se až po odeznění těchto stavů v následné střednědobé či dlouhodobé léčbě.

- *Ostatní*

V léčbě závislostí se využívá i dalších možností. Muzikoterapie je léčba „hudbou“. Dělíme ji na aktivní, kdy pacient sám hudbu produkuje či zpívá, nebo receptivní – poslech hudby, kterým je možné i „přeladění“ nálady.

Hipoterapie využívá k léčebným účinkům koně. Její účinky se odráží v psychické, fyzické i sociální složce člověka. Hlavním cílem je rozvoj sebedůvěry, samostatnosti, obratnosti pacienta, útlum agresivity, rozvoj komunikace a sociálního citění.

Také dramaterapie je součástí léčby závislostí. Pacient se díky ní učí zvládat a kontrolovat své emoce, mění nekonstruktivní jednání, rozšiřuje si repertoár rolí pro život, zvyšuje svou sociální interakci a komunikaci. Díky dramaterapii se může závislý naučit určitým modelům zvládnání těžkých životních či jiných stresových situací. Do této oblasti patří i mimická a řečová cvičení, dramatická hra, práce s textem, vyprávění příběhů, líčení, masky, loutková a maňásková hra, případně i pantomima.

Biblioterapie je využívána jako doprovodná forma při běžných terapiích, nebo může prostě jen přispět ke zlepšení stavu člověka s osobními problémy. Terapeut vybere vhodnou četbu podle základního problému pacienta. Do četby si pacient promítne své vlastní problémy či nachází doporučení, jak se dá jeho vlastní problém řešit.

Hagioterapie využívá víry a práci s biblí. Na jednotlivých příbězích ze Starého a Nového zákona si závislý uvědomuje pokušení a sílu odhodlání pokušení překonat. Také se učí odpuštění, očištění se a víře v sebe sama. „...symbolická jednání, zejména ve skupině, umožňují pacientovi plněji prožít rozhodnutí, k nimž dospěl (například odpustit zemřelým rodičům – i sám sobě!), nebo akceptovat svůj úděl...“ (Říčan, 2007, s. 304).

Z dalších terapií je možno využít i canisterapii, kursy asertivity, maskování a jiné.

6.2.7 Léčebny, poskytující ústavní léčbu u nás

V České republice má závislý možnost vybrat si z mnoha stacionářů, AT poraden, léčebných komunit či krizových center zaměřených podle jeho potíží a problémů. Chce-li postoupit ústavní léčbu, vybírá z 15 Psychiatrických léčeben, které se věnují léčbě závislostí. Jsou to PL Bohnice – Praha 8, PL Bílá Voda, PL Červený Dvůr, PL Kosmonosy, PL Kroměříž, PL Dobřany, PL Horní Bečkovice, Psychiatrická klinika Plzeň, PL Opava, PL Brno – Černovice, PL Havlíčkův Brod, PL Šternberk, PL Jemnice, PL Lnáře, a léčebna návykových nemocí V Nechanicích. Informace o délce léčby, složení a zaměření získává pacient buď v poradnách, nebo jsou přístupné na internetových stránkách. Je svobodnou volbou každého člověka mající problém s jakoukoliv závislostí, vybrat si léčbu a léčebnu, která mu bude nejvíc vyhovovat.

6.2.8 Úspěšně ukončená léčba a následné doléčování

Po úspěšně dokončené léčbě následuje období abstinence. *„Abstinence – upuštění od požívání drog nebo zejména od pití alkoholických nápojů, ať již ze zásady nebo z jiných příčin. Ten, kdo abstinguje od alkoholu, se nazývá „abstinent“, „totální abstinent“, často užívaný v populačních průzkumech, obvykle definuje osobu, která nepila alkoholický nápoj během posledních 12 měsíců. Tato definice často není shodná s vyjádřením osoby, která se za abstinenta označuje. Termín „abstinence“ nesmí být zaměňován za „abstinenční syndrom“, dřívější termín pro odvykací stav“* (Terminologický slovník z oblasti alkoholu a drog, 1994, s. 12). Cílem většiny závislých po léčbě je trvalá abstinence.

Pokud chce alkoholik abstinovat, je nutné další psychologické vedení či alespoň pohovory s lékařem v AT poradnách. Z toho vyplývá důležitost následného doléčování. Při odchodu z léčby má pacient již domluvenou schůzku v AT poradně. Tam dochází v pravidelných intervalech, které si sám domluví s ordinujícím lékařem. Interval není

delší jak 14 dní, někdy jsou nutné schůzky každý týden. Při pobytu v léčebně také získá kontakty na aktivní kluby Anonymních alkoholiků (AA) nebo KLUS (Kluby usilující o střízlivost). Zda je bude navštěvovat, zaleží jen na pacientovi, protože účast v socioterapeutických klubech není povinná.

Doléčování probíhá s odstupem času i v léčebně, kde se pacient léčil. Jsou to tzv. Týdenní opakovací pobyty při abstinenci. První rok po léčbě přichází abstinující alkoholik každé tři měsíce, kdy podmínkou přijetí je doporučení z AT poradny o trvalé abstinenci. Druhý rok přijíždí po půl roce a dále pak po jednom roce. V celém období může po předchozí domluvě s terapeutem přijet i na mimořádnou Opakovací léčbu, hlavně tehdy, cítí-li nutnost psychoterapeutické intervence nebo má obavy z „napítí se“. Možnost relapsu či recidiva hrozí závislým po celý zbytek života. Opakovací pobyty slouží k prevenci relapsu, což je proces, kterému předchází řetězec logicky navazujících kroků. Řetězec lze na více místech narušit a recidivě tak předejít. V prevenci relapsu a recidivy nejde jen o to naučit klienta vyhýbat se rizikovým situacím, ale naučit jej efektivně tyto situace zvládat. *„Prevenci relapsu můžeme souhrnně popsat jako program sebekontroly, který kombinuje nácvik behaviorálních dovedností, kognitivní intervence a postupy změny životního stylu. Využití tohoto přístupu lze u všech typů závislého chování“* (Kalina a kol., 2008, s. 226).

6.2.9 AA, KLUS

První AT klub vznikl v USA v roce 1935 a během prvních čtyř let měl necelých 100 členů. Tehdy si zakladatelé, makléř a lékař, oba abstinující alkoholici, jen stěží dovedli představit, že i přes počáteční obtíže se jejich idea rozšíří po celém světě a během následných let bude v socioterapeutických klubech sdruženo více než milion členů ve 114-ti zemích.

V našich poměrech z této idey vzešla sdružení Anonymních alkoholiků (AA), která měla a má i dnes spoustu odpůrců. Ti poukazují na fakt, že kluby pracují nevědecky a neexistují konkrétní důkazy o jejich účinnosti. Dále předesílají, že členství ve sdruženích a návštěvy v nich jsou jen jakousi „berličkou“ pro abstinující alkoholiky. Nechápu, že právě tito lidé podobnou podporu potřebují a setkání se stejně

postiženými s podobnými zkušenostmi, je pro ně podstatnou podporou. Díky těmto setkáním se alkoholici utvrzují ve své abstinenci, předávají si zkušenosti a rady. Sdělují si poznatky, které by člověk, který léčbu neabsolvoval, nepochopil a které nemohou nebo nechtějí sdělovat jinde. Motto AA zní: *„Ať dokáže přijmout to, co nemohu změnit, dostanu odvahu změnit to, co změnit mohu, a moudrost rozpoznat jedno od druhého“* (Nešpor, Csémy, 1996, s. 108).

Z pravidel a zásad AA vznikl u nás socioterapeutický klub KLUS (Klub usilující o střízlivost). U jeho zrodu stál doc. MUDr. Skála, který se seznámil s prací AA sdružení v zahraničí. KLUS dle jeho prvotního doporučení využívá některé jejich prvky. Rozdílnost oproti AA spočívá v tom, že se setkání KLUSu předpokládá i silnou účast profesionálních terapeutů. Co původně vzniklo v nouzovém prostředí, se později ukázalo jako velmi užitečné a životaschopné. Z řečeného vyplývá, že činnost spočívá v prvcích svépomoci, vzájemné pomoci s účastí profesionálů.

Docházení do AA či KLUSu je nedílnou součástí doléčování. Pro alkoholiky, kteří je navštěvují, jsou velkou podporou.

6.2.10 Následná péče

Nejen návštěvy v socioterapeutických klubech jsou pro závislého po ukončené léčbě důležité. Vzhledem k tomu, že část pacientů nemá po léčbě finanční prostředky, nemá kde bydlet a nezřídka ani nemají práci, jsou důležité programy následné péče. Jde o intenzivní sociální práci, bez které by byl návrat závislého do normálního života nedostižnou metou. Sociální pracovníci pomáhají klientům v řešení problémů se zadlužením u zdravotních pojišťoven, se sociálními dávkami a v řešení spáchaných trestních činů, apod.

V poslední době vznikají i chráněná pracovní místa s možností rekvalifikace, čímž se zvyšuje uplatnitelnost závislých po léčbě na trhu práce. Někdy postačuje pouze získání nabídky volných pracovních míst a pacient si své uplatnění najde sám.

Klíčovou službu v následné péči sehrává tzv. Chráněné bydlení. Vzhledem k tomu, že část závislých svým předchozím jednáním úplně ztrácí rodinné zázemí a tím i bydlení, jsou „domy na půl cesty“ jedním z důvodů, proč se pacienti zapojují do

programů následné péče. Ty jim pomáhají překlenout první nelehké měsíce po léčbě formou chráněného bydlení. Pod dohledem sociálních pracovníků zde žijí, hledají si práci či pracují, než si najdou vlastní bydlení a stálé zaměstnání. Tato služba je považována za klíčový nástroj sociální rehabilitace a integrace.

Z předchozího vyplývá, že snaha pomoci závislým je velká. V této problematice se angažují různé státní, nestátní i soukromá zařízení, které nabízejí rozličné formy pomoci či léčebných intervencí. Existuje mnoho možností, ze kterých si lidé se závislostí mohou vybrat, chtějí-li se uzdravit a svou závislost ovládat. Je na svobodné vůli každého člověka, který se potýká s návykovou látkou, jak ke svému problému přistoupí a jak jej bude řešit.

7 Práce v ČR zabývající se podobným výzkumem

7.1 Determinanty vzniku alkoholismu...

Podobné téma, zabývající se alkoholismem zpracovala ve své bakalářské práci paní Kraumanová (2010), která studovala na Zdravotně sociální fakultě JCU České Budějovice. Tato práce nese název *Determinanty vzniku alkoholismu a jeho vliv na kvalitu života*. V bakalářské práci byl použit standardizovaný dotazník SF 36 - O kvalitě života podmíněné zdravím. Výzkumu se zúčastnilo 48 respondentů mužů i žen, z nichž 24 bylo jedinců závislých na alkoholu a 24 osob, kteří byli příbuzní prvních dotazovaných. Návratnost dotazníků dosáhla 48%.

Ve vzorku příbuzných závislých vykazovali respondenti v 7 doménách nižší kvalitu života než jedinci ve zdravé populaci, kdy největší rozdíl byl u emočního omezení rolí. Zde tito nedosahovali ani poloviny hodnot průměrného skóre evropského standardu. Oproti tomu u fyzických funkcí se respondenti nejvíce přiblížili 100%, z čehož vyplývá, že fyzická kondice je oproti ostatním funkcím nejméně narušena. Zhoršená kvalita života je zřejmější u příbuzných žen, kde se pohybuje okolo 50%, zatímco muži vykazují 68% průměrně. Z uvedeného je jasné, že ženy hůře tolerují závislé chování u rodinných příslušníků než muži v podobném postavení.

V druhém vzorku, u lidí s rozvinutou závislostí, byla jasně prokázána snížená kvalita života ve všech zastoupených doménách, funkcích a rolích.

8 Statistické údaje z roku 2009

Na stránkách Ministerstva zdravotnictví lze nalézt statistické údaje a přehledy o jednotlivých onemocněních, jejich léčbě, účinnosti léčby, pracovní neschopnosti i o mortalitě vybraných onemocnění. Vlastní statistikou je pověřen Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS). Na webových stránkách jsou dostupné informace zabývající se i léčbou závislostí. Zajímavý je úsek, zabývající se lůžkovou péčí o pacienty, kteří zneužívají psychoaktivní látky. Poslední zveřejněné data jsou z roku 2009 a říkají: „V roce 2009 bylo v Psychiatrických léčebnách a na psychiatrických odděleních nemocnic zaznamenáno 10 026 hospitalizací se základní diagnózou poruchy chování způsobené zneužíváním alkoholu (Dg. F 10). Téměř ¾ těchto hospitalizovaných bylo vykázáno v Psychiatrických léčebnách ... Od roku 2006 dochází k postupnému snižování celkového počtu hospitalizací na poruchy vyvolané alkoholem a také v roce 2009 se snížil jejich počet a to více než 3 %, kdy se na poklesu stejnou měrou podíleli muži i ženy. Muži představovali více než 68 % z celkového počtu hospitalizací s touto diagnózou.

Téměř 56 % hospitalizací s dg. F10 se týkalo pacientů ve věku od 40 do 59 let a více než 81 % pacientů ve věku 30 až 59 let. Více než 8 % bylo u pacientů ve věkové skupině 20 až 29 let a pacientů starších 60 let se léčilo 10 %. Byli hospitalizováni i 2 dětští pacienti ve věku do 15 let a 84 mladistvých pacientů ve věku 15 až 19 let“ (<http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2009>, s. 24).

Z napsaného vidíme, že největší procento léčených alkoholiků je právě ve věkovém rozmezí, které bylo vybráno v empirické části této práce. Ne všichni závislí se plně uzdraví a nepotřebují další léčebné intervence. Někteří na problémy způsobené alkoholem při umírají. „V psychiatrických léčebnách a na psychiatrických odděleních nemocnic zemřelo v roce 2009 celkem 82 osob hospitalizovaných se základní diagnózou F10, tj. o 19 osob méně než předchozím roce a většinu tvořili muži (82 %).

U většiny pacientů byla po propuštění nutná další ambulantní péče, a to buď dočasná (u 47 % hospitalizací) nebo trvalá (u více než 38 % hospitalizací). U téměř 8 % případů hospitalizace byla nutná další ústavní léčba a pouze u 2 % hospitalizací nepotřebovali pacienti žádnou následnou péči po propuštění z psychiatrické léčebny...“ (<http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2009>, s. 25).

9 Empirická část

9.1 Kvalita života

V mé práci chci poukázat na fakt, že kvalitu života lze ovlivnit změnou přístupu k životu, úpravou režimu i životosprávy a hlavně v abstinenci od škodlivých látek – drog, kdy se zaměřím na zneužívání alkoholu.

Co to vůbec je kvalita života a jak ji můžeme definovat? O kvalitě bylo napsáno mnoho knih a článků, mě zaujalo vysvětlení J. Křivohlavého: „*Kvalitou se rozumí „jakost, hodnota“ (obecně např. „dobrá až prvotřídní nebo naopak špatná hodnota“), tj. charakteristický rys, jímž se daný jev odlišuje jako celek od jiného celku (např. život jednoho člověka od života druhého)*“ (Křivohlavý, 2002, s. 162). Světová zdravotnická organizace definuje kvalitu života slovy: „*Jde o individuální percipování své pozice v životě, v kontextu té kultury a toho systému hodnot, v nichž jedinec žije; vyjadřuje jedincův vztah k vlastním cílům, očekávaným hodnotám a zájmům...zahrnuje komplexním způsobem jedincovo somatické zdraví, psychický stav, úroveň nezávislosti na okolí, sociální vztahy, jedincovo přesvědčení, víru – a to vše ve vztahu k hlavním charakteristikám prostředí... Kvalita života vyjadřuje subjektivní ohodnocení, které se odehrává v určitém kulturním, sociálním a environmentálním kontextu... kvalita života není totožná s termíny „stav zdraví“, „životní spokojenost“, „psychický stav“ nebo „pohoda“. Jde spíše o multidimenzionální pojem“ (Mareš a kol., 2001, s. 25). Další možný pohled nabízí Hartl, kdy ve své knize hovoří o kvalitě života jako o „*vyjádření pocitu životního štěstí. K jejím znakům patří soběstačnost, pohyblivost, míra seberealizace a duševní harmonie*“ (Hartl, 2004, s. 121).*

Určit a popsat kvalitu života není vůbec jednoduché. Každý člověk považuje za „kvalitní žití“ něco jiného, měřítka nejsou přesně stanovena a jedinec si je určuje sám – subjektivně, dle svých možností, tužeb a materiálních hodnot, které dosáhl. Pro někoho může být kvalita - žití v přepychu, jiný má požadavky mnohem nižší. Záleží také na momentální fyzické, psychické i sociální situaci tázaného. Ta se samozřejmě může během života výrazně měnit. „*I tentýž člověk vidí v různých situacích života štěstí (a*

podobně i kvalitu života) v něčem jiném. Aristoteles říká: „Když člověk onemocní, vidí štěstí ve zdraví. Když je v pořádku, jsou mu štěstím peníze“.“ (Křivohlavý, 2002, s. 162).

V případě osob závislých na alkoholu poukazují předchozí řádky velmi výstižně na jejich problém. Tito lidé si v nejednom případě „sáhli až na dno“, a proto každá změna v kladném slova smyslu v uvedených oblastech, je pro ně zlepšením, aspoň po určité období života.

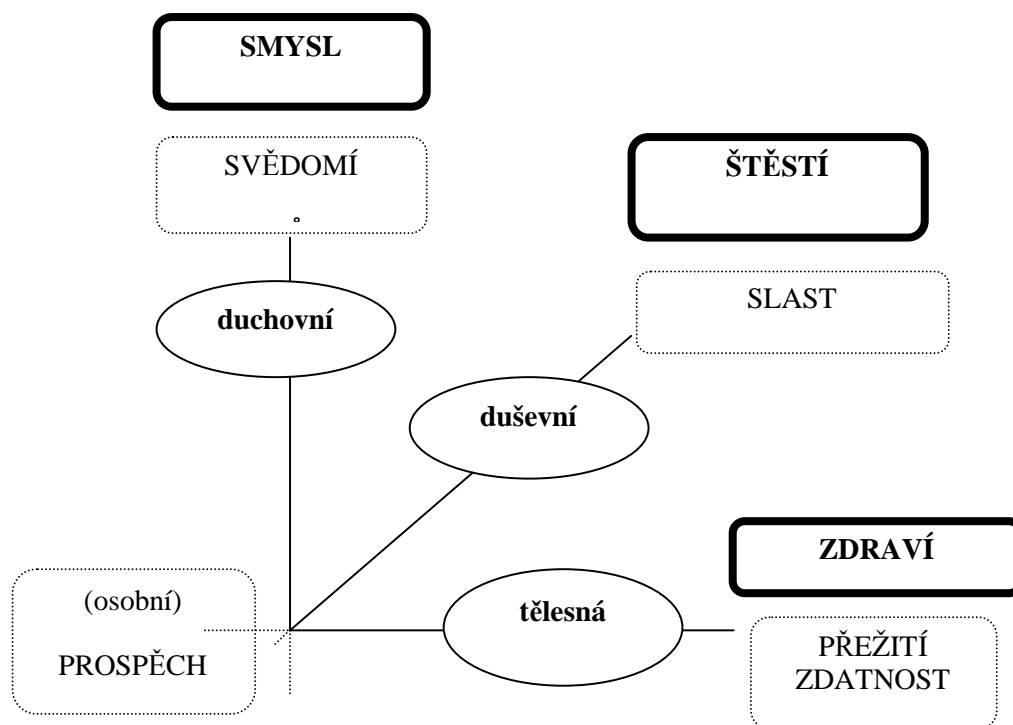
Pro hodnocení kvality života je velmi důležitý celkový pocit pohody, pramenící z vyrovnanosti jedince v oblasti tělesné, duševní i sociální. Z napsaného je jasné, že kvalita života je dána subjektivním vnímáním životní reality každého člověka, kdy hlavní kategorií je zdraví. To je ovlivněno okolním životním prostředím. Důležitou roli hrají i mezilidské vztahy a sociální prostředí. I proto se pojem kvality života pohybuje někde mezi spokojeností a životní úrovní, kdy objektivní pohled je blíže ekonomii a politice, subjektivní najdeme v medicíně a psychologii.

Karel Balcar (in Payne 2005) nastiňuje „obraz člověka jako vícerozměrné bytosti, vnějšně spjaté s jejím okolím vzájemným vlivem, jehož prostředím z hlediska člověka je jeho vlastní chování, a vnitřně nabývající tří základních kvalit – hmotné v tělesném rozměru, prožitkové v duševním a volné v duchovním čili existenciálním. Tyto různé kvality lidského života lze rozlišit vedle jiných hledisek i jejich rozdílným zakotvením pomocí vůdčích pohnutek a nástrojů, které se v jejich rozměru uplatňují – tedy tím, oč člověku po této stránce v životě obecně jde. Vybrané znaky v následujícím schématu jsou ovšem jen výběrem z řady dalších, které jsou pro každý lidský rozměr příznačné“ (Balcar in Payne 2005, s. 71).

Následující schéma je ze stejné knihy a velmi pěkně vystihuje vazby mezi jednotlivými oblastmi osobnosti člověka a jejich vzájemné vztahy. Dle jejich hodnocení pak vzniká náhled na celkovou kvalitu života.

Schéma - Vnitřní rozměry člověka

Kvality (stránky, dimenze) lidského života – jejich motivační vodítka a hodnotové zacílení ve vztahu člověka ke světu a k sobě samému



Tělesné zdraví = soulad a výkonnost tělesných funkcí; převládá docilování rovnováhy mezi nároky a výkony tělesných funkcí

Duševní štěstí = radost ze života a úspěšnost v něm; převládá prosazování převahy vlastních záměrů vůči prostředí

Duchovní smysl = účinné uplatňování vůle a svědomí; převládá uplatňování odvahy při volbě a uskutečňování hodnot ve světě

Karel Balcar (in Payne 2005, s. 71)

Chceme-li hodnotit kvalitu života u daného člověka, musíme si nejprve předem vybrat, o kterou rovinu nám jde, kterou dílčí oblast osobnosti budeme zkoumat. V knize Jara Křivohlavého jsou nastíněny tři sféry kvality života. Je to makro-rovina, která mapuje kvalitu života velkých společenských celků, mezo-rovina, popisující stejný jev v malých sociálních rovinách a osobní rovina. „*Osobní (personální) rovina je definována nejjednoznačněji. Je jí život jednotlivce, individua, ať jím je pacient, lékař nebo kdokoli jiný. Při stanovení kvality života jde o osobní – subjektivní hodnocení, bolesti, spokojenosti, nadějí atp. Každý z nás v této dimenzi sám hodnotí kvalitu vlastního života*“ (Křivohlavý, 2002, s. 164). Na věc se ještě lze podívat ještě ze čtvrté roviny, která je Křivohlavým popsána jako *Fyzická (tělesná) existence*. Je to vlastně pozorování osoby druhým člověkem, který k popisu stavu používá měřitelné (objektivní) metody. Takto získané informace nemají dle autora význam pro hlubší pojetí kvality života jako takové.

Měření kvality života může probíhat mnoha způsoby s využitím rozličných metod. Křivohlavý uvádí rozdělení metod do tří velkých skupin, kdy kvalitu života hodnotí buď druhá osoba, nebo je hodnotitelem člověk sám či mohou být obě předchozí metody kombinovány. V mé práci převládá subjektivní hodnocení pacientů, jen malou část jsem věnovala objektivnímu shrnutí hospitalizace a nastínění situace, která se občas mírně lišila od udávaných informací pacientem. Rozdíly s udanými daty však nebyly nijak výrazné.

9.2 Metody zkoumání

Metoda zkoumání je způsob dostání se k cíli, daným způsobem uspořádaná, promyšlená a cílená činnost. Je to objektivní zkoumání a zobecňování získaných informací. Rozlišujeme tři typy výzkumu:

1. Kvalitativní výzkum, jehož metodou je např. rozhovor, kresba, apod.
2. Kvantitativní výzkum, kde můžeme jako nástroj zkoumání jmenovat např. dotazník
3. Výzkum smíšený, který kombinuje oba předchozí typy

Každý typ výzkumu má své slabiny. Vhodné je použití první a druhé možnosti výzkumu společně. Z toho vyplývá, že není tedy nutné protikladné metody od sebe striktně oddělovat, právě naopak. Jedna kompenzuje nedostatky druhé a tak se mohou výhodně doplňovat. Ve své práci se soustředím na třetí uvedenou možnost - smíšený výzkum, kdy budu využívat jak alternativ výzkumu kvalitativního, tak i kvantitativního.

9.3 Metoda výzkumu – kvalitativní

Některé prameny hovoří o tom, že ve výzkumu v ošetrovatelství je lépe využívat metody kvalitativní, které se zaměřují na celostní přístup k člověku. Člověk zde má být vnímán jako bytost bio-psycho-sociální. Holistický přístup k člověku však nevylučují ani jiné použité metody. Kvalitativní výzkum je označován jako „měkká věda“, zaměřená na poznání problému, komunikaci a individuální interpretaci. Respondent je dotazován na svůj životní příběh, na své chování a jednání ve zkoumaných situacích. *„Kvalitativní výzkum umožňuje poznání širšího kontextu jevů, které badatele zajímají, a jejich poznání v přirozených podmínkách“* (Kutnohorská, 2009, s. 22).

Tato metoda výzkumu je velmi náročná na čas. Respondenty si vybíráme podle předem stanovených pravidel, jejich množství se může během výzkumu měnit, buď rozšiřovat či zužovat. Poté následuje vlastní sběr dat, kdy musíme získané informace vyhodnotit, roztřídit a případně vyřadit neúplné či nepravdivé odpovědi. Po

vyhodnocení všech údajů a získaných poznatků je zpracována závěrečná zpráva, obsahující výsledky vlastního šetření.

Z kvalitativních metod jsem zvolila formu rozhovoru, tzv. interview. „*Rozhovor představuje zprostředkovaný a vysoce interaktivní proces získávání dat*“ (Ferjenčík, 2000, s. 171).

Rozhovory dělíme dle typu na strukturované, nestrukturované a polostrukturované. Poslední zmíněný jsem použila ve své práci. Badatel je zde pozorným posluchačem, sleduje tok myšlenek a logické řazení, přičemž využívá možnost usměrnění rozhovoru. „*V polostrukturovaném rozhovoru se aktivita interviewujícího dále zvyšuje. Má předem připravený seznam otázek. Způsob, forma odpovědí na tyto otázky zůstává nadále víceméně volná. Respondent si sám může vybrat styl odpovědi*“ (Ferjenčík, 2000, s. 175). Následné vyhodnocení je náročnější na zpracování, než u strukturovaného dotazníku. Někdy respondent zaměří svou odpověď jiným směrem, než je pro nás vhodné. Výhodou je, že můžeme tok rozhovoru ovlivnit a doplňujícími dotazy se dostat k žádoucí odpovědi.

9.4 Metoda výzkumu – kvantitativní

V mé práci jsem využila také kvantitativní výzkumnou metodu. „*Úkolem kvantitativního výzkumu je statisticky popsat typ závislosti mezi proměnnými, změřit intenzitu této závislosti, apod. Pracuje většinou s velkým souborem respondentů. Zahrnuje systematické shromažďování a analýzu numerických informací za předpokladu kontroly podmínek. Má sklon zdůrazňovat dedukci, pravidla logiky...*“ (Kutnohorská, 2009, s. 21). Kvalitativní výzkum pracuje s čísly a převládají zde statistické postupy. Z možných výzkumných metod jsem vybrala formu standardizovaných dotazníků.

U této metody není sběr dat pro badatele příliš časově náročný. Má však velkou nevýhodu v tom, že je nutné oslovit poměrně velký okruh respondentů, přičemž návratnost vyplněných dotazníků je neúměrně malá. Lépe je respondenty oslovit při osobním kontaktu, dotazníky rovnou předat a poskytnout čas k vyplnění. Při odevzdání

můžeme vyplněné zběžně zkontrolovat a ujistit se, zda tázaný vyplnil odpovědi na všechny otázky. Při nepřímém kontaktu, ať již oslovení na internetových stránkách či zaslání poštou, je návratnost dotazníků vždy nižší. Ne vždy jsou dotazníky vyplněny celé a my jsme nuceni tyto vyřadit jako neúplné či málo validní.

Obecně je vhodné dát respondentům vyplnit dotazník opakovaně, minimálně dvakrát a to před započatou léčbou a po ní. Vzhledem k povaze mé práce a časovému omezení, byly dotazníky respondenty vyplněny až po ukončené léčbě a následně různě dlouhé době abstinence od návykové látky. Proto je vhodné uvést zde studii profesora Mareše, která se týká subjektivního ovlivnění popisované situace tázaným a následné validitě získaných dat. I přes to, že dotazníky byly vyplněny pouze jednou, lze tuto teorii aplikovat i zde, kdy neposuzujeme jen dané odpovědi, ale i celkově vnímaný a udávaný stav tak, jak si jej pacient vybavuje po uplynutí určité doby. Mareš ve své práci poukazuje na tzv. Implicitní teorii, která využívá specifickou proměnnou – subjektivní pohled, který se může v čase měnit či nikoli. *„Podle této teorie můžeme rozlišit dva typy jedinců:*

- 1. Jedinci zastávající implicitní teorii **stability**. Obvykle přeceňují konzistentnost některých svých charakteristik v čase a neoprávněně předpokládají, že původní odpověď se příliš nelišila od aktuálního stavu a dá se z něho snadno odvodit.*
- 2. Jedinci zastávající implicitní teorii **změny**. Obvykle přeceňují velikost rozdílu mezi aktuálním stavem a minulým stavem; neoprávněně předpokládají, že původní stav se musel velmi lišit od aktuálního stavu.*

*Ross upozorňuje, že pokud se jedinců opakovaně dotazujeme na minulé události, jevy, stavy, pocity, na hodnoty tenkrát uváděných proměnných, může docházet – pod vlivem zastávaní implicitní teorie – ke třem možným **systematickým zkreslením**:*

- jedincův stav se změnil, ale jedinec není schopen změnu postřehnout, neboť ji vůbec nepředpokládá;*
- jedincův stav se změnil, ale jedinec chybně odhaduje velikost nebo příčinu změny;*

- *jedincův stav se nezměnil, ale jedinec uvádí změnu, neboť předpokládá, že ke změně muselo dojít.*

...Především je třeba rozlišovat mezi změnou obecně (bez udání směru, bez „znaménka“) a změnou k lepšímu, tedy y jedincovým očekáváním, že může dojít ke zlepšení. Implicitní teorie změny bývají u lidí ovlivněny věkem, prožitým distresem, sociálními tlaky i jedincovým „já“.“ (Mareš, 2005, s. 22).

Zkreslení udaných dat jsem se snažila eliminovat výběrem respondentů. K poskytnutí rozhovorů jsem vybrala ty pacienty, jejichž léčbě jsem byla od počátku přítomna a mohla jsem částečně posoudit pravdivost odpovědí, případně nahlédnout do jejich dokumentace. U dotazníků jsem na získané informace a jejich validitu mohla ovlivnit pouze tím, že jsem respondentům zdůraznila fakt, že dotazník je anonymní a získaná data budou sloužit pouze ke statistickému zpracování.

9.4.1 Standardizovaný dotazník AIQol 9

Dotazník AIQol 9 vychází z dotazníku SF – 36 (The 36-Item Short From Health Survey). SF – 36 je souhrnný sebesuzující dotazník, který hodnotí zdraví vnímané pacientem. 36 položek je rozděleno do 8 oblastí:

- fyzické fungování
- omezení rolí v důsledku zdravotních problémů
- tělesná bolest
- sociální fungování
- celkové duševní zdraví
- omezení rolí v důsledku emocionálních potíží
- vitalita (energie/únava)
- celkové vnímání zdraví

Tyto oblasti korespondují s otázkami uvedených v dotazníku AIQol 9, který je velmi specifickým nástrojem a jeho použití je vhodné u osob závislých na alkoholu. „ *AIQol 9 je nástroj měřící kvalitu života týkající se zdraví a reprezentuje QoL u osob závislých na alkoholu. Devět položek, jež tento nástroj tvoří, se zaměřuje na aspekty QoL, které jsou závislosti na alkoholu nejvíce ovlivněny. Tento nástroj má velmi dobrou informativní hodnotu a je citlivý na většinu známých faktorů ovlivňující kvalitu života jedinců závislých na alkoholu*“ (Pančocha, 2007, s. 172).

Dotazník lze využít v různých stadiích života osob se závislostí na alkoholu. V této práci byl použit pro sledování klientů po ukončené léčbě, kdy může být prediktorem relapsu zneužívání alkoholu. Dále jej lze použít k motivaci pacienta před započatím léčby, k podpoře změn v jeho životě či k uvědomění si špatného dopadu požívání alkoholu na jeho běžný život. To ukazuje na možnost použití AIQol 9 i v klinické praxi v AT ambulancích u klientů ve stadiu popření.

Velmi pěkné srovnání dotazníků SF – 36 a AIQol 9 jsem našla v disertační práci pana Pančochy, který čerpal z Maletova originálu AIQol 9 for Measuring Quality of life in Alcohol Dependence, jak ukazuje tabulka č 1.:

Tabulka č. 1 Dotazník AIQol 9 (Pančocha, 2007, s. 172).

Dimenze v dotazníku SF-36	Počet položek v dotazníku SF-36	Škála	Položka v dotazníku AIQol 9
Fyzické Fungování	10	1 - 3	Dělá Vám potíže vyjít po schodech několik pater?
Tělesná bolest	2	1 - 6	Jak velké bolesti jste měl(a) v posledních 4 týdnech?
Celkové vnímání zdraví	5	1 - 5	Řekl(a) byste, že Vaše zdraví je celkově výborné,....., špatné?
Omezení rolí v důsledku zdravotních problémů	4	1 - 2	Byl(a) jste v posledních 4 týdnech omezen(a) v druhu práce nebo jiných činnostech kvůli zdravotním potížím?
Celkové duševní zdraví	5	1 - 6	Jak často v předchozích 4 týdnech jste byl(a) velmi nervózní? Jak často v předchozích 4 týdnech jste pociťoval(a) pesimismus a smutek?
Omezení rolí v důsledku emocionálních potíží	3	1 - 2	Udělal(a) jste v posledních 4 týdnech méně, než jste chtěl(a) kvůli nějakým emocionálním potížím (např. pocit deprese nebo úzkosti)?
Vitalita (energie/únava)	4	1 - 6	Jak často v předchozích 4 týdnech jste se cítil(a) vyčerpan(a)?
Sociální fungování	2	1 - 5	Uveďte, do jaké míry bránily Vaše tělesné nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy, v širší společnosti v posledních 4 týdnech?

9.4.2 Standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF

Světová zdravotnická organizace (WHO) vydala řadu dokumentů, které se věnují komplexnímu přístupu na pohled zdraví. Jedním z nich je Program Zdraví 21, obsahující programy podpory zdraví. Ke zjišťování kvality života jedince, skupin nebo celých populací je možné použít dotazníků vydaných Světovou zdravotnickou organizací (World Health Organization Quality of Life Assessment, WHOQOL), které byly vytvořeny skupinou odborníků z 15 výzkumných center různých zemí. Základní verze dotazníku je WHOQOL – 100, obsahující 100 položek. Z něj následně vznikla zkrácená verze WHOQOL-BREF, která má 26 otázek. Zástupci z řad odborné veřejnosti je oba považují za nástroj měření kvality života. Znění dotazníků je možné najít na webových stránkách vlády.

Světová zdravotnická organizace rozeznává čtyři základní oblasti života člověka, bez ohledu na věk, pohlaví nebo etnikum. Jsou to:

- fyzické zdraví a úroveň samostatnosti
- psychické zdraví a stránka duchovní
- sociální vztahy
- prostředí

Všechny tyto dimenze lidského žití jsou obsaženy v dotazníku WHOQOL-100 i WHOQOL-BREF.

Dotazníky WHOQOL – 100 i jeho zkrácená verze WHOQOL-BREF jsou určeny jak k předložení formou rozhovoru, tak k samostatnému vyplnění respondentem. V praxi je častěji používána zkrácená verze dotazníku, jehož samotné vyplnění trvá 5 až 8 minut. Před započítáním vyplňování je třeba respondenta poučit a nechat mu prostudovat stránku s instrukcemi, která informuje tázaného o složení a účelu dotazníku. Vhodné je respondentovi zajistit klidné prostředí. WHOQOL-BREF obsahuje 26 položek. *„Položky jsou sdruženy do čtyř domén: fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a*

prostředí. Zbývající dvě položky hodnotí celkový zdravotní stav a kvalitu života“
(Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 28).

9.5 Cíle kvalitativního výzkumu

1. Podívat se na průběh a výsledky pohledem pacientů samotných.
2. vést polostandardizované rozhovory s vybranými pacienty tak, aby bylo možné identifikovat shodná a rozdílná témata v jejich odpovědích.
3. Zmapovat strategie, které pacienti volili při zvládnání těchto náročných situací.
4. Pokusit se zmapovat úspěšné a neúspěšné strategie řešení.

9.6 Výběrový soubor – limitace

Rozhovory probíhaly na oddělení pro léčbu závislostí v Havlíčkově Brodě. Vybírala jsem z pacientů, kteří na oddělení každé pondělí přijíždějí k „Týdennímu opakovacímu pobytu při abstinenci“. Někteří podstoupili léčbu již na daném oddělení, jiní na pavilonech v Želivě, kde bylo původní umístění aktivní léčby, stále však patřící pod PL Havlíčkův Brod. Z ekonomických a organizačních důvodů byla želivská část léčebny v roce 2008 přestěhována do areálu PL. Pro mnohé pacienty z let předešlých, byl pobyt na nově vzniklém oddělení něco naprosto odlišného od předchozích zkušeností. Zákonitě muselo dojít k úpravám nejen v řádu oddělení, ale i k částečné změně v přístupu k terapii, na což tito lidé poukazují.

Oslovila jsem abstinující pacienty hospitalizované k týdennímu opakovacímu pobytu, kteří již byli léčeni na stávajícím oddělení. Požádala jsem o rozhovor šest mužů, jejichž nástupu na léčbu a průběhu následné terapie jsem byla přítomna. Čtyři z nich se velmi ochotně zapojili a spolupráce s nimi byla výborná, dva požádaní rozhovor odmítli. Důvodem byl fakt, že nechtěli mluvit o dopadu své závislosti na rodinu. Jistou roli sehrál i stud z chování v alkoholovém opojení a obava, že by někdo mohl jejich

životní příběh poznat a tím by se o problémech spojených se závislostí mohlo dozvědět širší okolí.

Věkovou skupinu tvořili muži středního věku (41 až 52 let). Všichni respondenti byli závislí na alkoholu a léčili se na výše zmíněném oddělení. Pro lepší dokreslení dopadů alkoholismu na rodinné prostředí, jsem záměrně vybrala jedince, kteří žijí v manželském svazku, nebo alespoň jednou ženatí byli a mají minimálně jednoho potomka. Tři z dotazovaných se léčili poprvé, jeden absolvoval svou druhou léčbu. Každý pracoval v naprosto odlišném oboru. Přehled jejich zaměstnání se prolíná od práce řemeslnické, přes státní správu, zemědělství až po technicky zaměřený obor. I v oblasti dosaženého vzdělání se jednotlivci lišili. Jeden respondent byl vyučen, druzí dva měli dokončené středoškolské vzdělání a poslední dosáhl vysokoškolského titulu.

9.7 Metodika výzkumu

Informace pro tuto práci jsem čerpala z rozličných pramenů. Byly to knihy, časopisy a internetové stránky týkající se historie i současnosti výroby alkoholu, jeho dopadu na jednotlivé orgány i na celý organismus. Dále mě zajímala literatura zabývající se terapií závislostí, různými přístupy, postupy a metodami léčby. Pročetla jsem i jiné bakalářské a magisterské práce, zabývající se podobným tématem – závislostí na alkoholu nebo jiných drogách.

Získané materiály a data z kvalitativního výzkumu jsem zpracovávala heuristickou analýzou. Po shromáždění veškerých informací, dat a materiálů jsem empirickou část práce rozdělila na dva celky.

V první části výzkumu jsem použila metodu polostrukturovaného rozhovoru. Interview jsem uskutečnila v průběhu měsíců října 2010 až ledna 2011. Jednotlivé pacienty jsem kontaktovala osobně, vysvětlila jim, že data z rozhovoru budou použita pouze k výzkumnému zpracování dat. Zdůraznila jsem fakt, že informace, které mi poskytnou, budou použity tak, aby tázaní dle nich nemohli být identifikováni. Následně jsem je seznámila se strukturou rozhovoru a domluvila termín rozhovoru. Vše s dostatečným odstupem, aby měli respondenti dostatek času se připravit. Před

samotným rozhovorem pacient podepsal souhlas, který kvůli ochraně dat nemůže být přiložen k této práci.

Veškeré rozhovory byly nahrávány a následně přepsány. Dotazovaní souhlasili s poskytnutím rozhovoru a s dalším využitím pro výzkumné účely. Samostatný rozhovor se pohyboval v časovém úseku jedné až jedné a půl hodiny, následný přepis a vytřídění dat se pohybovalo v oblasti tří až čtyř hodin. Nejvíce času bylo věnováno pozdějšímu porovnání a analyzování získaných dat. Přepis všech rozhovorů je k dispozici k přečtení v další pasáži této práce.

Získaná data jsem zpracovala do šesti bloků, které se týkaly jednotlivých oblastí vymezených předem určenými otázkami rozhovoru.

Druhé části, tedy výzkumu kvantitativnímu, se budu věnovat později.

9.7.1 Rozhovor s pacientem č. 1

Pan A.B., narozen v roce 1959, žijící na malém městě ve společné domácnosti s druhou ženou, dvěma dospělými syny a dcerou, která navštěvuje první stupeň základní školy. Důvodem prvního rozvodu bylo nadužívání alkoholu a s tím spojené problémy v rodinném soužití. Před nástupem na léčbu byl v podobné situaci jako před prvním rozvodem. Byla to jeho druhá léčba, po první abstinovat pět let, pak zrecidivoval. Po pár letech stálého, a navíc stupňujícího se, pití už rodina dále nehdolala jeho alkoholové výstřelky tolerovat. Manželka mu sdělila, že od něj i s dětmi odejde, pokud se nepůjde léčit. Vystudoval střední, technicky zaměřenou školu a od té doby pracuje v oboru. O práci málem přišel díky své závislosti na alkoholu, měl štěstí, na vedoucí pracovníky, kteří mu dali ještě jednu šanci. Do stejného zaměstnání se vrátil i po absolvování terapie. V léčbě byl zpočátku velmi uzavřený, stranil se ostatních. Sám k sobě byl maximálně tvrdý, rozčilovalo jej, nevykonával vše naprosto dokonale. Pokud byl ohodnocen zápornými body, nikdy neuvažoval o odchodu. Po sepsání životopisu a rozebrání si své situace se pustil do léčby velmi zarputile. Stal se členem spolusprávy a po čase i předsedou komunity. Řádně ukončil léčbu, dochází do AT poradny v místě bydliště a dojíždí na pravidelné Týdenní opakovací pobyty při abstinenci.

1. Jaká byla situace v době, kdy jste se rozhodl pro léčbu?

a) V oblasti zdravotní

„Po zdravotní stránce jsem se cítil velmi špatně. Nemohl jsem spát, stále jsem se cítil unavený, bolelo mě celé tělo, třásl jsem se. Nemohl jsem se na nic soustředit, každá moje myšlenka se stáčela k tomu, abych se mohl jít znovu napít a uvolnit to hrozné napětí.“

b) V rodinném prostředí

„Měl jsem výrazné problémy v rodině. Žena a děti se mě bály, sprostě jsem jim nadával. Došlo i k fyzickému násilí. Manželku jsem udeřil tak, až spadla na zem. Jen na děti jsem nikdy nesáhl, to jsem se dokázal ovládnout, i když mě rozčilovali. Abych se nemusel stydět za svou agresi, pil jsem o to víc. V domácnosti jsem s ničím nepomáhal, na vše byla žena sama. Finančně jsem se jen sporadicky podílel na potřebách rodiny,

většinu peněz, které jsem byl schopen vydělat, jsem investoval do alkoholu. V té době mě rodina nezajímala a překážela mi v mém pití.“

c) V zaměstnání a oblasti sociální

„Byl jsem velice nespolehlivý, hádal jsem se s podřízenými i nadřízenými, vyhledával jsem spory, byl jsem podrážděný a nerudný. Zadané úkoly jsem neplnil, a když přece jen, museli to po mě kolegové předělávat. Ráno v zaměstnání jsem se snažil nepít, ale zbytkový alkohol jsem jistě téměř denně musel mít. Z nemožnosti napít se pramenily i moje nálady a pracovní nespolehlivost. Také třes rukou a později i celého těla sehrál svou roli.

Postupně jsem ztratil všechny pravé přátele. Zprvu jsem ztrátu ani nevnímal, měl jsem přece jiné známé - kumpány z hospody. Oni již na mě čekali hned po práci a trávil jsem s nimi celé odpoledne, večery a někdy i noci. Dokud jsem měl peníze, platil jsem útratu i za ně. O to rychleji financí ubývalo a na rodinu už nezbývalo.“

d) V oblasti psychického rozpoložení

„Stále jsem měl pocit strachu, byl jsem nervózní, nesoustředil jsem se a hlavně jsem byl vzteklý a popudlivý. Za střízliiva, což se příliš často nestávalo, jsem měl výčitky svědomí, které jsem velmi záhy utopil opět v „chlastu“. Nadával jsem na svůj život, na to, že mi nikdo nerozumí a nechápe mě. Ani vlastní žena a děti ...“

2. Proč jste se rozhodl pro léčbu?

a) Co sehrálo hlavní roli?

„Nátlak rodiny. Manželka mi sdělila, že pokud bude mé chování a násilnické projevy pokračovat, nechá se rozvést. Prý ji s dětmi bude lépe beze mě. Peníze domů nenosím a často si ještě odnesu i ty, které má manželka na domácnost a ošacení pro děti.“

b) Co bylo poslední kapkou?

„Fyzické napadení manželky a myšlenky na sebevraždu. Než jsem se opil, strašně jsem se styděl, že jsem schopen udeřit člověka, který mě má rád a snaží se mi pomoci.“

c) Měl jste problémy se zákonem v souvislosti s pitím?

„Řídil jsem auto pod vlivem alkoholu, poměrně dost často. Byl jsem přistižen a odebrali mi řidičský průkaz. Auto jsem však řídil dále, naštěstí mě už policisté nenačapali. Také jsem byl podmíněně odsouzen za ublížení na zdraví, které jsem způsobil manželce.“

d) Chtěl jste svůj život ukončit?

„Ano chtěl. V poslední době před nástupem na léčbu jsem často uvažoval, že bych se vším skončil. Bral jsem to tak, že by se ulevilo mně, ale hlavně mé rodině.“

3. Jaká byla vaše léčba?

a) Ve kterém roce jste absolvoval léčbu?

„Léčil jsem se v roce 2009.“

b) Jak dlouho trvala Vaše léčba?

„Trvala 4,5 měsíce. Dokončil jsem ji řádně ze 3A léčebného stupně a odešel jsem z „červeného křesla“. *)

c) Co se Vám v léčbě dařilo?

„Být trpělivý. To mi nikdy v předešlém životě moc nešlo. Dařilo se mi také dodržovat řád. Z počátku jsem si ani nechtěl připustit, že bych měl dodržovat vše, co tady po mě chtějí. Časem jsem zjistil, že čím víc se v řádu a chodu oddělení vyznám, tím je pro mě dodržování režimu jednodušší.“

d) Co bylo pro Vás naopak v léčbě nejtěžší?

„Poznat, co jsem vlastně za člověka, svou povahu. Když rozebíráte své typické situace a svůj model chování, donutí vás to k přemýšlení.“

*) Rituál, který je zařazen v den odchodu pacienta po řádně ukončené léčbě. Sám pacient, ale i členové komunity a terapeutický tým, má možnost zhodnotit průběh léčby, přístup k ní a změny, které se díky pobytu na oddělení s dotyčným udály. Je zde i prostor na rozloučení se a k nastínění reálných plánů v dalším abstinentském životě.

e) Měl jste chuť léčbu předčasně ukončit?

„To mě ani nenapadlo. Bral jsem to jako jedinou a poslední šanci změnit svůj život k lepšímu, zlepšit své rodinné vztahy, urovnat neshody a spory a hlavně zase zvednout hlavu a nemuset se stydět.“

f) S jakými pocity jste odcházel z léčby?

„Styděl jsem se za své chování před léčbou. Šel jsem s dobrým pocitem, že jsem se v léčbě hodně naučil. Cítil jsem se připravený na řešení svých problémů, ale měl jsem a stále mám respekt ze své nemoci - závislosti.“

4. V čem se změnil Váš život po ukončení léčby?

a) V oblastech uvedených v otázce č. 1

„Velmi dobře spím a rád. Zvládám více nejen tělesné, ale i duševní zátěže.

Nespěchám s pracemi v domácnosti, ale ani neotálím. V rodině mluvíme všichni o všem, plánujeme spolu běžné aktivity, volný čas i dovolenou. Radujeme se společně z malé dcerky.

Velmi dobře znám své schopnosti, uvědomuji si i své chyby, kterých jsem se v minulosti dopouštěl. Mám řádnou pracovní dobu, znám své povinnosti i práva. Víím, co je má zodpovědnost a kam až sahá. Tím se řídím a to dodržuji. S podřízenými i nadřízenými jednám na rovinu, jsem trpělivý při vzájemných rozhovorech a hledám řešení.

Jsem v klidu, nemám strach z toho, co bude. S pocitem vzteku jsem se naučil při léčbě pracovat a myslím, že poznané správně aplikuji. Opět si umím zapamatovat potřebné a soustředím se na to, co právě dělám.“

b) S jakými pocity jste odcházel z léčby, jaká byla Vaše očekávání?

„Jak už jsem řekl, styděl jsem se za své chování před léčbou. Obával jsem se, jak mě přijme žena a děti. Jinak jsem se cítil připravený na následný život. A očekávání? Věděl jsem, že doma se nic nezměnilo a nezmění, ale že jsem jiný já. Uvědomoval jsem si, že mne čeká spousta práce, že znovu musím získat ztracenou důvěru, ne slovy, ale činy.“

c) Co očekávali Vaši bližní po návratu, splnila se jejich očekávání?

„Že už nebudu pít, že se mě nebudou muset bát a nebudou se za mne stydět. Také, že se budu účastnit rodinného dění a ne jak doposud. Jinak nevím. Myslím, že jsem zatím obstál a budu se snažit nezklamat je i dále.“

d) Jak se k Vám chovali lidé v širším okolí?

„Ve městě nikoho moc neznám, tak nevím. A dnes už mi na názoru mého okolí tolik nezáleží. Zdravíme se. Známi na fotbale byli rádi, že jsem se vrátil, respektují mé rozhodnutí, že s nimi nechodím po zápase do hospody. To by bylo příliš velké pokušení.“

e) Setkal jste se s odsouzením okolí či s odtažitým chováním?

„Ne.“

5. Jak dlouho abstinujete? Jak hodnotíte doléčování a jeho formy?

„Abstinuji 1 rok. Vyhovují mi Týdenní opakovací pobyty při abstinenci, méně se mi zamlouvá docházení do AT poradny, ale chápu, že jinak to nejde. Kdybych neměl doporučení z AT, nemohl bych jezdit sem zpět. Při „opakovačkách“ si stále přicházím na nové věci, tedy pokud chci a připustím si ještě další problémy, které mám.“

a) Kolikátá opakovací léčba v abstinenci je Vaše současná?

„Třetí opakovačka a každá je lepší, než ta předchozí.“

b) Máte podporu v rodině při doléčování?

„Ze strany mých synů a manželky ano.“

c) Co Vám přináší opakovací léčby?

„Jak říkám, stále si přicházím na nové věci a pokaždé si v plné míře připomenu svou nemoc, její zákonitosti a vše oslabení s tím související. Poznávám nové lidi, srovnávám sám sebe a své názory, s jejich postoji v různém stupni léčby. Hovořím s nimi, snažím se jim předat svou zkušenost. Vždy si odnáším dobrý pocit, že jsem něco dokázal a utvrzení, že chci v nastoupené cestě pokračovat.“

d) Můžete porovnat období hned po ukončení léčby a nyní?

„Sice jsem věděl, co chci, ale moc jsem nevěděl, jak na to. Obával jsem se, jak budu realizovat to, co jsem si řekl, že dělat budu. Rozložení aktivit hned po ukončení léčby: rodina, zaměstnání, já a můj volný čas. Rozložení nyní: svůj čas mám rozložen tak, že to vyhovuje všem zúčastněným – mě, mé rodině a i v zaměstnání.“

e) Kdo je Vaší největší oporou, v čem je pro Vás tato „opora“ důležitá a jak ji vnímáte?

„Největší oporou je moje rodina (synové, manželka a především naše malá dcerka). Jsem za tuto oporu velmi rád, protože mě ani jeden z mých blízkých nenutí k tomu, abych jim byl za jejich podporu vděčný. Za to je všechny miluju. Poskytují mi oporu i přes to, že já je tolikrát zklamal v éře mého pití. Po léčbě mi to nikdy nevyčetli, jsem šťastný, že mám takovou rodinu a takovýhle život má smysl žít.“

f) Ví Vaše okolí, že jste abstinující alkoholik a léčil jste se?

„Ti, kdo to mají právo vědět, to ví. Také mi je jasné, že lidé z mého okolí o mé léčbě vědí, ať už jsem jim to řekl já, nebo se tuto informaci dozvěděli někde jinde. Nyní už mi nevadí, že vědí. V současné době se nemám za co stydět.“

g) Charakterizujte, co bylo pro Vás v průběhu abstinence nejdůležitější, nastaly u Vás jakési klíčové (zlomové) body?

„Důležité je, že to, co jsem si předsevzal, se mi daří plnit. Někdy nad očekávání lépe, někdy to nejde tak, jak bych chtěl, ale já se naučil být trpělivý. Zlomovým bodem je opětovné získávání důvěry rodiny, hlavně malé dcerky, přátel a kolegů v zaměstnání. To, že mě lidé zase berou a neposuzují mě podle toho, jak jsem se choval před léčbou.“

6. V čem vidíte svůj největší úspěch ve svém abstinentském životě?

„Ve zlepšení mého zdraví, v urovnání vztahů s manželkou, v rozumném rozložení času mezi to, co chci dělat a co dělat nechci, ale je třeba to udělat.“

a) Na co jste nejvíc pyšný?

„Na své zdraví, dobrou fyzickou kondici i v mém věku, na své děti na můj vztah s manželkou.“

b) Která činnost Vás nejvíce naplňuje?

„Společně strávený čas s manželkou, dcerkou i se syny. Doháním to, o co jsem se ošidil a hlavně to, o co jsem upíral své rodině.“

c) Co vidí Vaše rodina jako Váš největší úspěch?

„Že nepiju.“

d) Co byste doporučil svým známým, kdyby se dostali do stejné situace jako Vy před úspěšnou léčbou?

„Já jsem šel na léčení a nestydím se za to. Stydím se za to, že jsem pil a za své chování v opilosti. Pokud by se někdo ocitl ve stejné situaci a chtěl poradit, léčbu mu v každém případě doporučím. Nově získaný, plnohodnotný život za to stojí. Neříkám, že léčba je jednoduchá, někdy se vám zdá k nevydržení náročná, ale i tak, vždy bych řekl ano. Jen lituji, že jsem léčbu nepodstoupil dříve a okradl se tak o kus života, který mohl být stejně krásný, jako jej pociťuji teď.“

Zhodnocení léčby

Pan A.B. byl zpočátku léčby nerozhodný. Nebyl zcela přesvědčen o tom, že mu opakovaná léčba pomůže, když tak úplně nepomohla předchozí. Po první absolvované terapii abstinovat pět let, poté zrecidivoval. Největším problémem v udržení abstinentského života bylo přílišné uspokojení a myšlenka, že opětovně do pití už nemůže „sklouznout“, že má vše pod kontrolou a zvládne občasné napítí se. Při přijetí byl velmi uzavřený, styděl se za své jednání v opilosti a za chování ke svým blízkým. Po počátečních potížích se plně zapojil do terapie a dělal vždy trochu více, než ostatní. I proto se stal předsedou komunity a svou funkci zastával zodpovědně a někdy až příliš pedantsky. Postupně získával důvěru v sebe sama i v ostatní spolupacienty, nebál se s nimi hovořit a otevřeně říci svůj názor, jeho komunikace s okolím se výrazně zlepšila. Nastávaly situace, kdy byl k sobě až přespříliš přísný a bodové sebehodnocení se pohybovalo v horní hranici záporných bodů. Po několika terapeutických intervencích si uvědomil, že nemusí být naprosto „dokonalý“, že jej naopak jeho boj o dokonalost brzdí v samotné léčbě závislosti. V průběhu pobytu jej navštívila manželka s dcerou a on

začal vidět novou možnou budoucnost. V léčbě poznal lidi s podobným osudem, které nyní považuje za své přátele. Tito mu byli největší oporou v období, kdy se mu v terapii nedařilo. Pozitivně hodnotí režimovou léčbu, i když je pro leckoho „tvrdá“. Jemu pomáhalo, že určuje jasná pravidla, vede k zodpovědnosti a učí nést důsledky jednání.

9.7.2 Rozhovor s pacientem č. 2

Pan C.D., narozen v roce 1959. Bydlí na okraji malého města v rodinném domku ve společné domácnosti s manželkou a třemi syny. Vystudoval vysokou školu, celý život pracuje v oboru. K léčbě se rozhodl hlavně kvůli rodině, kdy nechtěl manželku a děti ztratit. Rodinná situace byla velmi napjatá, manželka chtěla podat žádost o rozvod. Nemínila déle snášet pacientovu závislost. V léčbě byl dlouhou dobu velmi uzavřený, neboť mu zapadnutí do nějaké skupiny vždy trvá déle. Také uvažoval o ukončení terapie, neviděl v ní východisko ze své situace. Díky režimově zaměřené léčbě se cítil spíše jako na vojně a to jej zpočátku děsilo. V průběhu léčby byl tlačěn blízkými k ukončení, zejména kvůli těžké finanční situaci v rodině. Vydržel a nelituje toho. Je rád, že zachránil vztah s manželkou a se syny. Řádně ukončil léčbu, dochází do AT poradny, navštěvuje KLUS a pravidelně dojíždí na „opakovačky“.

1. Jaká byla situace v době, kdy jste se rozhodl pro léčbu?

a) V oblasti zdravotní

„Měl jsem zvýšený krevní tlak a vysoký cholesterol. Nemohl jsem spát, pociťoval jsem deprese a neustálý stres.“

b) V rodinném prostředí

„Byl jsem před rozvodem, řešili jsme majetkové rozdělení, lhal jsem, minimálně jsem s manželkou a dětmi komunikoval. Pociťoval jsem sebelítost, sebeobviňování, prostě bylo to peklo pro všechny členy rodiny.“

c) V zaměstnání a oblasti sociální

„Měl jsem nedostatek finančních prostředků, dělal jsem dluhy a hrozila mi i exekuce. Pro okolí jsem byl mrzutý, nekomunikativní, vznětlivý, vzteklý, urážlivý, nesnášenlivý. Lhal jsem i v zaměstnání, začal jsem být nespolehlivý.“

d) V oblasti psychického rozpoložení

„Měl jsem deprese, silný pocit viny, pociťoval jsem bezvýchodnost současné situace. Stále se mi vracely černé myšlenky a neustále jsem se obviňoval. Sebeobviňování bylo

zcela oprávněné, nevěděl jsem, jak dál. Pocit beznaděje mě zcela ovládal.“

2. Proč jste se rozhodl pro léčbu?

a) Co sehrálo hlavní roli?

„Hlavně nátlak rodiny, manželky a synů, moje bezvýchodná situace. Když jsem sehnal dostatek finančního zajištění, aby rodina během mé léčby netrpěla nedostatkem, už jsem byl sám rozhodnut k nástupu na léčbu. Chtěl jsem zachránit vztah s manželkou, dětmi. Chtěl jsem rodině ukázat, že nejsem tak špatný, že se ze „dna“ dokážu zvednout a vše špatné napravit.“

b) Co bylo poslední kapkou?

„Podání žádosti o rozvod, odmítání manželkou, dětmi. Měl jsem pocit pohrdání, nedůvěry, neviděl jsem už žádný smysl života, nevěděl jsem, co dál.“

c) Měl jste problémy se zákonem v souvislosti s pitím?

„Asi díky tomu, že jsem si přiznal svou závislost a díky zrušené životní pojistce a prodeji pozemků jsem splatil nutné dluhy, tak ne.“

d) Chtěl jste svůj život ukončit?

„Jednu chvíli jsem si přál, abych zkolaboval, aby vše skončilo. Ale sám bych si na život nedokázal sáhnout – cítil jsem povinnost a zodpovědnost vůči ženě a dětem, i když mé chování vůbec zodpovědné nebylo.“

3. Jaká byla vaše léčba?

a) Ve kterém roce jste absolvoval léčbu?

„Léčbu jsem absolvoval v roce 2009.“

b) Jak dlouho trvala Vaše léčba?

„Od počátku léčby do mého řádného ukončení léčby uplynulo 5 měsíců.“

c) Co se Vám v léčbě dařilo?

„Stabilizoval jsem se, začal jsem opět rozumně uvažovat, přiznal jsem si plnou vinu. Odpustil jsem sobě i ostatním, skoncoval jsem s nenávisť. Přestal jsem být vnitřně zbabělý, naučil jsem se přijímat kritiku, začal jsem komunikovat, přestal jsem lhát a nalhávat si. Začal jsem se mít rád, občas jsem se i pochválil za své chování a postoj. Opět jsem zakusil pocit „být spokojen“ sám se sebou, mít radost i z maličkostí, vcítit se do druhého člověka, poslouchat druhého a přemýšlet o tom, co říká. V podobném tónu bych mohl pokračovat i dál...“

d) Co bylo pro Vás naopak v léčbě nejtěžší?

„Poznat sám sebe, své „hříchy“ a naučit se s nimi žít. Začít opět komunikovat, opět milovat a mít rád. Najít cestičku k druhým lidem, naučit se „věřit“, změnit přístup k sobě i k životu.“

e) Měl jste chuť léčbu předčasně ukončit?

„Ano, už jsem byl téměř rozhodnut, dokonce i rodina již na mě činila nátlak, hlavně kvůli finanční situaci, která začala být pro rodinu, zejména pro manželku, skoro kritická. Toto období nastalo po třech měsících pobytu na oddělení. K setrvání mě „nakopla“ poje terapeutka a já vydržel. To bylo mé nejlepší rozhodnutí a také bod zlomu, který mě významně posílil.“

f) S jakými pocity jste odcházel z léčby?

„Nejvýraznějším pocitem byla nejistota, obavy, ale chtěl jsem tu situaci po léčbě vyřešit, ať už tak nebo tak. Prostě jsem se chtěl srovnat s minulostí, ať už její dopady budou jakékoliv. Utíkal jsem předtím před problémy dost dlouho. Začít znovu a jinak. Hlavně otevřeně, bez lží a přetvářek.“

4. V čem se změnil Váš život po ukončení léčby?

a) V oblastech uvedených v otázce č. 1

„Můj zdravotní stav se výrazně zlepšil, začal jsem komunikovat s rodinou. Snažím se být férový k sobě i k druhým. Začal jsem být opět živitel rodiny, v rámci svých možností. V Léčbě jsem si změnil žebříček hodnot a materiální potřeby začali být a

jsou u mě jedním z prostředků spokojeného života a ne cílem. Přestal jsem pociťovat stres a deprese, špatné svědomí, sebelítost a z velké části i pocit viny. Nyní jsem spokojený, mám se zase rád. Mohu se dívat ostatním do očí, umím brečet, ale umím se zas radovat a smát se a to i sám sobě.“

b) S jakými pocity jste odcházel z léčby, jaká byla Vaše očekávání?

„Pro jistotu jsem neočekával nic, asi kvůli možnému zklamání. Hlavně jsem se chtěl znovu zapojit do běžného života a začít žít normální, poctivý a plnohodnotný život.“

c) Co očekávali Vaši bližní po návratu, splnila se jejich očekávání?

„Rodina byla určitě nejistá, co bude dál, nedůvěřovali mi, ale mám pocit a vím, že se tento přístup mění. Je to však běh na dlouhou trať. Důležité je, že s tím počítám a jsem vnitřně smířen. Po roce abstinence nemůžu říci, že se jejich očekávání splnila, ale postupně se naplňují.“

d) Jak se k Vám chovali lidé v širším okolí?

„Všelijak. Z přátel se mnohdy stali známí a ze známých se stali přátelé. Někdo mi nedůvěřuje či nevěří, a jestli mě někdo odsoudil, tak je to bohužel jeho problém, můj už ne. V současné době mě už příliš nezajímá, co si o mě ostatní myslí. Pro mě je důležité, co si myslí moje žena a děti. Připouštím i záporné myšlení.“

e) Setkal jste se s odsouzením okolí či s odtažitým chováním?

„Ano, setkal. Je fakt, že jsem na to byl připraven. Také jsem si nic jiného nezasloužil! Lidé mě posuzovali podle toho, jak jsem se choval dříve, před léčbou. Ne že by mě odsouzení ostatních nemrzelo, ale dokážu se s ním vyrovnat a jít dál. Každý má jistě určitý úsek života, na který není zrovna pyšný, ale já mám zatím tu výhodu, že jsem se s ním snažil něco udělat a ve snaze pokračuji stále.“

5. Jak dlouho abstinujete? Jak hodnotíte doléčování a jeho formy?

„Abstinuji déle než rok. Pravidelně docházím do AT poradny, navštěvuji AA a dojíždím na opakovačky. Pro mě je doléčování velmi důležité. Zním několik kolegů z léčby, kteří doléčování podcenili a svůj boj se závislostí zatím prohrávají a začali opět pít. Já se návštěvami v AA a rozhovory s lidmi s podobnými problémy ujišťuji v tom, že

dělám dobře. A stále vzrůstající spokojenost v rodině mě v tom jen utvrzuje. To, co jsem měl možnost znovu získat, nechci už nikdy ztratit.“

a) Kolikátá opakovací léčba v abstinenci je Vaše současná?

„Je to můj třetí Týdenní pobyt při abstinenci. Doufám, že jich zde v průběhu mého abstinentského života prožiju ještě mnoho. Vracím se sem rád.“

b) Máte podporu v rodině při doléčování?

„Mám plnou podporu. Manželka se vyptává na každou mou doléčovací aktivitu. V létě uspořádal jeden z bývalých spolupacientů setkání a moje žena jela na tento sraz se mnou. Účastnila se všech aktivit, hovořila s ostatními a byla velkým přínosem pro naši skupinku.“

c) Co Vám přináší opakovací léčby?

„To, co potřebuju, jistotu, důvěru v sebe, spokojenost se sebou samým, vnitřní klid a přesvědčení, že cesta, kterou jsem nastoupil je ta správná.“

d) Můžete porovnat období hned po ukončení léčby a nyní?

„Tohle by bylo spíše na posouzení mé rodiny. Já můžu říci, že se každým dnem cítím jistější a spokojenější, ale jinak se nic moc nezměnilo. Stále na sobě pracuji, buduji důvěru, užívám si života v rodině. Samozřejmě, že se vyskytnou i problémy, ale jsem schopen je řešit s chladnou hlavou a s podporou ženy a přátel.“

e) Kdo je Vaší největší oporou, v čem je pro Vás tato „opora“ důležitá a jak ji vnímáte?

„Jak jsem již několikrát řekl: moje žena a děti a také Bůh. V léčbě jsem se k němu zase vrátil a myslím že „duchovno“ je velmi důležitou součástí mého současného života.“

f) Ví Vaše okolí, že jste abstinující alkoholik a léčil jste se?

„Ano, ví. Tímhle se netajím. Navíc na malém městě se nikdy nic dlouho neudrží pod pokličkou.“

g) Charakterizujte, co bylo pro Vás v průběhu abstinence nejdůležitější, nastaly u Vás jakési klíčové (zlomové) body?

„Můj život v abstinenci žiju tak, jak jsem se na něj připravoval v léčbě. Žádné velké zlomy nenastaly. Myslím, že se naplnila má očekávání a jsem tomu rád.“

6. V čem vidíte svůj největší úspěch ve svém abstinentském životě?

„To že opět ovládám svůj život, své postoje, myšlení a chtění. To, že se za sebe nemusím stydět, že se zas můžu lidem zpřímá dívat do očí, nelžu, nepodvádím, umím se potížit stavět čelem.“

a) Na co jste nejvíc pyšný?

„Na sebe, na to že abstinuji. Ale pyšný není to správné slovo.“

b) Která činnost Vás nejvíce naplňuje?

„Komunikace s rodinou, ale i s ostatními lidmi. Hlavně však „žití svého života“. To že jej ovládám já, že se nenechám smýkat závislostí. Prostě vím, co chci a tak se i snažím žít.“

c) Co vidí Vaše rodina jako Váš největší úspěch?

„Mou abstinenci. Dále pak klid, pohodu, vstřícnost a hlavně komunikaci, která před léčbou prakticky mezi námi nefungovala. To, že jsme společně naši rodinu „zachránili“ a na záchraně stále pracujeme. Boj se závislostí nás všechny stmelil a semkl.“

d) Co byste doporučil svým známým, kdyby se dostali do stejné situace jako Vy před úspěšnou léčbou?

„Nastoupit léčbu, nevzdávat se, být na sebe tvrdý a spravedlivý. Nedávat vinu jiným, ale uvědomit si jí sám. Přiznat si své chyby a odpustit sobě i druhým, mít rád a mít se rád, opětovat city. Rozhodnout se pro léčbu co nejdříve, protože jinak život jen proklouzává mezi prsty a člověk svým chováním jenom ubližuje těm, které by měl nejvíc milovat a chránit.“

Zhodnocení léčby

Pacient byl hospitalizován poprvé, nikdy předtím se neléčil. Při přijetí byl velmi uzavřený, s terapeutickým týmem komunikoval minimálně. Také v komunitě pacientů měl pro svou málomluvnost a uzavřenost zpočátku potíže. Postupem času přivykl psychoterapeutickým skupinám a jeho komunikace se výrazně zlepšila. Stal se také členem spolusprávy, kdy v jeho působnosti bylo kulturní vyžití pacientů a plnohodnotné využívání volného času. Vzhledem k jeho rozvaze a přístupu si jej oblíbili mladší pacienti, kteří v něm viděli otce, jenž často v jejich dosavadní rodině, chyběl. V této roli se „našel“ i díky tomu, že sám má doma tři syny, se kterými měl před vznikem své závislosti velmi pěkné vztahy. Díky pravidelnému režimu a dodržování diety došlo ke znatelnému zlepšení jeho zdravotních obtíží. Podstoupil i rodinou terapii, díky které měl možnost vyjasnění nedorozumění s manželkou za přítomnosti zkušeného terapeuta. Několikrát uvažoval o přerušení léčby, hlavně díky nepříznivé finanční situaci v rodině. V této fázi mu nejvíce pomáhali rozhovory s terapeutem a s patronkou – sestřičkou, která jej měla na starost a podporovala ho v léčbě a v setrvání na oddělení. S postupem času nikdy nelitoval, že vydržel a léčbu dokončil.

9.7.3 Rozhovor s pacientem č. 3

Pan E.F., narozen v roce 1967. Je ženatý, má malého synka. Ve společné domácnosti žije s manželkou, synem a s dvěma dcerami z prvního manželství své ženy. Žije v bytě ve větším městě, vystudoval střední školu. Vystřídal během života několik zaměstnání, pracoval i jako státní zaměstnanec. Problémy s alkoholem měl poslední 3 roky. Zpočátku dokázal pití ovládat, později se stal závislým a začaly velké problémy v rodinném životě. Manželka jej po dobu léčby podporovala a velkou oporu v ní má pán stále. O rozchodu žena nikdy neuvažovala, spíše na něj pomýšlel on. Uvědomoval si, jak svým blízkým ubližuje, nedokázal však přestat pít. Problémy chtěl vyřešit sebevraždou, kterou si při svých „toulkách“ promýšlel. Nikdy neměl odvalu dotáhnout věc do konce a sebevraždou uskutečnit. V současné době je rád, že se k ní neodhodlal. V léčbě byl od počátku velmi důsledný, vyžadoval po sobě maximum a byl „vzorem“ ostatním pacientům. Někteří se však nedokázali s jeho „téměř dokonalostí“ v léčbě vypořádat a vyčítali mu zapálení pro věc. Ještě poměrně dlouho v průběhu léčby byl přesvědčen, že se ke své rodině nemůže vrátit, že jim nemůže dále ubližovat. Poté napsal dopis, kde manželce vše vysvětlil. Dopis byl spouštěčem k lepší komunikaci a následné rodinné terapii. Po řádně ukončené léčbě odešel domů, kde má v ženě velkou oporu. Dochází do AT poradny a pravidelně jezdí na „opakovačky“. KLUS ani AA nenavštěvuje, tato forma doléčování mu nevyhovuje. O svých problémech raději hovoří se svou paní, či zavolá terapeutovi do místa, kde probíhala léčba.

1. Jaká byla situace v době, kdy jste se rozhodl pro léčbu?

a) V oblasti zdravotní

„Po fyzické stránce jsem byl vyčerpaný, měl jsem silné abstinenční příznaky. Ráno jsem se chtěl napít piva „na spravení“, jenže jakmile jsem k němu čichnul, začal jsem zvracet. Takhle mi bylo snad jen na začátku mého pití, kdy jsem jednou vypil větší množství kořalky. Okamžitě jsem se začal příšerně potit. Potom se střídaly pocity horka a zimnice. Nevím, jak jsem vydržel devět hodin cesty vlakem, když jsem měl vystupovat, třásl jsem se úplně po celém těle a hned za nádražím jsem začal opět zvracet. Minimálně tři noci jsem vůbec nespál, hrozně jsem se potil a pak zase třásl zimou. Snažil jsem se napít čaje, bylo mi i po něm opět zle.“

b) V rodinném prostředí

„Domovu jsem se vyhýbal. Chodil jsem se umýt a vzít si čisté věci tehdy, když doma nikdo nebyl. Jednou byla doma žena i děti, viděli, že jsem na mol. Dostal jsem facku a chtěl ji vrátit. Rozbil jsem aspoň dveře. I přes značně podroušený stav mi došlo, co jsem udělal, styděl jsem se. Sebral jsem si své věci a odjel. Asi měsíc o mně nic nevěděl vůbec nikdo. Toulal jsem se. Byl jsem rozhodnutý, že se domů nikdy nevrátím. Zametal jsem za sebou stopy, smazal jsem veškerá data v počítači, odevzdal řidičský průkaz s tím, že už ho nebudu potřebovat, nebral jsem telefony, chtěl jsem svůj život ukončit.“

c) V zaměstnání a oblasti sociální

„V oblasti sociální jsem si přišel být bez problémů. Peníze jsem měl na jídlo i na pití. „Čundroval“ jsem, spával jsem po lesích, po vagonech. Když jsem se dostal do vesnice, na nádraží jsem se v umývárně kloudně umyl, přepral si pár věcí, nakoupil a šel dál. Pomáhali mi cizí lidé, už jen tím, že jsem je potkal a mohl jsem s nimi o čemkoliv mluvit. Byl jsem pro ně cizí, mluvili spíše oni o svém životě, věděl jsem, že jak se rozloučíme, hledat mě nebudou.“

Než jsem utekl z domu, do práce jsem chodil, až na pár posledních dní, kdy jsem si zavolal o dovolenou, řádně. Potom jsem se rozhodl, že než přijít do práce opilý, to že tam raději nepůjdu vůbec a už jsem se nevrátil. Když jsem jim asi po měsíci zavolal, řekli mi, že jsem propuštěn. V té době mi to vůbec nevadilo, v zaměstnání se mi nelíbilo, jen jsem nikdy nenašel dost odvahy, abych sám ukončil pracovní poměr, takhle se mé dilema vyřešilo.“

d) V oblasti psychického rozpoložení

„Psychicky to bylo ještě horší. Blízkým a příbuzným jsem vůbec nechtěl jít na oči, styděl jsem se. Nevěděl jsem kudy kam, uvažoval jsem o sebevraždě. Koupil jsem si lano, toulal se po odlehlých lesích, jako ideální se mi jevila i varianta skočit do močálu – bez mobilu, dokladů, se vším, co mám u sebe, aby po mě nic nezbylo, aby mě to co nejrychleji zatáhlo dolů a nikdy nepustilo zpět.“

2. Proč jste se rozhodl pro léčbu?

a) Co sehrálo hlavní roli?

„Začalo mi být „hrozně“ špatně, zvracel jsem a rozhodl se pro návrat. Ne domů, ale ke známým, na čas, než se dám trochu dohromady. Cestou jsem začal uvažovat o léčbě, jako o jediné možnosti, jak zůstat naživu.“

b) Co bylo poslední kapkou?

„Byla to tzv. „kapka štěstí“. Po měsíci jsem zapnul mobil a našel SMS, co prý se mnou je. Zavola jsem zpět. Zavola jsem i na PL. Požádal jsem o pomoc a o umožnění léčby, protože jinak „chcípnu“. Za 20 minut mě přijímali na „detox“ na psychiatrickém oddělení.“

c) Měl jste problémy se zákonem v souvislosti s pitím?

„Kromě toho, že jsem přestal chodit do práce a propustili mě, tak žádné.“

d) Chtěl jste svůj život ukončit?

„Ano, myšlenky na sebevraždu jsem měl, o provedení sebevraždy jsem se nikdy nepokusil. Ostatní jsem již popsal v otázce č.1 d.“

3. Jaká byla vaše léčba?

a) Ve kterém roce jste absolvoval léčbu?

„V roce 2009 – 2010.“

b) Jak dlouho trvala Vaše léčba?

„Nastoupil jsem na „detox“ na psychiatrické oddělení v blízkosti mého bydliště v srpnu předloňského roku. Po 14 dnech detoxifikace jsem přešel do druhé léčebny a rovnou nastoupil léčbu, která trvala 5 měsíců, tedy do ledna roku následujícího.“

c) Co se Vám v léčbě dařilo?

„Dařilo se mi hned od začátku téměř vše, neměl jsem žádné problémy, cítil jsem se výborně. Nastoupil jsem dobrovolně, na nic jsem si nestěžoval. Navíc z mého

původního povolání jsem byl na režim zvyklý a vždy jsem podřídil požadavkům léčby. Zde jsem si uvědomoval, že vše co dělám, je jediná cesta a šance pro další život a sejít z ní se rovná smrt. Zlom nastal hlavně po postupu do druhého léčebného stupně.“

d) Co bylo pro Vás naopak v léčbě nejtěžší?

„Z postupu do druhého léčebného stupně jsem vůbec neměl radost a dlouho ani nepřicházela. Už jsem nebyl jenom já, byli tu blízcí, rodina a vztahy s nimi. Při postupu jsem popsal jednu svou typickou situaci na vztahu v rodině. Došlo mi, jak jsem se choval, neustále jsem měl před očima poslední dny před léčbou. Říkal jsem si, že i když léčbu zvládnou, domů se vrátit nemohu – za prvé to nezvládnou, nedokážu to být jiný, za druhé – vždyť to ani po nich nemohu chtít. Teď jsem si sáhnul na dno, uvědomil jsem si, jak jsem „hnusnej“ a i když jsem si všechny povinnosti v léčbě plnil, nenacházel jsem východisko.“

e) Měl jste chuť léčbu předčasně ukončit?

„Ano, měl. Bylo to v době, kdy jsem byl ve výše popsané situaci a do toho mi byla přidělena funkce ve spolusprávě – předseda komunity. To byla poslední kapka. Funkci? Ne, nikdy! Nakonec jsem si řekl, že chci-li zůstat naživu, musím dokončit léčbu, takže i s obrovským naštváním a odporem k funkcím, jsem předsedoval a významně se spolupodílel na chodu oddělení. Vnitřně jsem byl proti, přesto jsem si všechny povinnosti, své vlastní i předsednické, plnil.“

f) S jakými pocity jste odcházel z léčby?

„S vynikajícími ve všech ohledech. Vztah k sobě – začal jsem si sebe opět vážit, dokázal jsem to dotáhnout do konce. Vztah k rodině – obnovili jsme původní pěkné vztahy, máme společné plány do dalšího života. Zdraví – cítil jsem se naprosto v pořádku. Nové hodnoty – sehnal jsem si novou práci, zvládnul jsem funkci. Vrátil jsem se zpátky ke svým koníčkům – focení, sportu i k pěšímu cestování. Jistý problém jsem viděl ve vztahu k rodičům, jenže tam už to zřejmě lepší nikdy nebude, musím se s tím smířit a naučit se to zvládat.“

4. V čem se změnil Váš život po ukončení léčby?

a) V oblastech uvedených v otázce č. 1

„Cítím se stejně dobře jako v dobách, kdy jsem pil jen málo, srovnal se mi spánek,

který byl dříve narušen dvanáctihodinovým turnusem prokládaným silnou spotřebou alkoholu.

V rodině jsme k sobě našli opět cestu. Celkové urovnání všech vztahů chtělo ještě více času. Důležité bylo to, že jsme chtěli být spolu a to byl obrat o 180°.

V průběhu léčby jsem jel na přijímací pohovor, uspěl jsem a získal tak nové zaměstnání. Více si věřím i při práci s jinými lidmi. Ve funkci předsedy jsem si ověřil, že se takové práce nemusím bát a že ji zvládnou.

V oblasti psychiky – více si věřím, vážím si sám sebe. Dokázal jsem dojít pomalu a postupně i ke vzdálenějšímu cíli. Poznal jsem, že i větších cílů se nemusím bát, stačí si stanovit kdy, co a jak a hlavně mít na mysli: „Chceš to – tak si nestěžuj a jdi!“

b) S jakými pocity jste odcházel z léčby, jaká byla Vaše očekávání?

„Byl jsem šťastný, že jsem dokázal v léčbě dojít až úplně do konce – do Červeného křesla, a že jsem se mohl vrátit zpátky k rodině. Měl jsem trochu strach, protože si jsem vědom, že „nebezpečí a nástrahy“ jsou všudypřítomné a nebude jednoduché jim čelit. Musel jsem se je naučit zvládat a nebát se říci si o pomoc.“

c) Co očekávali Vaši bližní po návratu, splnila se jejich očekávání?

„Očekávali to, že se alkoholu už ani nedotknu. Myslím si, že měli také určité obavy, jak to s námi bude dále, zda jsem se opravdu změnil a jestli se k nim budu chovat lépe, než v období, kdy jsem pil.“

d) Jak se k Vám chovali lidé v širším okolí?

„Chovají se ke mně slušně. Vedení v novém zaměstnání o mé prodělané léčbě vědělo, spolupracovníci nikoliv, takže jejich přístup ke mně byl normální, jako u všech ostatních. A jestli mě odsuzovali jiní lidé, to jsem neřešil a neřeším. Je důležité, co je teď a ne to co bylo.“

e) Setkal jste se s odsouzením okolí či s odtažitým chováním?

„Zatím nesetkal. Rodina je při mně, pomáhá mi a fandí mi. Moji nejbližší přátelé vědí, že jsem se léčil se závislostí na alkoholu a byli ochotni mi kdykoliv pomoci.“

5. Jak dlouho abstinujete? Jak hodnotíte doléčování a jeho formy?

„Abstinuji rok a půl. Myslím si, že doléčování je velmi důležité. Vždy, když člověka přepadne splín a začne pochybovat, při setkání se stejně, nebo podobně nemocnými lidmi poznává, že v tom není sám a že se dá spoustu věcí a problémů vyřešit. A se střízlivým mozkiem se vše řeší lépe a snadněji.“

a) Kolikátá opakovací léčba v abstinenci je Vaše současná?

„Je to má pátá opakovací léčba.“

b) Máte podporu v rodině při doléčování?

„Ano, na ženu se mohu stoprocentně spolehnout, na blízké rodinné příslušníky, sourozence, rodiče, také.“

c) Co Vám přináší opakovací léčby?

„Návratem do prostředí mezi ostatní závislé, kteří se úspěšně léčí, si připomínám, že moje léčba neustále probíhá a nikdy neskončí. Připomínám si svojí vlastní léčbu, získávám další názory na chování v závislosti, znovu si uvědomím, co jsem se v léčbě naučil, vše si takzvaně „oživím“. Léčba se dostane „opět do popředí mysli“. Také bych mohl říci, že si sem jedu „dobít baterky“.“

d) Můžete porovnat období hned po ukončení léčby a nyní?

„Na začátku jsem se soustředil jenom na sebe a alkohol, říkal jsem si, že dokud si vše neujasním, nemohu řešit vztahy s jinými lidmi. Taky jsem byl přesvědčen, že se k rodině nikdy nevrátím, že to po nich nemohu ani požadovat a že návrat k nim ani nezvládnou. Dnes se těším po týdnu domů na všechny, kteří tam na mě čekají. Ohromně se mi rozšířil pohled na lidi v mém okolí, více je vnímám, více jim důvěřuji.“

e) Kdo je Vaší největší oporou, v čem je pro Vás tato „opora“ důležitá a jak ji vnímáte?

„Žena, naprosto jednoznačně. Zvládla vše po dobu mé nepřítomnosti a ještě mě dokázala povzbudit a podržet. Dokázala doma vytvořit podmínky pro všechny ostatní, aby můj návrat, pokud možno, nedoprovázely velké problémy – např. hádky, neshody a podobně. Snažila se vžít do mé situace a do mých potíží, přijížděla na rodinné

pohovory. Vždy byla ochotná mě vyslechnout a podat pomocnou ruku, přišlo-li „bažení“. Také se zajímá, jak mi může nápomocná, je pro ni samozřejmé, že bude mít „suchou domácnost“. Nedokážu si teď na vše vzpomenout, v čem mi je oporou. Mám ji moc rád, miluji ji a moc si jí vážím.“

f) Ví Vaše okolí, že jste abstinující alkoholik a léčil jste se?

„Nejbližší okolí ano, v novém zaměstnání vedoucí pracovníci také. Jinak nevím, ale předpokládám, že to lidé vědí. Já se jich neptám a málokdo má odvahu se zeptat s očí do očí.“

g) Charakterizujte, co bylo pro Vás v průběhu abstinence nejdůležitější, nastaly u Vás jakési klíčové (zlomové) body?

„Klíčový byl postup do druhého léčebného stupně, kdy jsem si uvědomil, jak jsem se choval k nejbližším a dlouho jsem nenacházel východisko, jak jít dále. Přípravou na test pro postup do třetího léčebného stupně jsem si začal uvědomovat, co mohu udělat, co mohu udělat, abych se napravil. Toto byl odraz ode dna.“

6. V čem vidíte svůj největší úspěch ve svém abstinentském životě?

„Na opětovném získání rodiny, jejich lásky a rodinného zázemí.“

a) Na co jste nejvíc pyšný?

„Že jsem dokončil léčbu, že jsem se mohl navrátit k rodině, že jsem si už v průběhu léčby sehnal nové zaměstnání. Že si znovu věřím a vážím si sám sebe.“

b) Která činnost Vás nejvíce naplňuje?

„Společný život s mojí rodinou, jsou to moji nejdražší a spolu si užíváme nejvíc. A potom poznávání všeho kolem – lidí, krajiny, vzájemné působení jednoho na druhé, všech zákonitostí života a přírody.“

c) Co vidí Vaše rodina jako Váš největší úspěch?

„V první řadě rozhodnutí jít se léčit. V druhé – přiznání si vlastních chyb a jednání pod vlivem alkoholu. Dále mou snahu o nápravu a snahu o trvalou abstinenci.“

d) Co byste doporučil svým známým, kdyby se dostali do stejné situace jako Vy před úspěšnou léčbou?

„Rozhodně bych jim doporučil komplexní léčbu s tím, že nejprve vyhledají terapeuta a s ním budou konzultovat další kroky. Také si myslím, že nemá smysl léčba krátkodobá. Šest týdnů uběhne jako voda a věřte, že než si na něco přijdete a uvědomíte si, co jste dělal špatně, chvíli trvá. Z mé léčby neznám člověka, který odešel do šesti týdnů a dále by abstinovat.“

Zhodnocení léčby

Už od počátku léčby pacient vynikal nad ostatními hospitalizovanými. Věděl naprosto přesně, že chce léčbu prodělat a úspěšně ukončit. Svěřené úkoly plnil svědomitě, s časovým předstihem a vždy perfektně. Díky svému přístupu k terapii nebyl u ostatních oblíbený. Většina pacientů brala jeho zapálení pro léčbu, jako něco nenormálního a přišlo jim, že se svým jednáním příliš vyvyšuje. Nejednou mu jeho chování na společných komunitách vyčítali a nechtěli uznat, že to co dělá, dělá správně. Po dvou měsících se stal předsedou komunity a tuto funkci vykonával svědomitě i přes to, že má k funkcím a autoritám určité výhrady. V průběhu léčby se rozhodl urovnat rodinné vztahy, napsal manželce a omluvil se za své chování v opilosti. Také nastínil, proč tomu tak bylo. Tímto prvním krokem se velmi zlepšila komunikace se ženou, která jej přes všechny potíže stále podporovala. Při vycházkách si aktivně hledal nové zaměstnání a to se mu i podařilo. Z léčby odcházel plný očekávání a cítil plnou připravenost pro nadcházející život.

9.7.4 Rozhovor s pacientem č. 4

Pan G.H., narozen v roce 1965. Je rozvedený, žije na malé vsi ve společné domácnosti s matkou a synem, který studuje na střední škole. S manželkou se rozvedl před několika lety, důvodem bylo jeho nadměrné pití alkoholu a následná nespolehlivost. Léčbu měl nařízenou soudně za řízení auta v opilosti a za napadení matky. Na „detoxu“ se rozhodl plně se zapojit do léčby. Vyučil se ve Středním odborném učilišti, za život dělal různá zaměstnání. Často byl z práce propuštěn, většinou to bylo z důvodu požívání alkoholu na pracovišti, neplnění si daných úkolů, nespolehlivost a porušování pracovní kázně. Vztahy v rodině byly velmi dramatické, svým chováním narušil rodinnou soudržnost, často vyvolával hádky, nebo se rodina hádala kvůli němu. Po úspěšně ukončené léčbě a po soudním propuštění domů si našel zaměstnání. Výrazně se zlepšily rodinné vztahy, našel si cestu k synovi, částečně mu odpustili i další členové rodiny, i když mu ještě plně nedůvěřují. Nyní pravidelně dochází do AT poradny, což je i podmínkou k tomu, aby mohl jezdit na „Opakovací léčbu při abstinenci“.

1. Jaká byla situace v době, kdy jste se rozhodl pro léčbu?

„Byl jsem zde na soudem nařízené léčbě a na oddělení, kde jsem prodělával detoxifikační léčbu jsem se rozhodl se sebou něco udělat. Sám bych na léčbu určitě nenastoupil, žil jsem ze dne na den, všechno jsem házel za hlavu a v podstatě mi to tak vyhovovalo.“

a) V oblasti zdravotní

„Měl jsem velké deprese, na celý svět jsem se díval černě. Fyzicky mě nic netrápilo, když jsem se opil. Jak jsem vystřízlivěl, začaly bolesti hlavy, zvracení, celková bolest a únava celého těla. K lékařům jsem nechodil, nestaral jsem se o svůj zdravotní stav. Věděl jsem, že jakmile se napiju, všechno přejde a bude mi „dobře“.“

b) V rodinném prostředí

„Veškeré rodinné vztahy vzaly za své, byly velice neutěšené. Nakonec jsem fyzicky napadl matku, také jsem byl na ní sprostý a nadával jí. I se známými jsem měl konflikty. Sestra se mnou nemluvila, nechtěla mě znát, úplně mě vyškrtla ze svého života. Nejvíce

mé nevhodné chování odnášela bývalá manželka, říká, že si dodnes nese psychické následky našeho vztahu. Syn se mě zprvu bál, pak se začal stavět na stranu slabších, takže proti mně. Byl jsem vyvrhel a všem jsem ublížil hodně, rodinu jsem úplně rozvrátil. Také jsem nedokázal navázat solidní vztah se ženami.“

c) V zaměstnání a oblasti sociální

„Mé chování bylo naprosto asociální a nepolepšitelné. Opakovaně jsem řídil pod vlivem alkoholu. Zadržen Policií jsem byl třikrát. Podvakerát jsem dostal odpracovat 200 hodin veřejně prospěšných prací, potřetí mě soud odsoudil na 14 měsíců s podmínkou na tři roky. Nakonec jsem se do výkonu trestu stejně dostal, svou roli zde sehrálo napadení matky. Následně mi bylo nařízeno soudně Ochranné protialkoholní léčení.

Ze zaměstnání mě třikrát vyhodili kvůli konzumaci alkoholu na pracovišti, hrubé porušení pracovní kázně a nespolehlivost. V té době mi bylo úplně jedno, kde dělám, hlavně že jsem sehnal nějaké peníze na alkohol a mohl všechn splín utopit.“

d) V oblasti psychického rozpoložení

„Jak už jsem řekl, trpěl jsem depresemi. Měl jsem velké výčitky svědomí, kterých jsem se snažil zbavit opětovným pitím. Kdysi jsem býval veselý a optimisticky naladěný, v období před léčbou u mě převládal pesimistický přístup k životu. Více jsem zapomínal, nedokázal si spoustu věcí vybavit, měl jsem „okna“. Nové věci mě nezajímaly, nezajímalo mě vlastně nic.“

2. Proč jste se rozhodl pro léčbu?

a) Co sehrálo hlavní roli?

„Jak už jsem řekl, léčbu jsem měl nařízenou soudně, sám bych se k ní neodhodlal. Až když jsem na oddělení poslouchal osudy různých pacientů, začal jsem o léčbě přemýšlet jako o šanci na jiný život.“

b) Co bylo poslední kapkou?

„Napadení mé máti.“

c) Měl jste problémy se zákonem v souvislosti s pitím?

„Ano měl, Už jsem uváděl, že jsem opakovaně řídil v opilosti a třikrát jsem byl zadržen policisty. Dvakrát jsem dostal veřejně prospěšné práce po 200 hodinách, potřetí jsem byl odsouzen na 14 měsíců s podmínkou na 3 roky. V době podmínky jsem v opilosti napadl matku a šel jsem „sedět“ a přidali mi ještě následnou Ochrannou protialkoholní léčbu.“

d) Chtěl jste svůj život ukončit?

„Ne, to mě nikdy ani nenapadlo.“

3. Jaká byla vaše léčba?

a) Ve kterém roce jste absolvoval léčbu?

„Na léčbu jsem nastoupil po detoxikaci v květnu roku 2009. Ukončil jsem ji řádně ze třetího léčebného stupně. Musel jsem počkat na vyjádření soudu. Soud se konal v listopadu roku 2009 a hned ten den jsem byl propuštěn domů.“

b) Jak dlouho trvala Vaše léčba?

„Léčba mi trvala šest měsíců.“

c) Co se Vám v léčbě dařilo?

„Prakticky všechno. Zpočátku jsem byl velmi rozpačitý z režimu na oddělení a z bodovacího systému. Pak jsem si řekl, že je to jak na vojně a tu jsem také přežil. Přizpůsobil jsem se chodu oddělení a po čase mi pravidelný režim začal vyhovovat. Věděl jsem, co musím, co můžu a co ne. Byla jasně daná pravidla pro všechny. Každý se musel poprat sám v sobě a výjimkou jsem nebyl ani já.“

d) Co bylo pro Vás naopak v léčbě nejtěžší?

„Nejtěžší byl postup do druhého léčebného stupně. Musel jsem si ujasnit své typické situace. Není jednoduché si sáhnout do svědomí a vše vytáhnout na světlo. Ale je fakt, že se mi po tom velice ulevilo. Navíc po postupu do „dvojky“ získáváte určité výhody:

můžete chodit na vycházky sám, můžete používat mobil, prostě máte větší volnost. Je to taková „odměna“ za vykonanou práci na sobě. Byl jsem na sebe pyšný.“

e) Měl jste chuť léčbu předčasně ukončit?

„Ne, neměl. A ani jsem nemohl. Myslím, že jsem léčbu zvládnul v dobrém časovém údobí. „Ochranka“ může trvat až dva roky a já byl za půl roku hotov.“

f) S jakými pocity jste odcházel z léčby?

„Byl jsem velice „nabuzený“, motivovaný k abstinenci a zatím se mi daří.“

4. V čem se změnil Váš život po ukončení léčby?

a) V oblastech uvedených v otázce č. 1

„Ve všech ohledech. Kromě bolesti zad jsem prakticky zdrav. Vrátila se mi má dřívější dobrá nálada, zase jsem optimistický a čekám, co nového mi život přinese. Deprese zmizela společně s alkoholem. Stále se však stydím za mě předchozí chování a snažím se to svým blízkým vynahradiť. Zlepšily se i vztahy v rodině. Matka mi odpustila, syn se mnou komunikuje a už i setra se mnou občas promluví. Jistá nedůvěra však doma panuje stále, nemůžu se divit, že mají obavy z mého návratu k „chllastu“.

Našel jsem si práci, se spolupracovníky vycházím dobře, neutrhnu se na ně, nenadávám jim jako dříve jiným. „Sekám latinu“, věnuju se synovi, pracem v domácnosti, kolem chalupy a zahrady.“

b) S jakými pocity jste odcházel z léčby, jaká byla Vaše očekávání?

„Trochu s obavami, nevěděl jsem, jak budu přijat doma, v okruhu známých a kamarádů, v novém zaměstnání. Zatím jsem se setkal s pozitivním přijetím u všech, u některých lidí ale stále panuje jistá nedůvěra a obavy.“

c) Co očekávali Vaši bližní po návratu, splnila se jejich očekávání?

„Rodina očekávala především změnu v mém chování a přístupu k nim vůbec. Doufám, že jsem jejich očekávání splnil a stále plním. Dále čekali, že už nebudu pít, že

budu plně abstinovat. Matka očekávala především pomoc v domácnosti. Ať už pracovní, tak finanční. Snažím se, co můžu, ale vím, že se stejně bojím, abych abstinenci neporušil a nevrátil se k předchozímu životu.“

d) Jak se k Vám chovali lidé v širším okolí?

„Rekce lidí mě velmi překvapila a to jak ve smyslu kladném, tak i záporném. Někteří „kamarádi“ se ode mě odvrátili a odsuzují mě za mé předchozí činy, nevěří mi. Od jiných, od kterých bych to ani nečekal, cítím vstřícnost a ocenění mé snahy. Tito mě velmi překvapili, jak mi fandí.“

e) Setkal jste se s odsouzením okolí či s odtažitým chováním?

„Setkal. Je pár jedinců, kteří mě odsuzují, ale ti by sami potřebovali projít protialkoholní léčbou a změnit svůj náhled na život.“

5. Jak dlouho abstinujete? Jak hodnotíte doléčování a jeho formy?

„Abstinuji rok a tři měsíce. Dojíždím sem na „opakovačky“ a vždy si připomenu, jaké to bylo být zde. A když se už hodně „vznáším“, zase mě pobyt usadí na pevnou zem. I nyní si uvědomuji stále nové věci, nové možnosti. Přejímám též zkušenosti ostatních nejen terapeutů, ale i spolupacientů. Docházím pravidelně do AT poradny.“

a) Kolikátá opakovací léčba v abstinenci je Vaše současná?

„Je to moje čtvrtá opakovací léčba.“

b) Máte podporu v rodině při doléčování?

„Ano, plnou podporu.“

c) Co Vám přináší opakovací léčby?

„Opětovné zesílení motivace, kontakt se stejně „postiženými“ lidmi.“

d) Můžete porovnat období hned po ukončení léčby a nyní?

„Po ukončení léčby jsem byl málomluvný a myslel jsem si, že se všechno snadno vyřeší, myslím tím hlavně syny, možnou komunikaci s nimi, což se mi se všemi moc nedaří. Hovornější jsem určitě. Určité věci se lepší, více si věřím, i když vím, že nesmím usnout na vavřínech. Stouplo mi sebevědomí. To, že jsem dokázal abstinovat dál i přes to, že mi nikdo příliš nevěřil, je mým zadostiučiněním. Za dobu, co jsem doma, jsem ještě v hospodě nebyl. Ne, že bych si nevěřil, ale jistota je jistota. Nebudu se zbytečně „pokoušet“.“

e) Kdo je Vaší největší oporou, v čem je pro Vás tato „opora“ důležitá a jak ji vnímáte?

„Když se cítím špatně, osaměle, zavolám si s bývalými pacienty, či je po domluvě navštívím a vypovídám se. Kdo mě lépe pochopí než ten, kdo stálý boj se závislostí prožívá. Také mě těší zájem mých synů, matky, sestry a ostatních přátel. Oporou je i má paní doktorka v AT poradně.“

f) Ví Vaše okolí, že jste abstinující alkoholik a léčil jste se?

„Ano, ví. Na vsi se vše rozkřikne. Navíc to, jak se choval před léčbou, se nedá zatajit. Mnozí jenom uvítali, že jsem musel odejít do vězení a do následné „ochranky“ a všichni ode mě a mých výstupů měli klid.“

g) Charakterizujte, co bylo pro Vás v průběhu abstinence nejdůležitější, nastaly u Vás jakési klíčové (zlomové) body?

„Pro mě je klíčovým bodem každý den, který prožiju plnohodnotně, slušně a hlavně bez alkoholu. A nejdůležitější? Důležité je chovat se tak, abych se za sebe a své jednání nemusel stydět, a aby se za mě nemuseli už nikdy stydět moji blízcí.“

5. V čem vidíte svůj největší úspěch ve svém abstinentském životě?

„Že se zase můžu lidem dívat zpříma do očí a chovám se jako slušný člověk.“

a) Na co jste nejvíc pyšný?

„Pyšný jsem na svojí abstinenci, na každý den bez alkoholu. Na to, že se nechovám jako „lump“ s násilnickými sklony. To, že se dokážu ovládat, že mám zase chuť do života.“

b) Která činnost Vás nejvíce naplňuje?

„V současné době moje koníčky, rozhovor se synem, hra na kytaru, moje řemeslo - práce, kterou zase rád dělám.“

c) Co vidí Vaše rodina jako Váš největší úspěch?

„To nevím. Myslím si, že je i pro ně důležitá moje abstinence.“

d) Co byste doporučil svým známým, kdyby se dostali do stejné situace jako Vy před úspěšnou léčbou?

„Já bych neměl nikomu nic doporučovat. Na léčbu jsem nastoupil, protože jsem musel. Díky tomu, co jsem prožil, co si prošel, bych každému řekl, ať jde a najde tak nový život, který ho naplní a obohatí. Dokonce jsem už i doporučoval. Byl to starému známému, který hodně pil, hrál automaty, atp. Nechtěl o léčbě ani slyšet s tím, že on problém nemá. Před 14 dny zemřel na selhání jater a ledvin... Bohužel to byla jeho volba, nikdo jiný za něj rozhodnout nemohl.“

Zhodnocení léčby

Pacient přistupoval k léčbě zpočátku velmi liknavě. Rozhodl se pro ni až na popud soudu, připustil i to, že se bude aktivně účastnit terapie, ale příliš mu nevyhovoval režim oddělení. Dokládalo to i jeho časté hodnocení zápornými body. Po dvou měsících si uvědomil, že s takovýmto přístupem zde může být až dva roky a to nechtěl dopustit. Začal se aktivně zapojovat do dění v komunitě, více naslouchal terapeutům i spolupacientům. Také si zvyknul na nutnost dodržování léčebného režimu a pochopil, že určitý řád mu pomůže v boji se závislostí. Dalším problémem byla kritika ostatních, kterou neuměl přijmout. Rozčilovalo jej, že jiní lidé poukazují na jeho chování, na jeho neochotu změnit určitý styl reakcí na nepříjemné situace. Zlomem v léčbě byl postup do

druhého léčebného stupně, kdy musel popsat své typické situace, které vedly k napití se. Postup se mu podařil až napotřetí. Při prvním a druhém neúspěchu měl pocit, že je na něj terapeut příliš „tvrdý“ a „zasedlý“. Ale pak pochopil, že jen tak jej donutil zamyslet se hlouběji a vytáhnout věci, na které by raději zapomněl. Styděl se před ostatními hovořit o tom, co dříve v opilosti dělal. Zamyšlení a později i mluvení o minulosti pomohlo. Zjistil, že se mu po „odhalení se“ velmi ulevilo. Druhý zlom byl v příběhu jiného, podstatně mladšího muže, který vyprávěl, jak se na jeho životě „podepsal“ otec – alkoholik. Nechtěl, aby se za něj jeho děti i nadále musely stydět. Z léčby byl propuštěn po svolení soudu splnění všech náležitostí, které Ochranná léčba nařizuje.

9.8 Vyhodnocení rozhovorů

9.8.1 Oblast zdravotní, psychická a sociální v době před léčbou

V období, když se rozhodli k nástupu do léčby, udávali všichni respondenti výrazné zdravotní obtíže, nestarali se o svůj zdravotní stav, lékaře nenavštěvovali. Nejčastěji udávané obtíže byly bolesti hlavy, celková únava až vyčerpanost, třes končetin, případně i celého těla, zvracení. Napětí, deprese a poruchy spánku popsali tři z nich. Pouze jeden muž poukázal na později zjištěný vysoký krevní tlak a zvýšenou hladinu cholesterolu.

V oblasti rodinného soužití se dotázaní shodli na výrazných problémech, kdy došlo téměř k rozpadu rodiny. Tři z nich volili léčbu kvůli hrozícímu rozvodu, u dvou mužů partnerky dále nemínily snášet život se závislým člověkem, třetí uvažoval o rozchodu sám, kvůli pocitu provinění a studu za své chování v opilosti. Ve dvou případech respondenti v alkoholovém opojení fyzicky napadli osobu blízkou, přičemž oba případy vyšetřovala policie. V jednom případě došlo k podmíněnému odsouzení, v druhém byl muž v podmínce a musel tedy nastoupit k výkonu trestu odnětí svobody. Následně mu byla nařízena Ochranná protialkoholní léčba.

Celou oblastí sociálního soužití a zaměstnání se prolíná nespolehlivost, špatná komunikace, verbální agrese, zbytkový alkohol v krvi či přímo popíjení na pracovišti. Také absence v zaměstnání nebyly u respondentů žádnou výjimkou. Některým se je dařilo, díky tolerantním nadřízeným, poměrně dlouhou dobu skrývat za pomoci zpětně vykázaných dovolených. I přes to dva z dotázaných nakonec o své zaměstnání přišli a byli propuštěni. Sociální izolace se díky nadměrnému pití dále prohlubovala. Došlo ke ztrátě přátel či některých členů rodiny a odtažení se okolí.

V psychických dopadech převládala deprese, nervozita, pocit viny a studu. Časté byly výkyvy nálad, sebeobviňování a beznaděj, která ve dvou případech, kdy již tázaní neviděli jiné východisko, vyústila v myšlenky na sebevraždu.

9.8.2 Rozhodnutí k léčbě

U dvou respondentů sehrál důležitou roli nátlak rodiny, kdy v jednom případě již byl podán návrh k rozvodovému řízení. Svou roli sehrála těžká finanční situace či fyzické napadení člena rodiny. Osamocen zůstal muž, k jehož rozhodnutí přispěla touha po životě. Poslední dotazovaný se odlišuje od ostatních. Nerozhodl se sám, to za něj učinil soud.

Tzv. poslední kapkou v rozhodnutí se k léčbě bylo ve dvou případech agrese vůči členu rodiny, dva dotázaní udávali pocit beznaděje, neúcty okolí a myšlenky na sebevraždu.

Dva z mužů neměli potíže se zákonem, i když jisté prohřešky udávali. Jeden byl díky absencím propuštěn ze zaměstnání, druhý se prodejem majetku a splacením dluhů uchránil před soudním stíháním. Problémy se zákonem zbylých dvou respondentů byly téměř totožné. Oba řídili auto v opilosti a byli opakovaně přistiženi. Také oba přišli o řidičský průkaz. I přes to, že se přestupků dopouštěli opakovaně, po odebrání řidičského oprávnění byl zadržen a následně odsouzen k nepodmíněnému trestu jen jeden. Podobná linie se prolíná i v jejich druhém konfliktu se zákonem. Po fyzickém napadení jednoho člena rodiny byli odsouzeni, jeden podmíněně, druhý k odnětí svobody v trvání 14 měsíců – již měl uložen podmíněný trest za jiný přestupek. Po absolvování výkonu trestu mu byla nařízena následná Ochranná protialkoholní léčba.

O možnosti ukončit život sebevraždou uvažovali dva respondenti, druhé dva tato alternativa nikdy nenapadla.

9.8.3 Průběh léčby

Všichni dotázaní se léčili v průběhu let 2009 a 2010. Ukončení jejich léčby bylo řádné ze 3A léčebného stupně, odchodem z „Červeného křesla“. Délka léčby se pohybovala v rozmezí od 4,5 do 6 měsíců.

Za největší úspěch v léčbě respondenti svorně považují opětovné naučení se trpělivosti, zamyšlení se nad sebou a svým dosavadním jednáním, náhled na svá provinění, uznání viny a odpuštění si. Také znovuzavedení řádu a režimu do svého života, které všichni zpočátku hodnotili velmi záporně, nakonec při odchodu považovali za výrazně pozitivní.

Naprosto všichni dotázaní se shodují, že v průběhu léčby je nejtěžší odkrytí svých špatných skutků, na které nejsou zrovna pyšní. Sáhnut si do svého svědomí, uvědomit si chyby a snažit se ponaučit se z nich pociťovali jako nejhorší úkol.

Předčasně ukončit léčbu chtěli dva respondenti. Druzí dva o odchodu neuvažovali, přičemž jeden ani nemohl. Jeho léčba byla stanovena soudem a propuštění na vlastní žádost by mu nemohlo být umožněno.

Při odchodu z léčby převládali u mužů vesměs dobré pocity a očekávání. V průběhu pobytu se srovnali se svou minulostí, uvědomili si chyby, které dříve v alkoholovém opojení neviděli, nebo si je nechtěli připustit. V odpovědích se prolínal i pocit nejistoty, studu a obavy, zda vše, co se za hospitalizace naučili, dokážou vhodně aplikovat do svého dalšího života.

9.8.4 Změna po ukončení léčby

Zvrat k lepšímu pocítli všichni dotázaní. Díky pravidelnému režimu a vyvážené stravě došlo ke zlepšení zdravotních obtíží – snížení hladiny cholesterolu, optimalizace váhy, korekce krevního tlaku. Jeden muž pociťoval bolesti zad, které byly dlouhodobějšího charakteru a potřebovaly další následnou specializovanou léčbu po propuštění. Zlepšení spánku v odpovědích popsali dva z pacientů.

V oblasti psychického stavu se jednotně shodli ve výrazném zlepšení. Deprese ustoupila a nastala pozitivní změna nálady. Nyní lépe zvládají psychickou zátěž, jsou schopni se vyrovnat se svými nedostatky a chybami, dokážou lépe ovládat emoce a následné projevy. S tím souvisí i větší pocit zodpovědnosti. Výrazně se zlepšila dříve vážnoucí komunikace v rodině i v zaměstnání. Blízcí jim nyní více věří, i když o plné důvěře se ještě nedá hovořit, stále u nich převládá obava ze selhání. Dotázaní se naučili

znát své povinnosti, ale i práva, umí si říci o pomoc. Tu také dokážou poskytnout ostatním.

Odchod z léčby provázela touha po urovnání vztahů a zároveň obavy z přijetí jak v rodině, tak i v širším okolí. K příjemným pocitům patřilo uspokojení až pýcha nad tím, že úspěšně dokončili léčbu, a že po dlouhé době zase něco „dotáhli“ do konce.

Očekávání všech rodinných příslušníků se týkalo především plné abstinence závislého, změny v jednání, chování a v zodpovědnějším přístupu k jeho zdraví, rodině, zaměstnání. Doufali také ve zlepšení finanční situace.

Chování lidí v širším okolí bylo u všech výrazně rozporuplné. U lidí kde očekávali podporu, se jim jí nedostalo. Naopak byli překvapeni, kolik jiných osob je povzbuzuje a fandí jim. Všichni respondenti se shodli na tom, že to co si myslí široké okolí je příliš nezajímá, protože jej stejně nemohou ovlivnit. Zaměřují se spíše na zlepšení mínění rodinných příslušníků a nejbližších přátel.

Dva muži ve svých odpovědích přímé odsouzení okolí negují. Druzí dva se s odtažitým chováním a někdy i s odsouzením setkali. Jeden z nich vnímá toto chování jako oprávněné, jako určitý trest za své chování v minulosti. Poslední respondent považuje tento projev okolí za věc, se kterou musel počítat, zvláště u svých bývalých „kumpánů“.

9.8.5 Abstinence a doléčování

Doba abstinence u vybraných respondentů se pohybuje v rozmezí 1 do 1,5 roku. Všichni pravidelně docházejí do AT poradny, což je i podmínkou k přijetí k Týdennímu opakovacímu pobytu při abstinenci, kdy při příchodu musí doložit potvrzení o návštěvě ambulance. Všichni muži již byli opakovaně na této formě hospitalizace – 3 až 5 krát. Jejich širší okolí je obeznámeno s faktem, že se léčili.

Plnou podporu rodiny při doléčování udávají všichni muži. Jejich blízcí pochopili význam následných pobytů k upevnění abstinence. Dva z tázaných navštěvují setkání

AA (Anonymních alkoholiků), jeden dochází do socioterapeutického klubu (KLUS), poslednímu z tázaných tato forma návštěv a doléčování nevyhovuje.

Na opakované týdenní pobyty si abstinující závislí přijíždějí pro novou motivaci, podporu a přesvědčení, že nastoupená cesta je pro ně ta pravá. Připomenou si těžkosti, se kterými se potýkali oni sami i uspokojení, pokud se jim určitá etapa terapie zdařila. Při rozhovorech s novými pacienty či s členy terapeutického týmu se zvyšuje náhled na daný problém - závislost. Z odpovědí vyplývá, že „opakovačky“ jsou pro ně přínosem. Zde doplním náhled z druhé strany, kdy musím potvrdit, že jejich přítomnost na oddělení ostatní hospitalizovaní hodnotí velmi kladně. Jsou pro pacienty v léčbě vzorem a motivací. Nejedna závislý, se v jejich předchozím životním příběhu najde.

Respondenti vidí určitý pokrok i za období své abstinence. Všichni udávají postupné znovuzískávání důvěry, zlepšení komunikace a vztahů s manželkou a dětmi. Přehodnotili své priority, kdy nyní na první místo kladou rodinu a rodinné zázemí. Dokážou rozumně a objektivně řešit své problémy, jsou schopni požádat své blízké o pomoc.

Jako největší oporu vnímají dotázaní ve třech případech své manželky a děti, jeden se obrací pro povzbuzení na bývalé spolupacienty a jeden muž hledá podporu v „duchovnu“. Objevil se i názor, že „oporou“ je lékařka v AT ambulanci.

V názoru na zlomové situace se respondenti značně ve svých odpovědích rozcházejí. Jeden považuje za zlomový bod postup do druhého léčebného stupně, kdy si musel promyslet a popsat své typické situace, při nichž se napil. Musel posoudit a vysvětlit své jednání, které ne vždy bylo v souladu s dobrými mravy. Druhý považuje za zlom opětovné získání důvěry rodiny. Třetí považuje každý „správně“ prožitý den za zlomový. Poslední z tázaných si žádné převratné body ve svém abstinentském životě neuvědomuje. Bere situaci tak, že se naplnila jeho očekávání.

9.8.6 Zhodnocení života v abstinenci a doporučení

Klady abstinence vidí dotázaní ve zlepšení zdraví, ve znovuzískání rodiny a přátel. Mají pocit opětovného ovládnutí svého života a kontrolu nad sebou samým. Lépe si umí zorganizovat volný čas a plnohodnotně jej využívají.

Uspokojení pociťují při zvládnutí abstinence. Pyšní jsou na svou rodinu, na děti, na dobrou fyzickou kondici a zdraví. V jedné odpovědi je uvedeno, že si respondent opět váží sám sebe. Všichni muži se shodli v tom, že čas strávený s rodinou je pro ně nejvíce naplňující. Také znovuoobnovení koníčků a zálib je těší.

Rodina respondentů nejvíce oceňuje jejich rozhodnutí jít se léčit, následnou abstinenci, zlepšení komunikace a mezilidských vztahů.

Dotázaní se jednohlasně shodli v doporučení léčby jiným lidem, kteří se potýkají se svou závislostí a nejen alkoholikům. Každého by upozornili na fakt, že léčba je náročná, ale stojí za to ji vydržet. Padlo i doporučení rozhodnout se k nástupu do léčebny co možná nejdříve, aby se dotyčný „neokrádal“ o plnohodnotný život. Vyskytl se i názor, že terapie by měla být minimálně střednědobá nebo dlouhodobá, v šestitýdenní léčbě respondent nevidí východisko z potíží. Důležité je včas si uvědomit a připustit svou vinu, nehledat ji u ostatních lidí v okolí.

10 Cíle kvantitativního výzkumu

Pomocí dvou mezinárodně používaných dotazníků:

1. zjistit, jak vybraní abstinující pacienti celkově hodnotí aktuální kvalitu svého života
2. jak ji hodnotí podle čtyř stanovených oblastí kvality života
3. ověřit, nakolik jsou dotazníky WHOQOL BREF a AIQol19 vhodné k používání u pacientů závislých na alkoholu

10.1 Výběrový soubor – limitace

O vyplnění dotazníků jsem požádala pacienty, kteří po podstoupené léčbě abstinují a dojíždějí v pravidelných intervalech na „Týdenní opakovací pobyty při abstinenci“ do Psychiatrické léčebny Havlíčkův Brod. Respondenti byli muži ve věkovém rozpětí 28 až 65 let. Délka jejich abstinence se pohybovala od 3 měsíců do 24 let. Dále jsem oslovila socioterapeutický klub - KLUS Svitavy, kde byla pro dotazované stanovena stejná kritéria. Ke konečnému vyhodnocení jsem měla k dispozici 80 dotazníků.

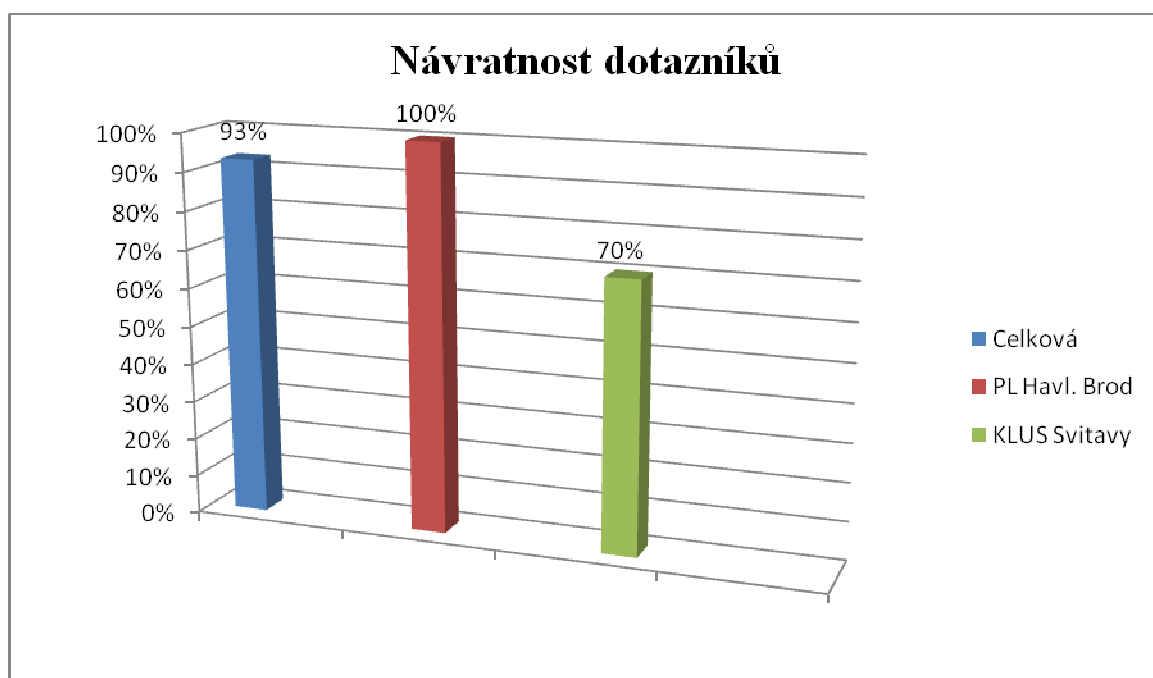
10.2 Metodika výzkumu

Druhá část práce je věnován výzkumu kvantitativnímu, kde jsem zvolila metodu dvou standardizovaných dotazníků: WHOQOL BREF (krátká verze) a AIQol 9. Osloveno bylo 66 pacientů. Všem jsem osobně vysvětlila, o jaké dotazníky se jedná a k čemu budou získaná data využita. Při odevzdání jsem provedla rychlou kontrolu. Spolupráce s dotázanými byla výborná a správně vyplněný dotazník odevzdali všichni oslovení.

Dále jsem požádala o vyplnění abstinující alkoholiky, kteří navštěvují socioterapeutický klub KLUS ve Svitavách, kam jsem odeslala 20 dotazníků. Návratnost zde byla nižší a zpět se mi vrátilo 14 plně vyplněných dotazníků.

Sběr dat probíhal od září roku 2010 do února 2011.

Graf č. 1



Díky osobnímu předání a vysvětlení respondentům v Psychiatrické léčebně Havlíčkův Brod jsem dosáhla návratu všech předaných dotazníků. Návratnost z KLUSu Svitavy byla poněkud nižší. Ke konečnému zpracování jsem tedy měla k dispozici 80 dotazníků. Z napsaného vyplývá, že bylo dosaženo 93 % celkové návratnosti dotazníků, což je u dotazníkového šetření poměrně neobvyklé. Všechna získaná data jsem statisticky zpracovala a pro lepší přehlednost je předkládám v grafickém znázornění.

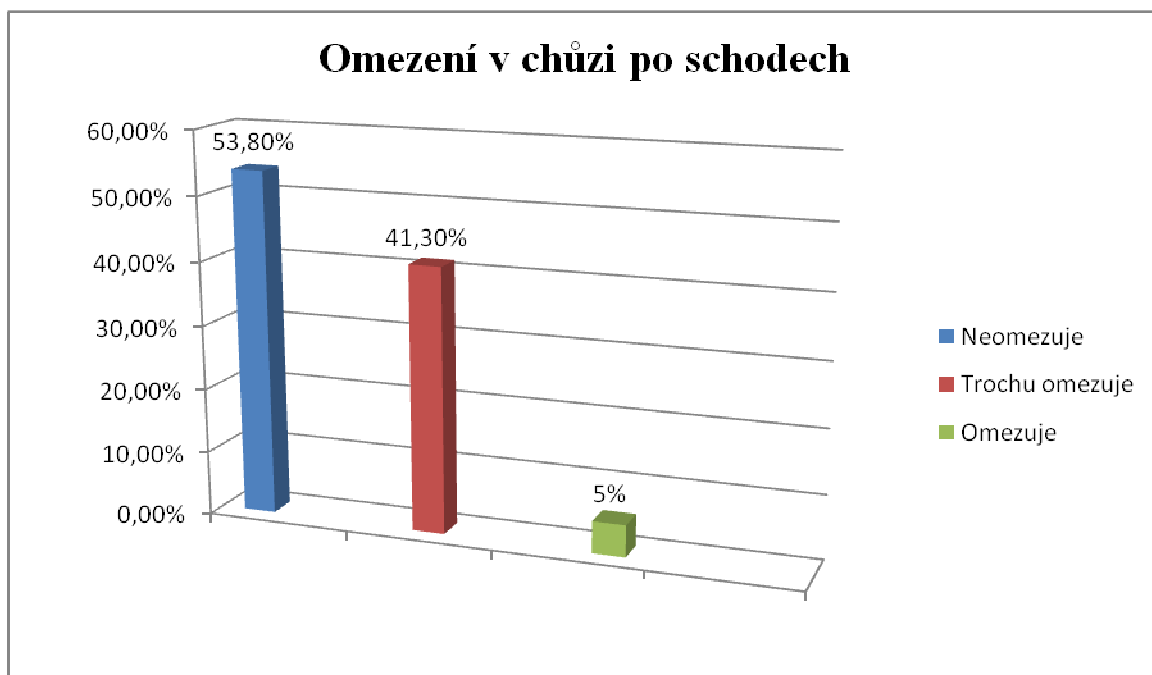
11 Výsledky dotazníkového výzkumu

Ke konečnému zpracování jsem získala 80 dotazníků. Nejprve předložím výsledky dotazníku AIQol9, potom WHOQOL-BREF (krátké verze).

11.1 Dotazník AIQol9

Otázka č. 1: „Omezuje Vaše zdraví nyní vyjít po schodech několik pater?“

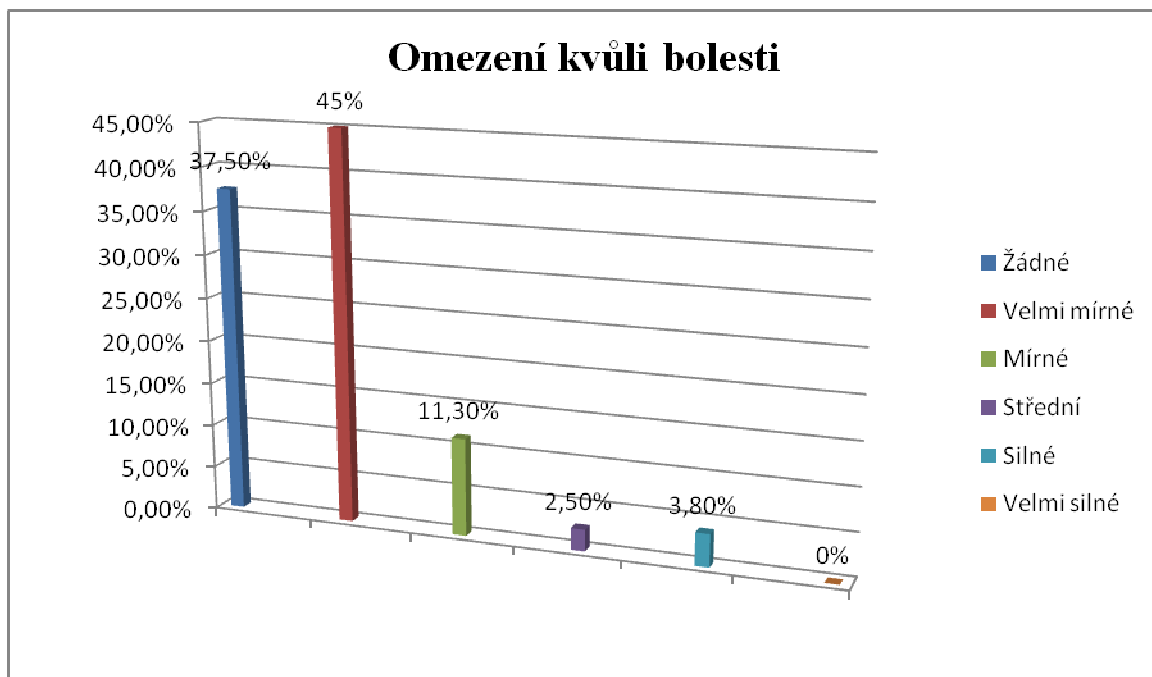
Graf č. 2



Na položenou otázku měli respondenti možnost volit ze tří možností. Nejvíc mužů (43) odpovědělo, že není omezeno nynějším zdravotním stavem při chůzi po schodech. Jen o 10 méně, tedy 33 respondentů označilo možnost s bodovým hodnocením 2 – trochu omezuje. Pouze 4 dotázaní udali omezení při zvýšené námaze, jakou je chůze do schodů.

Otázka č. 2 „Jak velké bolesti jste měl v posledních 4 týdnech?“

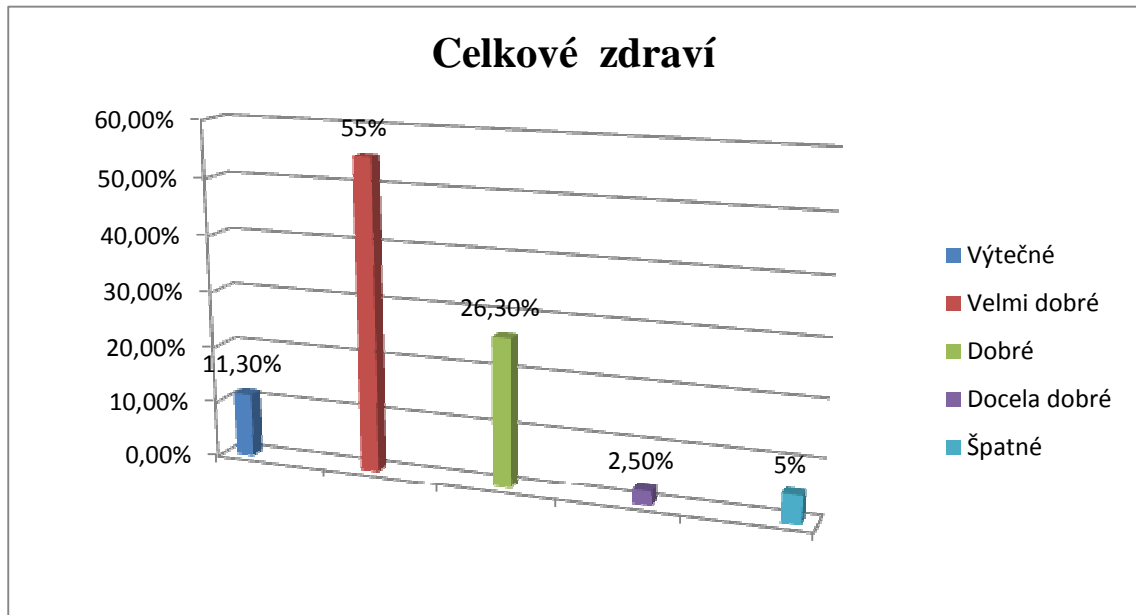
Graf č. 3



Velmi mírné omezení pociťuje 36 respondentů, kdy tato odpověď byla zastoupena vůbec nejčastěji. Žádné omezení udalo 30 a mírné 9 dotázaných. Zbylé možnosti označilo malé procento mužů, kdy tři zvolili odpověď s bodovým hodnocením 5 – silné 3 a 2 možnost střední omezení. Poslední možnou odpověď nezaškrtl ani jeden tázaný.

Otázka č. 3: „Řekl byste, že Vaše zdraví je celkově....?“

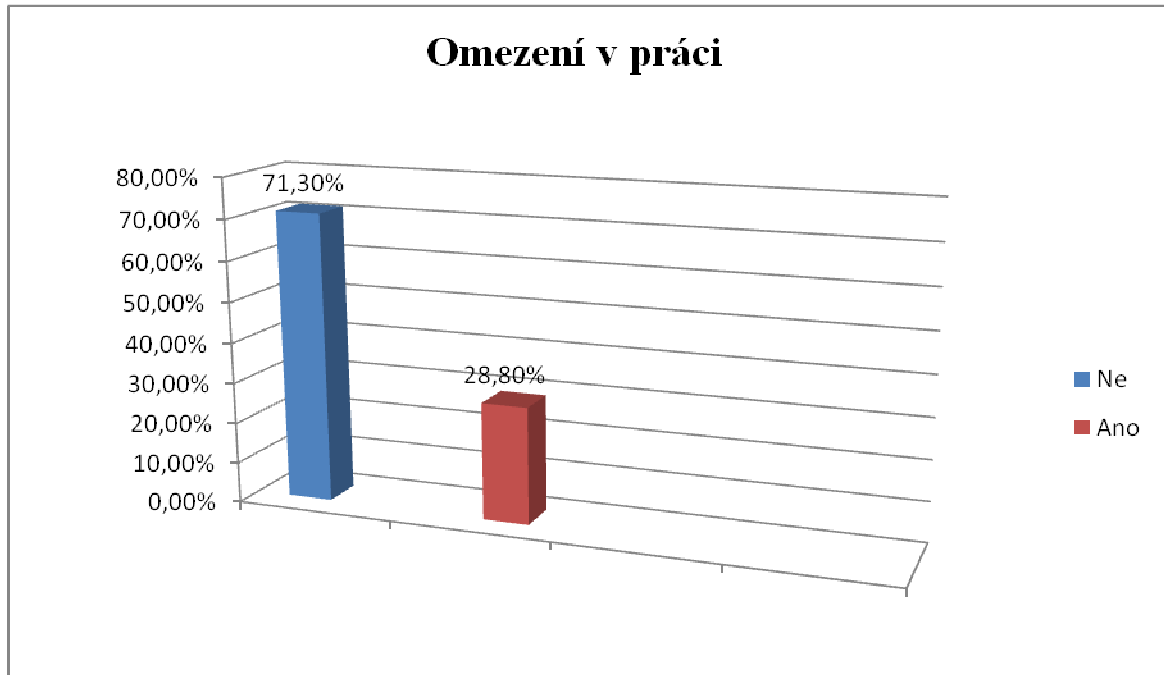
Graf č. 4



Velmi dobře hodnotí své celkové zdraví 44 respondentů, za dobré jej považuje 21 mužů a výtečné zdraví udalo 9 pacientů. Odpověď s bodovým hodnocením 5 využili 4 dotázaní, kteří se domnívají, že jejich celkové pocíťované zdraví je špatné. Pouze 2 muži zvolili možnost 4 – docela dobré.

Otázka č. 4: „Byl jste v posledních 4 týdnech omezen v určitém druhu práce nebo jiných činnostech kvůli zdravotnímu stavu?“

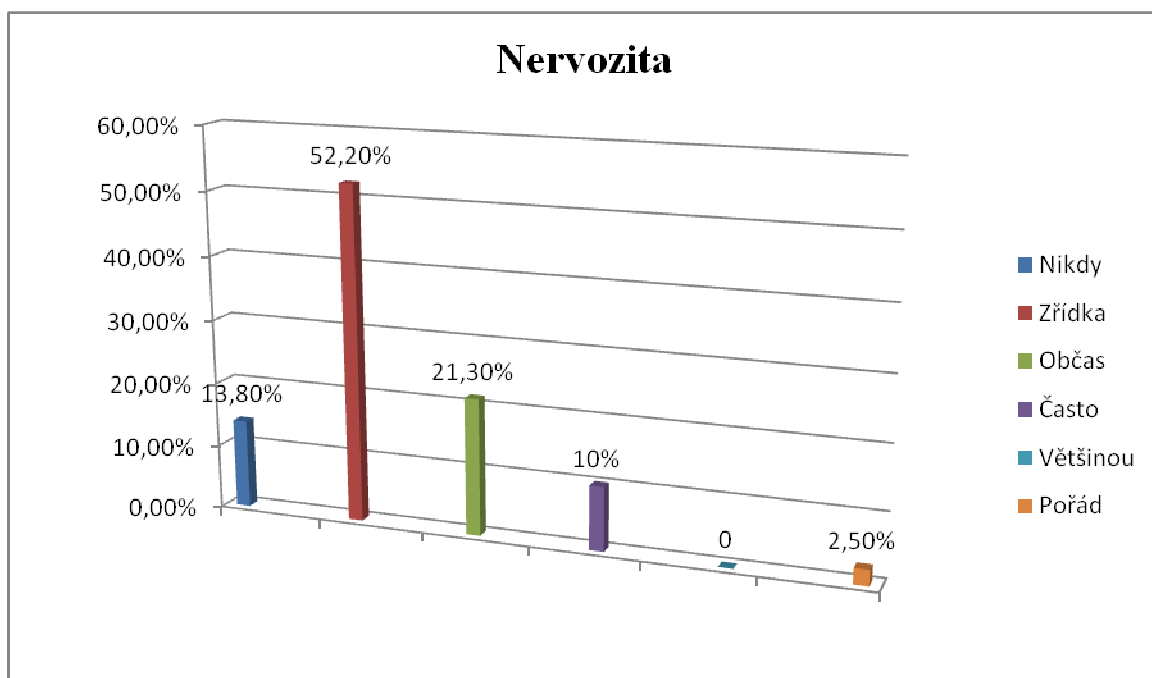
Graf č. 5



Omezeno v práci se díky svému aktuálnímu zdravotnímu stavu cítí naprostá většina respondentů – 57. Dopady současného zdravotního stavu na pracovní činnost a jiné aktivity nepociťuje 23 dotázaných.

Otázka č. 5: „Jak často v předchozích 4 týdnech jste byl nervózní? A jak často jste pociťoval pesimismus a smutek?“

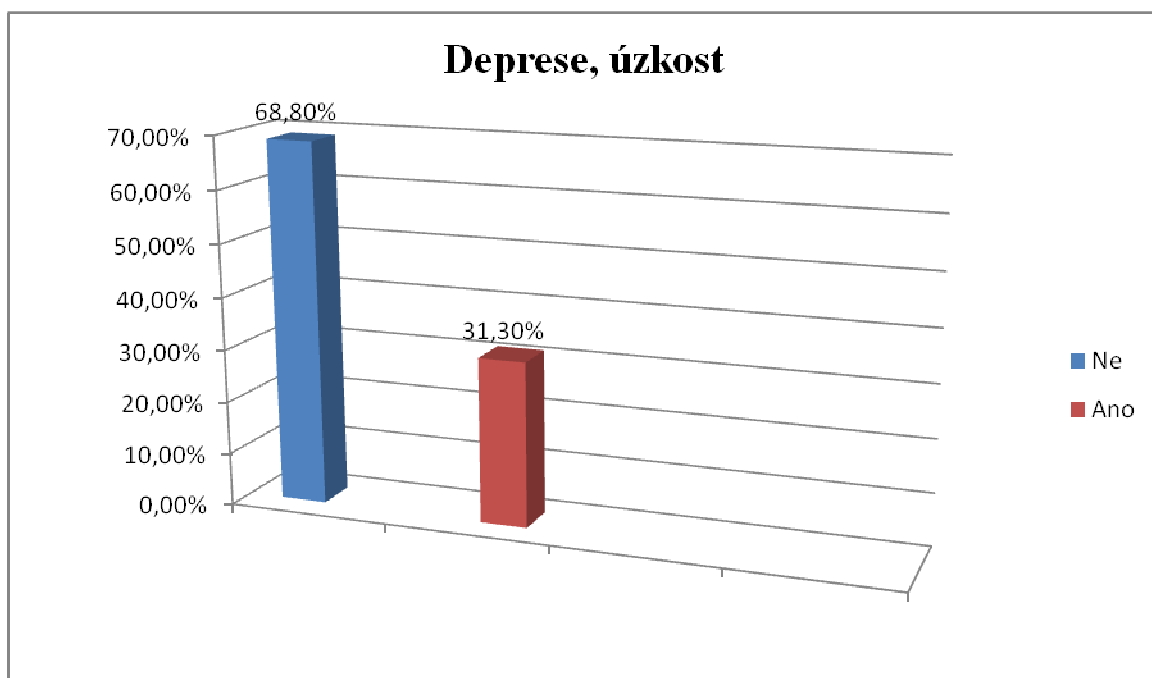
Graf č. 6



V této otázce měli respondenti na výběr ze šesti možností. Nejvíce byla využita možnost zřídka, kterou zvolilo 42 mužů, dalších 17 bývá nervózní či pociťuje úzkost občas. Téměř totožný počet získali odpovědi nikdy (11) a často (8). Pesimisticky či nervózně se cítí 2 dotázaní. Možnost s bodovým hodnocením 5 nebyla zvolena ani jedním tázaným.

Otázka č. 6: „Udělal jste v posledních 4 týdnech méně, než jste chtěl kvůli nějakým emocionálním potížím (deprese, úzkost....).“

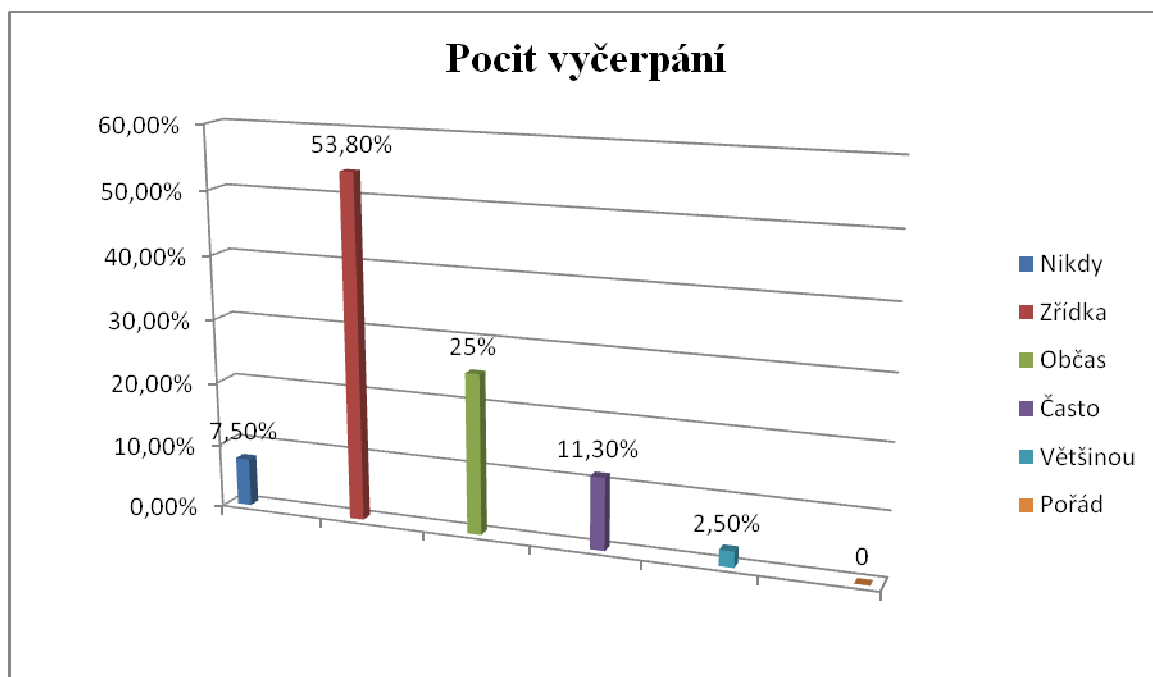
Graf č. 7



Depresi, úzkost či jiné potíže emocionálního charakteru, které by jim zabraňovali vykonávat určité činnosti, nejuje 55 respondentů. Naopak 25 dotázaných se přiklání k názoru, že udané emocionální potíže mají vliv na množství a kvalitu vykonávaných činností a zvolili možnost s bodovým hodnocením 2 – ano.

Otázka č. 7: „Jak často v předchozích 4 týdnech jste se cítil vyčerpán?“

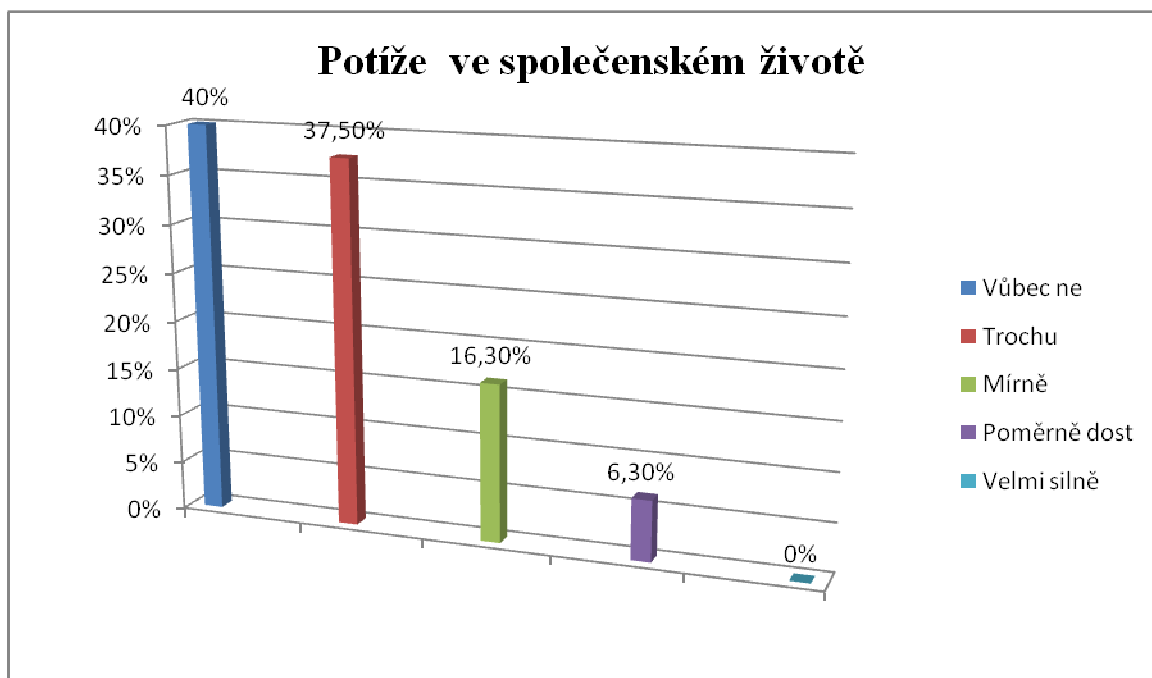
Graf č. 8



Zřídka pociťovalo vyčerpanost nejvíce dotázaných (43). Následuje možnost občas, označená 20-ti muži. Odpověď s bodovým hodnocením 4 vybralo 9 a alternativu nikdy zvolilo 6 respondentů. Pouze 2 tázaní pociťují vyčerpání většinu současného života. Poslední odpověď nebyla zaznamenána ani jedním pacientem.

Otázka č. 8: „Do jaké míry bránily Vaše tělesné nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy či v širší společnosti v posledních 4 týdnech?“

Graf č. 9

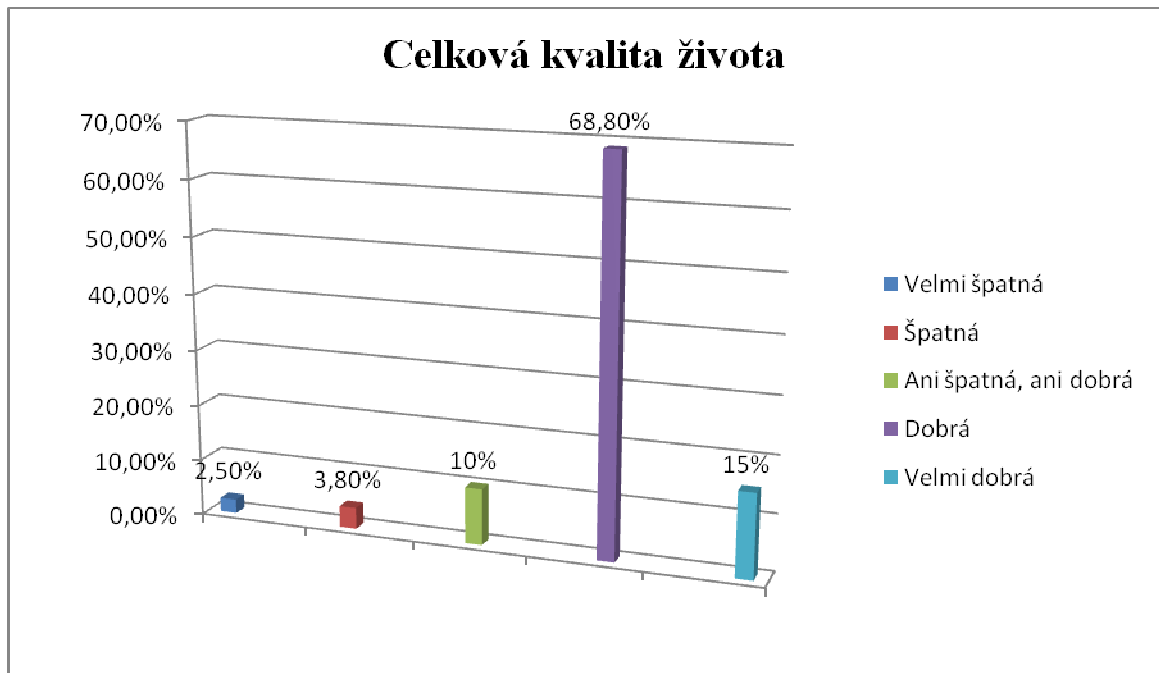


V této oblasti mohli respondenti volit z pěti možných odpovědí. Výrazně vedou odpovědi s bodovým hodnocením 1 a 2, kdy možnost vůbec ne byla označena 32 a odpověď trochu 30 dotázanými. Mírné problémy ve společenském životě udává 13 mužů. Alternativu 4, tedy poměrně dost problémů vybralo 6 dotázaných. Velmi silné potíže neudal ani jeden tázaný.

11.2 Dotazník WHOQOL-BREF (krátká verze)

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

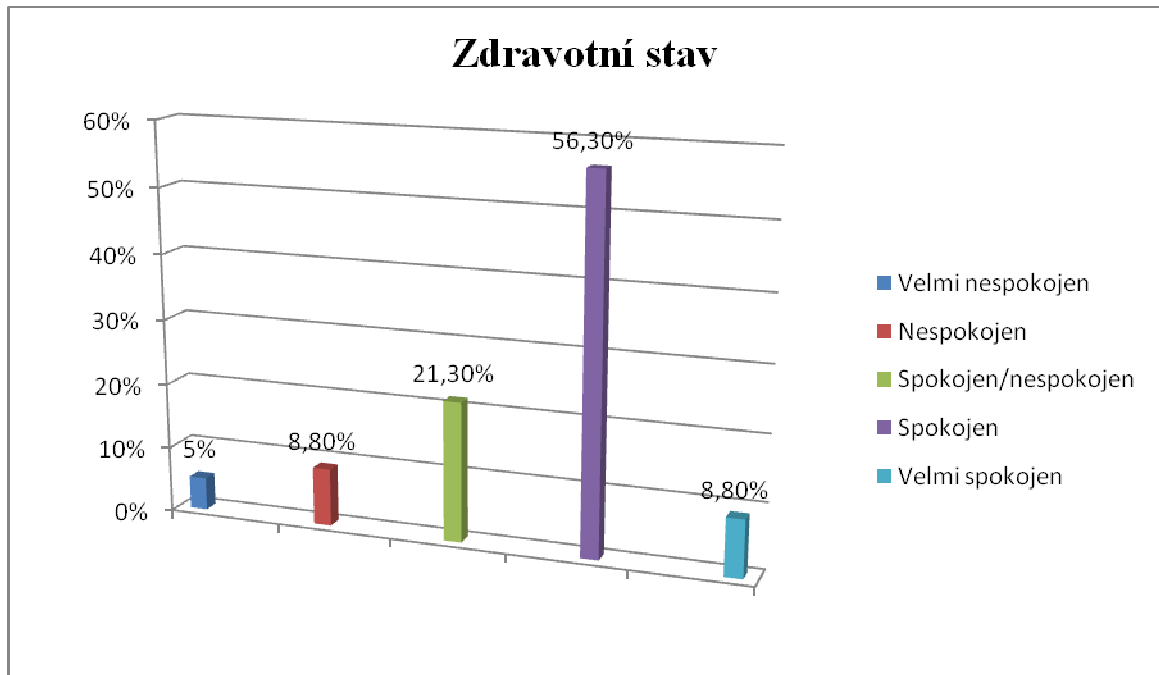
Graf č. 10



Nejvíce respondentů (55) se shodlo na faktu, že celková pociťovaná kvalita života je dobrá. 12 tázaných zaznamenalo velmi dobrou kvalitu života, 8 dotázaných se nebylo schopno rozhodnout a označili alternativu s bodovým hodnocením 3 - ani dobrá, ani špatná. Špatnou kvalitu života pociťují 3 závislí. Podobně byla vybrána i alternativa s bodovým hodnocením 1, kterou vybrali 2 respondenti.

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

Graf č. 11



45 respondentů, což je nadpoloviční většina, vybrala odpověď s bodovým ohodnocením 4 – spokojen. Rozhodnout se nedokázalo 17 mužů a zvolilo možnost ani spokojen, ani nespokojen. Velmi spokojeno se svým zdravotním stavem je 7 dotázaných, stejně jako těch, kteří zvolili alternativu nespokojen. 5 tázaných mužů je velmi nespokojeno a přáli by si zlepšení somatického stavu.

U dotazníku WHOQOL-BREF (krátké verze) je dáno vyhodnocení otázky č. 1 a otázky č. 2 samostatně. Zbýlých 24 otázek je sloučeno do čtyř bloků týkajících se těchto oblastí života:

- fyzické zdraví
- prožívání
- sociální vztahy
- prostředí

Nejprve nastíním seřazení otázek, které se vztahují k jednotlivým oblastem. Na každou otázku bylo možno vybrat odpovědi na stupnici od 1 do 5, kdy platí, že čím vyšší je hodnota vybrané odpovědi, tím je lepší kvalita života v dané oblasti. Otázky byly seřazeny do 7 bloků, ke kterým byly přiřazeny pro lepší srozumitelnost různé možnosti odpovědí, bodové hodnocení však zůstalo neměnné. Předkládám jednu z možných alternativ odpovědí a jejich číselnou hodnotu:

Tabulka č. 2

Možná odpověď	velmi špatná	špatná	ani dobrá, ani špatná	dobrá	velmi dobrá
Číselná hodnota	1	2	3	4	5

V následující tabulce předkládám sloučení jednotlivých otázek do daných čtyř oblastí.

Tabulka č. 3

Oblast	Otázky, které jsou v ní sloučeny
1. Fyzické zdraví	Otázky č. 3, 4, 10, 15, 16, 17 a 18
2. Prožívání	Otázky č. 5, 6, 7, 11, 19 a 26
3. Sociální vztahy	Otázky č. 20, 21 a 22
4. Prostředí	Otázky č. 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 a 25

Pro lepší přehled zaznamenám jednotlivé otázky textem a rozdělím je do určených oblastí.

Tabulka č. 4

Otázky týkající se oblasti fyzického zdraví:

3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?
5. 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?

Tabulka č. 5

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?

Tabulka č. 6

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?

Tabulka č. 7

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?

V další tabulce je vyhodnocení jednotlivých oblastí tak, jak byly vyplněny respondenty.

Tabulka č. 8

Hodnoty proměnných v dotazníku WHOQOL-BREF (krátká verze)

Označení proměnné	aritmetický průměr	směrodatná odchylka	medián	min.	max.
1. Fyzické zdraví	23,31	2,518	23,0	16	30
2. Prožívání	21,70	2,882	22,0	12	27
3. Sociální vztahy	11,35	2,099	11,5	6	15
4. Prostředí	29,32	3,662	29,0	22	39

Z tabulky vyplývá, že respondenti se cítí nejhůře v oblasti sociálního prostředí. Můžeme tedy říci, že tato oblast je u závislých jedinců postižena nejvíce. Je to dáno složením otázek ve sféře, která se týká především mezilidských vztahů v rodině a úzkém okolí a sexuálního života. Zde se dopad závislosti logicky projeví nejdříve a i při následné abstinenci k úpravě vztahů dochází velmi pozvolna. Největší roli zde sehrává ztracená důvěra a obavy z možného selhání závislého a jeho opětovného pití.

S tím souvisí i dopady ve sféře prožívání, která v průzkumu vyšla nepříznivě na druhém místě. V této oblasti se dotazník tázal na smysl života, spokojenost se sebou samým a na akceptování svého vzhledu. V těchto položkách respondenti odpovídali kladně, ale přesto to nepostačovalo na lepší umístění bloku. Do celkového výsledku se promítly především otázky ohledně pocitů beznaděje, rozmrzelosti, úzkosti a deprese, kdy odpovědi jedinců byly v nižších bodových hodnotách.

Následuje oblast fyzického zdraví. Získávala jsem informace především o pociťované bolesti, dostatku energie, spánku a odpočinku, ale také data o vykonávané

každodenní činnosti či pracovních výkonech a překážkách při nich. Vzhledem k tomu, že většina popsanych potíží ustupuje již při probíhající léčbě, není proto překvapením, že tato oblast skončila celkově jako druhá nejlepší.

Nejvyšší průměr a tím i nejlepší kvalita života, z odpovědí dotázaných mužů, vyšla v oblasti prostředí. Mohli bychom říci, že prostředí se příliš nemění. Ale opak je pravdou. Do oblasti prožívání jsou zařazeny dotazy na pocit bezpečí v životě, na dostatek času na koníčky a dostatek finančních prostředků. Už při pohledu na tyto otázky mě napadá, že pokud člověk přestane pít, začne pracovat a najde si nové nebo staronové koníčky, musí se jeho situace logicky zlepšit. Ve svých odpovědích mi respondenti dávají za pravdu. Co se týče možnosti získávat informace, dopravní a zdravotní obslužnosti: zde nedochází k výraznějším změnám, ale člověk, který abstinuje od návykové látky, bude toto zákonitě vnímat jinak než v době předchozí.

12 Diskuze

Protože jsem nenalezla žádnou práci, která by se zabývala stejným nebo podobným výzkumem, přistoupila jsem k vyhodnocení polostrukturovaných rozhovorů způsobem uvedeným v první části empirického výzkumu. Většina dalších prací např. Šerák (2009), Tesařová (2010), je zaměřena spíše na vliv jiných závislostí, zejména závislostí na tvrdých drogách u mladých lidí, což se v současné době jeví jako velmi aktuální téma a jedinci se závislostí na alkoholu jsou mírně odsouváni do pozadí. Právě tento fakt mě vedl k rozhodnutí vybrat si ke své práci téma kvality života alkoholiků po prodělané protialkoholní léčbě.

K výzkumu 1:

V této části práce jsem se soustředila na pacienty závislé na alkoholu, kteří abstinují 1 až 1,5 roku. U sdělených informací jsem mohla posoudit jejich pravdivost, neboť jsem léčbě všech čtyř respondentů byla přítomna a znala jsem jejich životní příběh. Mohu potvrdit, že jejich odpovědi souhlasily s fakty uvedenými v jejich dokumentaci, a že své obtíže, a poté i zlepšení kvality života v jednotlivých oblastech, záměrně nezveličovali ani nebagatelizovali.

Nejprve jsem se zaměřila na posouzení kvality života v oblastech fyzického zdraví, psychického prožívání a rodinného i sociálního prostředí. Zajímaly mě dva pohledy na uvedené oblasti. Nejprve jsem zjišťovala, jaká byla situace mužů v době před léčbou a poté nakolik se změnila v době probíhající abstinence.

Výrazné zlepšení v oblasti fyzického zdraví popsali všichni dotázaní. Díky opět získanému pravidelnému režimu a dodržování stravovacích návyků přestali mít muži potíže s bolestmi hlavy, třesem rukou a nespavostí. Výše popsané vedlo také k optimalizaci váhy. K redukci váhy přispělo i zvýšení fyzické námahy, což mělo a má také kladný dopad na snížení hodnot krevního tlaku a na zlepšení pohybových potíží a bolesti zad.

Ještě výraznější kladný dopad respondenti pocítují po stránce psychické. U všech došlo k ústupu depresí a mnohem méně se poddávají stresu. Problémy, kterým se dříve vyhýbali či se před nimi schovávali v alkoholovém opojení, nyní dokážou řešit a domnívají se, že jsou opět plnohodnotnými členy rodiny a společnosti. Stále se však cítí poněkud nejistí v rodinném soužití. I přesto, že rodiny všem mužům poskytují oporu, kterou dříve nevnímali, stále ještě nejsou vztahy s nejbližšími ideální. Mezi rodinnými příslušníky panuje jistá nedůvěra a obavy z toho, že by mohlo dojít k opětovnému požití alkoholu a tím i k návratu ke starému způsobu života v závislosti.

V oblasti sociální je posun k lepšímu ještě znatelnější. Všichni muži mají stále zaměstnání a tím i pravidelný přísun finančních prostředků. Celková ekonomická situace rodin se tak výrazně posunula ke kladným hodnotám. U dvou respondentů, kteří se vrátili na původní pracoviště, zaznamenali vedoucí pracovníci zkvalitnění práce a zlepšení přístupu k povinnostem jim uloženým. Druzí dva dotázaní získali nové pracovní místo, kde i přes počáteční nedůvěru okolí zastávají přidělené úkoly velmi dobře a s plným pracovním nasazením.

V rozhodnutí se pro léčbu sehrála u třech jedinců největší úlohu rodina. Byl na ně činen nátlak ze strany manželky, kdy jim hrozil rozvod a rozpad rodiny. Čtvrtý muž již rozveden byl. I zde za hlavní důvod nefunkčního manželství můžeme označit právě alkoholismus. Dalším z důvodů pro podstoupení protialkoholní léčby bylo agresivní chování v opilosti, díky němuž se dva jmenovaní dostali do rozporu se zákonem. U obou mužů bylo zaznamenáno i opakované řízení automobilu pod vlivem alkoholu. Kombinace předešlých činů dovedla respondenty až před soud, kdy jednomu byl udělen podmíněný trest, druhému bylo podmíněné odsouzení za jiné delikty po napadení matky změněno na nepodmíněné odnětí svobody. Tím rozhodnutí k nástupu léčby za tázaného učinil soud, který mu po odpykání vlastního trestu nařídil následnou povinnou Ochrannou protialkoholní léčbou. Co se týká agrese vůči vlastní osobě, tedy sebevraždě, vážně o ní uvažovali dva respondenti. Od dokonání je zachránil právě nástup na léčbu a přehodnocení vlastního života a jeho hodnot.

Všichni čtyři muži absolvovali protialkoholní léčbu na výše uvedeném oddělení v letech 2009 a 2010. Jejich terapie trvala v rozmezí 4,5 až 6 měsíců. Léčbu řádně ukončili po splnění všech podmínek v celém průběhu hospitalizace. Respondenti se

shodují na faktu, že je velmi těžké podřídit se režimu oddělení, zvláště v případě léčby jakékoli závislosti, kdy meze chování stanovuje závislost sama. Ještě těžší pro všechny bylo přiznání si vlastního onemocnění - alkoholismu, zamyšlení se nad minulým životem a náhled na své chování, které doposud považovali za normální a přípustné. Každý z nich, ovšem v jiném časovém úseku, přišel na to, že nejlepší strategií v léčbě je dělat vše naplno a naučit se co nejvíce postupů, se kterými budou moci úspěšně zvládat budoucí abstinenci. Mají pocit, že jen tak mohou napravit činy v předešlém životě, za které se stydí.

Při odchodu z léčby respondenti očekávali především upravení vztahů v rodině a širším okolí, zlepšení finanční situace a díky nově získaným návykům opětovné zařazení do běžného života. Ne všechna očekávání se jim v plné míře splnila. Hlavně v oblasti obnovení důvěry v mezilidských vztazích mají dva muži ještě velké rezervy. Také odsouzení a otažítost okolí pociťují velice negativně, nicméně jsou připraveni se s ním vyrovnat.

V období abstinence, které trvá v rozmezí jeden až jeden a půl roku, pokládají respondenti za velmi důležité různé formy doléčování. Pravidelně dojíždějí k Týdenním opakovacím pobytům při abstinenci na oddělení, kde léčba probíhala. Každý z mužů se tohoto pobytu zúčastnil alespoň 3 krát. Přijíždějí sem především pro novou motivaci k abstinenci a k upevnění se v přesvědčení, že to, co nyní dělají, má smysl. Zde jsem je také získala ke spolupráci, kdy mi velmi ochotně poskytli rozhovory a podělili se o své poznatky.

Podmínkou pro přijetí do Psychiatrické léčebny jsou pravidelné návštěvy AT ambulancí, kam dochází jednou za 7 či 14 dní. Pro tři dotázané je důležité setkávání s lidmi s podobnými problémy. Proto dochází na setkání skupin Anonymních alkoholiků či socioterapeutického klubu KLUS.

V abstinenci si nejvíce cení toho, že dokázali získat kontrolu nad sebou samým a svými činy. Zlepšení zdraví, fyzické kondice a hlavně rodinných vztahů řadí hned vedle. Maximálně je naplňuje čas trávený mezi blízkými i znovuzískání koníčků a zálib. Naproti tomu rodina velmi oceňuje jejich rozhodnutí jít se léčit i následnou abstinenci. Také zlepšení komunikace a mezilidských vztahů je pro rodinné příslušníky důležité.

Respondenti se jednohlasně shodli na tom, že by léčbu, i přes její náročnost, doporučili všem, kteří jí potřebují. Shoda nastala i v doporučení jít se léčit co nejdříve, aby plnohodnotný život i se všemi úskalími, který je při abstinenci čeká, mohli začít žít co nejdříve. Uvědomění a připuštění si své viny by mělo být základem rozhodnutí. Jeden muž také vyslovil názor ohledně délky léčby. Myslí si, že pobyt na oddělení by měl být minimálně střednědobý nebo dlouhodobý, v trvání od 3 do 6 měsíců.

Cíle dané pro první část empirického výzkumu byly splněny. Pomocí polostandardizovaných rozhovorů bylo nahlédnuto na závislost na alkoholu z pohledu samotných pacientů. Ve čtyřech získaných příbězích byla nalezena stejná či podobná témata, týkající se této problematiky. Současně byly zmapovány strategie v přístupu k léčbě závislosti, které se prolínají příběhem všech respondentů. Zvolené strategie a přístupy jsou shodné nebo značně podobné.

K výzkumu 2:

V druhé části výzkumu jsem použila českou verzi dotazníku AIQol9. Ten byl využit i v disertační práci z oboru Speciální pedagogiky - Pančocha (2007).

Šlo o dotazníkové šetření u 348 jedinců s postižením, kteří zneužívali různé návykové látky a současně byli ve výkonu trestu odnětí svobody v jedné ze 17 věznic po celé České republice, kde průzkum probíhal. Zároveň byla jejich kvalita života srovnávána s kontrolním vzorkem 308 osob pražské populace ve věkovém rozmezí 19 až 59 let.

Vzhledem k tomu, že neexistuje validizovaná česká verze dotazníku AIQol9, lze tento nástroj použít zejména pro srovnání s výsledky jiného výzkumu, vedeného odlišnou metodou měření (Pančocha, 2007). Ve zmíněné práci byl AIQol9 využit k srovnání s dotazníkem SQUALA. Z odpovědí získané hodnoty dotazníku AIQol9 byly rozděleny do dvou dimenzí týkajících se fyzického a psychického zdraví. Ze závěrů je jasné, že kvalita života kontrolního vzorku zdravých jedinců je znatelně vyšší než u jedinců se závislostí. Pro naše téma je důležité: Pančocha zdůrazňuje fakt, že dotazník má dobré vypovídající hodnoty u jedinců zneužívající alkohol. U respondentů se závislostí na jiných návykových látkách autor konstatuje nevhodné a nevypovídající použití.

Vzhledem k tomu, že k dotazníku AIQo19 neexistuje validizovaná česká verze a není dostupný ani manuál, přistoupila jsem k vlastnímu zpracování získaných dat. To může sloužit jako pilotní ověření v možném využití dotazníků u osob závislých na alkoholu, ve srovnání kvality života před protialkoholní léčbou nebo po ní. Otázky jsem rozdělila dle tabulky Pančochy (2007) do jednotlivých okruhů, k nimž byly přiřazeny číselné hodnoty, kdy platilo, že čím je bodová hodnota odpovědi nižší, tím vyšší je pocíťovaná kvalita života v dané oblasti. V tabulce také byla uvedena škála možných odpovědí, které jsem respektovala. K vyhodnocení jsem získala 80 plně vyplněných dotazníků.

Na otázku č. 1 měli respondenti možnost vybrat ze tří možných odpovědí, kdy 43 z nich uvedlo možnost, že nepocíťují omezení v dané oblasti. (Graf č. 2)

V otázce č. 2 velmi mírné omezení v činnostech kvůli bolesti pocíťuje 36 respondentů a vůbec žádné omezení udává 30 respondentů. Zde bylo dáno rozmezí šesti možností. (Graf č. 3)

V otázce č. 3, která vypovídá o celkově pocíťovaném zdraví, měli tázání možnost vybrat z pěti možných odpovědí, kdy 44 mužů uvedlo možnost s bodovým hodnocením 2, tedy velmi dobré celkové zdraví. (Graf č. 4)

Otázka č. 4 se ptala, zda byli muži omezení v určitém druhu práce díky zdravotnímu stavu. Tato otázka úzce souvisí s předešlou a na výběr zde byly pouze dvě možnosti. Nadpoloviční většina, tedy 57 respondentů zvolilo první možnost, která nepotvrzuje omezení v práci. (Graf č. 5)

Otázka číslo 5. se již přesouvá do oblasti psychického zdraví a dotazuje se na projevující se nervozitu jedince. Z možných šesti odpovědí byla 47 muži zvolena odpověď vypovídající o zřídka pocíťované nervozity. (Graf č. 6)

Depresi či úzkost, na kterou se dotazujeme v otázce č. 6, nepocíťuje v současné době 55 dotázaných (odpověď s bodovým hodnocením 1), což znamená 68,80% z celkového počtu respondentů a je to vůbec nejvyšší jednotně vybraná hodnota v celém dotazníku. Zde bylo na výběr ze dvou možností a opět platí – čím nižší bodová hodnota odpovědi, tím vyšší kvalita života. (Graf č. 7)

Otázka č. 7 dává na výběr ze šesti možných odpovědí. Nečastěji zvolená možnost, ohledně pocíťování vyčerpání, je ta s bodovým hodnocením 2 – zřídka. (Graf č. 8)

Potíže ve společenském životě díky emocionální či tělesné oblasti vůbec nepozoruje 32 respondentů, bodová hodnota odpovědi 1. Na výběr měli respondenti ze šesti odpovědí. Jen o dva tázané méně odpovědělo na otázku č. 8, že avizované obtíže pociťují trochu a volili možnost s bodovou hodnotou 2. (Graf č. 9)

Výzkum za pomoci dotazníku AIQo19 nám potvrdil, že abstinující alkoholici pociťují zlepšenou kvalitu života ve všech uvedených oblastech.

Obdobný výzkum prováděný ve Francii, kterého se zúčastnilo 104 hospitalizovaných alkoholově závislých a 114 pacientů se stejnou závislostí, kteří se léčili ambulantně (Malet, 2006), byl vyhodnocován jinak. V této studii není hodnocena každá otázka zvlášť, ale hodnoty získané z odpovědí jsou rozděleny do dvou oblastí. Výsledky vykazují poměrně vysoké procento potíží u respondentů jak v oblasti zdravotní (78%), tak v oblasti psychického zdraví (74%).

Ve srovnání s výsledky při vyhodnocení dotazníků mé práce můžeme říci, že abstinencí se výrazně zvyšuje kvalita života u lidí se závislostí na alkoholu.

Jak zmiňuje ve své práci Foster (2006), validita (platnost) dotazníku AIQo19 je výborná a vhodně pokrývá všechny aspekty kvality života. Doporučuje však doplnit dvě oblasti, na které dotazník nepomýšlí – spánek a sociální izolaci. Pokud bude o tyto oblasti doplněn, bude možno jeho rozsáhlejší využití ve výzkumu u lidí, kteří se potýkají se závislostí na alkoholu.

Malet (2006) ve své práci hovoří o tom, že dotazník AIQo19 vykazuje výborné informativní vlastnosti a je citlivý k většině faktorů, které jsou známy tím, že zasahují do kvality života osob závislých na alkoholu. Tento specifický nástroj by pravděpodobně mohl najít uplatnění v hodnocení středně či dlouhodobých léčbách.

K výzkumu 3:

K dokreslení celkové situace kvality života závislých na alkoholu jsem do výzkumu a následnému vyhodnocení zařadila ještě druhý standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF (krátkou verzi). Byl již použit společně s dotazníkem WHOQOL-BREF 100 ve studii u 32 lidí závislých na alkoholu prováděné v Brazílii. Výzkum se zaměřil na čtyři

oblasti života, kdy z dotazníku WHOQOL-BREF 100 byly vynechány domény úrovně nezávislosti a spirituální/náboženské, které se nevyskytují v krátké verzi dotazníku. Zároveň byla testována i konvergentní validita mezi dimenzemi SF-36 a WHOQOL-BREF, v níž s fyzickými a psychickými doménami jich 6 vykazovalo významnou asociaci. Autoři učinili závěr, že WHOQOL-BREF je prokazatelně uspokojivější při hodnocení kvality života v daném vzorku a užití v této oblasti je nepochybně slibné. Předkládají názor, že zmíněný dotazník může být v budoucnu užitečnější než nástroj SF-36, protože měří i sociální a environmentální domény, které jsou důležité u osob závislých na alkoholu, ačkoliv s takto malým vzorkem můžeme získaná data považovat přinejlepším za pilotní studii (Foster, 2006).

V České republice existuje manuál k vyhodnocení dotazníku WHOQOL-BREF 100 i WHOQOL-BREF (krátké verze). Dotazníky však u nás nebyly použity k výzkumu v oblasti závislosti na alkoholu. Z toho důvodu mnou získaná data nekorelují s hodnotami kontrolní skupiny zdravých lidí, které jsou uvedeny v manuálu. Při vyhodnocení jsem proto nemohla jednotlivá data porovnat a předkládám je tedy v následující podobě.

Respondenti mohli u všech otázek volit z pěti možných odpovědí, přičemž platí: čím vyšší bodová hodnota odpovědi, tím vyšší kvalita života v dané oblasti. Limitace respondentů byla stejná jako v předchozím případě. Dotazník vyplnilo 80 mužů ve věku 28 až 65 let. Délka jejich abstinence od alkoholu se pohybovala v rozmezí 3 měsíce až 24 let.

Jak už jsem uvedla v empirické části, vyhodnocení otázky č. 1 a 2 je zvlášť, zbylých 24 otázek je sloučeno do 4 domén: fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí.

V první otázce týkající se celkové kvality života označilo odpověď s bodovým hodnocením 4 (dobrá) 55 respondentů, což je poměrně velká část a tvoří 68,80% celé skupiny, jak ukazuje graf č. 10.

Druhá otázka se týkala pocíťovaného zdravotního stavu. Nadpoloviční většina dotázaných je se svým zdravotním stavem spokojena. Tato odpověď se promítla 45 krát. Druhá část respondentů, čítající 17 osob, se nedokázala rozhodnout a volila alternativu

ani spokojen, ani nespokojen. Ostatní odpovědi označilo velmi malé procento mužů, jak je zaznamenáno v grafu č. 11.

Hodnoty proměnných, které jsme získali po statistickém zpracování dotazníků v jednotlivých oblastech, souhrnně předkládá tabulka č. 8. V následném přehledu jsou získaná data seřazena sestupně od nejhorších negativních dopadů v dané oblasti až po nejlépe pocíťovanou kvalitu života.

Nejhorší dopady pocíťují respondenti v oblasti sociálního prostředí. Tato doména byla vymezena třemi dotazy, jak ukazuje tabulka č. 6. Je zcela logické, že dopady na uvedenou oblast jsou největší. Rodina a nejbližší okolí je nuceno snášet závislost jedince, při níž vyvstávají různé problémy, které mohou přerůst až v rodinnou krizi a často i v agresi vůči manželce a dětem. Nemůžeme se tedy divit, že právě upravení vztahů mezi nejbližšími trvá, i přes dodržovanou abstinenci závislého, velmi dlouho.

Oblast prožívání byla v nepříznivých dopadech na kvalitu života respondenty zařazena hned po výše zmíněných sociálních vztazích. Je vymezena šesti otázkami, jejichž přehled je v tabulce č. 5. Tato doména úzce souvisí s předchozí oblastí života člověka a zejména proto ji dotázaní zařadili na druhé místo.

Na třetím místě se zařadila doména fyzického zdraví, která je vymezena sedmi dotazy, jak ukazuje tabulka č. 4. Důvodem tohoto zařazení je zřejmě fakt, že už při počátcích abstinence dochází k úpravě mnohdy značné nerovnováhy v organismu a tím i zlepšení zdravotních obtíží. Po řádně ukončené léčbě většina našich pacientů odchází v poměrně dobrém fyzickém stavu. Mnohé patologické hodnoty z počátku léčby jsou již normalizovány např. dodržováním diety, podáváním medikamentů či prostým zvýšeným pohybem. I proto výrazné zlepšení po fyzické stránce respondenti nepozorují ani při další léta trvající abstinenci.

Nejmenší negativní dopady tázání pocíťují v oblasti prostředí. Tato doména je vymezena osmi otázkami, jejichž přehled je uveden v tabulce č. 7. Zde respondenti v šesti otázkách zvolili v nadpoloviční většině odpověď s bodovou hodnotou 4 tedy druhou nejvyšší možnou. Výsledky nám říkají, že kvalita života v této oblasti je největší z uvedených domén.

Kvantitativní výzkum byl v této práci použit k dokreslení celkové situace pacientů se závislostí na alkoholu ve všech již zmíněných oblastech. Pomocí dotazníků AIQOL9 a WHOQOL-BREF (krátké verze) byla získána data od velkého počtu respondentů s podobnými nebo stejnými problémy. Jejich subjektivní pohled byl zasazen do širšího kontextu. Také byla potvrzena domněnka, že standardizované dotazníky AIQOL9 a WHOQOL-BREF (krátká verze) jsou dostatečně vypovídající při použití u jedinců závislých na alkoholu. Cíle druhé části výzkumu byly splněny.

13 Závěr

Cílem bakalářské práce bylo přinést jistá doporučení v přístupu k léčbě lidí závislých na alkoholu a upozornit na možná rizika spojená s jeho nadměrným požíváním. Také by měla vést k zamyšlení nad nutností prevence tohoto neblahého fenoménu a uvědomění si všech důsledků, které s sebou závislost na alkoholu a dopady jeho pití přináší.

V teoretické práci byl podán přehled o historii výroby alkoholu a jeho požívání v různých částech světa. Po té, co si lidstvo uvědomilo neblahé dopady při nadměrné konzumaci alkoholických nápojů, snažilo se stále stupňující se problému zvládnout nejprve represivními prostředky, ať už užitím fyzických trestů či mnohem později prohibičními opatřeními, a poté i pokusy o léčbu. Tyto postupy však neměly kýžený dopad a léčba alkoholismu jako taková začala až mnohem později.

Další výčet se týká pozitivních, ale zejména negativních účinků alkoholu na organismus člověka. Přináší přehled o účinku alkoholických nápojů na jednotlivé systémové soustavy organismu a o nejčastějších onemocněních jimi způsobených. Poukazuje i na závažné dopady v oblasti rodinné, pracovní a sociální, které jsou mnohdy horší než škody způsobené na zdraví člověka. S tím souvisí i právní normy a zákony, které jsou často v důsledku etylismu porušovány. Výčet právních předpisů zabývajících se požíváním alkoholu najdeme v Zákoníku práce. Mnohem obšírněji se jím však zabývá Trestní právo, které stanovuje sankce za činy způsobené pod vlivem alkoholu. Z obou pramenů jsem pro přehled vyňala některé pasáže.

Práce také nastiňuje současné trendy a možnosti v léčbě lidí závislých na alkoholu. Rozhodnutí, jaká forma terapie bude pro jednotlivce nejvhodnější, je na samotné osobě, která si své potíže připustí. Zvládnout je sám dokáže málokterý pijan, lepší a vhodnější pro něj je podstoupit protialkoholní léčbu pod odborným psychoterapeutickým vedením. Nedílnou součástí léčby je zejména trvalá abstinence a následné doléčování. I v tomto ohledu má alkoholik možnost výběru.

Je pravdou, že se o zneužívání alkoholu v poslední době hovoří méně. Není to však tím, že by problém nepřetržoval. Větší pozornost se ale věnuje spíše více aktuálnímu

zneužívání tvrdých drog, hlavně u mladých jedinců, a závislost na alkoholu je tak odsouvána do pozadí. Statistiky uvedené na konci teoretické části nám dokládají, že problém alkoholismu není na ústupu, ale právě naopak.

V části empirické bylo mým cílem provést průzkum, který by potvrdil domněnku, že abstinencí se výrazně zlepšuje kvalita života závislých ve všech oblastech uvedených v teoretické části, se zaměřením zejména na oblast fyzického a psychického zdraví, a na sféru sociální. Těžištěm mé práce byl výzkum kvalitativní, v němž jsem zdůraznila rozdíl v kvalitě života mužů v období před protialkoholní léčbou a po ní. Získaná data prokázala zvýšení kvality života při abstinenci od návykové látky. Také nastínila možné strategie v osobním přístupu. K dokreslení předloženého problému a potvrzení mé domněnky jsem zvolila i metodu kvantitativní. Z konečných výsledků použitých standardizovaných dotazníků je jasné, že zvýšení kvality života u osob závislých na alkoholu je závislé na trvalé abstinenci.

Až v průběhu výzkumu a hledání prací s podobnou tematikou, jsem si uvědomila, že výzkum by se mohl také vyjádřit k využitelnosti dotazníků AIQOL9 a WHOQOL-BREF u osob se závislostí na alkoholu a zjistit, zda tyto dotazníky dostatečně vypovídají o daném problému. První sonda ukazuje, že ano. Vzhledem k tomu, že použití obou dotazníků v naší problematice je ojedinělé nejen u nás, ale i ve světě, doporučuji pokračovat v nastoupené cestě a provést výzkum na větším počtu respondentů, případně porovnat získaná data u mužů a žen. Vhodné by bylo také srovnání dat u pacientů, kteří přichází na léčbu, a u stejných osob po řádně ukončené léčbě. Zajímavé by bylo i případné třetí vyplnění při následné abstinenci. Porovnání opakovaně získaných dat by mohlo přinést překvapivé výsledky.

Anotace

Autor:	Martina Kasiková
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetřovatelství
Název práce:	Kvalita života lidí závislých na alkoholu po léčbě
Vedoucí práce:	Prof. PhDr. Mareš Jiří, CSc.
Počet stran:	172
Počet příloh:	5
Rok obhajoby:	2011
Klíčová slova:	alkohol, alkoholismus, závislost, léčba závislosti, abstinence, prohibice

Bakalářská práce poskytuje přehled o užívání alkoholických nápojů v průběhu staletí, o trestech při jejich nadužívání i o prvních pokusech o léčení. Zabývá se neblahými dopady nadužívání této návykové látky na lidský organismus v oblasti zdravotní, rodinné a sociální. Předkládá průřez možných důsledků zneužívání alkoholu na jednotlivé orgány i výčet nejčastějších onemocnění. Předkládá výčet různých možností terapie, forem doléčování i následné péče. Těžiště práce představuje kvalitativní výzkum vedený formou polostrukturovaného rozhovoru se čtyřmi respondenty závislými na alkoholu, u nichž se délka abstinence pohybuje v rozmezí od 1 až 1,5 roku. Získaná data a jejich vyhodnocení vypovídají o výrazném zlepšení kvality života dotázaných v oblasti sociální, zdravotní a psychické. V druhém bloku empirické části je použita metoda kvantitativní formou standardizovaných dotazníků AIQo19 a WHOQOL-BREF (krátká verze). Zkoumaným vzorkem je 80 dlouhodobě abstinujících pacientů závislých na alkoholu – mužů, různého vzdělání, zaměstnání a s odlišným rodinným zázemím. Doba abstinence respondentů se pohybuje od 3 měsíců do 26 let. V dotazníku AIQo19 se nadpoloviční většina respondentů shoduje na velmi dobrém pocíťovaném stavu ve všech uvedených oblastech. V druhém dotazníku WHOQOL-BREF (krátká verze) převládají odpovědi, které poukazují na zlepšení kvality života v daných oblastech. Největší pokrok byl zaznamenán v oblasti prostředí, za kterým následuje oblast fyzického zdraví. Další je oblast prožívání a nejhorší dopady pocíťují respondenti v oblasti sociálních vztahů.

Annotation

Author: Martina Kasiková
Institution: Charles University in Prague, Faculty of Medicine in Hradec
Králové, Institute of Social Medicine, Department of Nursing
Title: The Quality of life of people dependent on alcohol after the treatment
Supervisor: Prof. PhDr. Mareš Jiří, CSc.
Number of pages: 172
Number of supplements: 5
Defence year: 2011
Keywords: alcohol, alcoholism, dependence, treatment of dependence, abstinence,
prohibition

The graduation work gives an overview of using alcoholic drinks during centuries, punishments for its misuse and the first attempts to treat it. It is concerned with the disastrous misuse of this addictive substance and its impact on the human organism in the medical, family and social areas. It brings a cross-section of possible impacts of using alcohol upon various organs of the human body as well as an enumeration of the most common diseases associated with alcoholism itself and it presents various aspects of an increased consumption of alcohol. It offers the enumeration of various possibilities of the therapy, the after-treatment ways as well as the successive care. The graduation work focuses on the qualitative research conducted in the way of a half-structured interview with four respondents dependent on alcohol with the abstinence duration moving between 1 and 1.5 year. The acquired information and the data evaluation speak about considerable improvement of the respondents life quality in social, medical and psychical areas. In the second block of the empirical part is used a quantitative method in the form of a standardized questionnaire AIQoI9 and WHOQOL-BREF (brief versions). 80 alcohol addicts in a long-term abstinence were under examination – men of various education levels, employment and family backgrounds. The abstinence time of the respondents moves between 3 months to 26 years. More than a half of the respondents of the questionnaire AIQoI9 feels very well in all the areas mentioned above. In the case of WHOQOL-BREF (brief versions), the predominant answers of the respondents are those pointing to the life quality improvements in the areas mentioned above. The biggest progress was noticed in the background areas,

followed by the health and psychical areas. The respondents feel the worst impact in the social area.

POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE

Odborná literatura:

1. BÚTORA, Martin. *Mne sa to nemôže stať* 1. vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1989. 340 s. ISBN 80-217-0076-9
2. DRAGOMIRECKÁ, Eva, BARTOŇOVÁ, Jitka. *WHOQOL-BREF, WHOQOL – 100. Příručka pro uživatele české verze dotazníků Světové zdravotnické organizace* 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. 92 s. ISBN 80-85121-82-4
3. FERJENČÍK, Ján. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu (Jak zkoumat lidskou duši)* 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 256 s. ISBN 80-7178-367-6
4. FOSTER, J. H. Quality of life measurement and alcoholism: Another arm to nursing practice? *Clinical Effectiveness in Nursing*. 2006, Vol.9, Supplement 3, pp. e295 – e301.
5. HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník* 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 311 s. ISBN 80-7178-803-1
6. HOSÁKOVÁ, Jiřina a kol. *Ošetřovatelská péče v psychiatrii* 1. vyd. Slezská univerzita v Opavě, 2007. 158 s. ISBN 978-80-7248-442-3
7. JEŘÁBEK, Petr. Osobnostní dispozice k drogové závislosti: Klinický pohled *Adiktologie* 2006, roč. VI., č. 4. 493 – 504 s. ISSN 1213-3841
8. JÍLEK, Jan. *Ze závislosti do nezávislosti (spoluzávislí a nešťastní)* 1. vyd. Černá v Pošumaví: polygrafická výroba Ing. Josef Černý, 2008. 224 s. ISBN 978-80-85524-03-1
9. KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie* 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0
10. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0

11. KUBIČKA, Luděk, SKÁLA, Jaroslav. *Sborník studií o abúzu alkoholu a jiných návykových látek* 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav psychiatrický, 1982. 293 s. ÚVTEI 73 142
12. KUBÍNKOVÁ, Dagmar, KŘÍŽOVÁ Alena. *Ergoterapie* 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství University Palackého, 1997. 95 s. ISBN 80-7067-698-1
13. KUNDA, Stanislav a kol. *Klinika alkoholizmu* 1. vyd. Martin: Vydavatel'stvo Osveta, 1988. 256 s. 70-020-88
14. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4
15. KVAPILÍK, Josef, SVOBODOVÁ, Alena. *Člověk a alkohol* 1. vyd. Praha: Avicenum – Zdravotnické nakladatelství, 1985. 240 s. 08-091-85
16. MALÁ, Eva, PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další* 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 144 s. ISBN 80-7178-700-0
17. MALET, Laurent. ALQOL 9 For measuring quality of life in alcohol dependence *Alcohol & Alcoholism*. 2006, Vol. 41, No. 2 pp. 181-187
18. MAREŠ, Jiří a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících* 1. vyd. Brno: Nakladatelství MSD, 2001. 228 s. ISBN 80-86633-65-9
19. MAREŠ, Jiří. Kvalita života a její proměny v čase u téhož jedince *Československá psychologie*. 2005, roč. XLIX., č. 1. 19–33 s. ISSN 0009-062X
20. MEČÍŘ, Jan. *Základy obecné a speciální psychiatrie* 2. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1987. 148 s. 17-144-87
21. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decenální revize* Praha: Bomton agency, 2008. 860 s. ISBN 978-80-904259-0-3
22. NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav. *Léčba a prevence závislostí* 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1996. 203 s. ISBN 80-85121-52-2

23. NEŠPOR, Karel. *Jak překonat problémy s alkoholem* Praha: Sdružení FIT IN – Rodiče proti drogám, 2004. 123 s.
24. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost* 3. vyd. Praha: Portál, 2007. 176 s. ISBN 978-80-7367-267-6
25. PAYNE, Jan a kol. *Kvalita života a zdraví* 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 20-7254-657-0
26. POPOV, Petr. Z historie léčby alkoholismu v Českých zemích *Adiktologie*, 2005, roč. V., č. 2 Supplementum. 234 – 241 s. ISSN 1213-3841
27. PSYCHIATRIKČÉ CENTRUM PRAHA. *Terminologický slovník z oblasti alkoholu a drog* 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 200. 80 s. ISBN 80-85121-08-5
28. RABOCH, Jiří, PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie – minimum pro praxi* 2. vyd. Praha: TRITON, 2001. s. ISBN 80-7254-16-56-0
29. ROTGERS, Frederick a kol. *Léčba drogových závislostí* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 264 s. ISBN 80-7169-836
30. ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie náboženství a spirituality* 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 328 s. ISBN 978-80-7367-312-3
31. SKÁLA, Jaroslav. *...až na dno!? Fakta o alkoholu, pijáctví a alkoholismu* 3. vyd. Praha: Avicenum – Zdravotnické nakladatelství, 1977. 144 s. ISBN 80-009-77
32. SKÁLA, Jaroslav. *Závislost na alkoholu a jiných drogách* 1. vyd. Praha: Avicenum – Zdravotnické nakladatelství, 1987. 208 s. 08-077-87
33. SOUKUP, Ladislav, SAVELJEV, Jaroslav. *Medicína a paragrafy* 1. vyd. Praha: Alberta, 1996. 864 s. ISBN 80-85792-11-9
34. VOKURKA, Martin, HUGO, Jan a kol. *Velký lékařský slovník* 8. vyd. Praha: Maxdorf, 2008. 965 s. ISBN 978-80-7345-166-0

35. VYSOKOLAJOVÁ, Margarita, KAHLE, Bohuslav, DOLEŽÍLEK, Jiří. *Zákoník práce s komentářem* 1. vyd. Praha: ASPI, 2007. 472 s. ISBN 80-7357-224-9
36. ZIMA, Tomáš a kol. *Poškození jater, pankreatu a trávicího traktu alkoholem* 1. vyd. Praha: MEDPRINT, 1996. 196 s. ISBN 80-902036-1-2

Internetové zdroje:

1. Alkoholismus – heslo ve Wikipedii. Dostupné z: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/alkoholismus>>
2. Francouzský paradox – heslo ve Wikipedii. Dostupné z: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Francouzsk%C3%BD-paradox>>
3. KRAUMANOVÁ, Andrea. *Determinanty vzniku alkoholismu a jeho vliv na kvalitu života jedince a jeho rodinných příslušníků* České Budějovice, 2010. Bakalářská práce (Bc.) Jihočeská universita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: <<http://theses.cz/id/amkyq4>>
4. PANČOCHA, Karel. *Patologické závislosti v kontextu speciálně pedagogické teorie a praxe* Brno 2007. Masarykova universita Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky. Dostupné z: <www.is.muni.cz/publikace/publikace_simple.pl?id=752796>
5. ŠERÁK, Stanislav. *Drogová závislost u učňovské mládeže* Brno 2009. Bakalářská práce (Bc.) Masarykova universita Pedagogická fakulta. Dostupné z: <http://is.muni.cz/th/200093/pedf_b/>
6. TESAŘOVÁ, Renata. *Vliv závislosti na trestnou činnost dětí a mladistvých* Brno, 2010. Diplomová práce. Masarykova universita Pedagogická fakulta. Dostupné z: <http://is.muni.cz/th/135736/pedf_m/Diplomova_prace>
7. Úřad vlády České Republiky. *Drogy-info.cz* [on line]. 23. 5. 2007 [cit. 2010 – 03 -12]. Dostupné z: <http://www.drogyinfo.cz/index.php/o_nas/evaluace/banka_evaluacnich_nastroju/dotazniky_kvality_zivota_svetove_zdravotnicke_organizace.>
8. ÚZIS. Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2009>>

Seznam grafů

Graf č. 1 – návratnost dotazníků.....	125
Graf č. 2 – omezení v chůzi po schodech.....	126
Graf č. 3 – omezení kvůli bolesti.....	127
Graf č. 4 – celkové zdraví.....	128
Graf č. 5 – omezení v práci.....	129
Graf č. 6 – nervozita.....	130
Graf č. 7 – deprese, úzkost.....	131
Graf č. 8 – pocit vyčerpání.....	132
Graf č. 9 – potíže ve společenském životě.....	133
Graf č. 10 – celková kvalita života.....	134
Graf č. 11 – zdravotní stav.....	135

Seznam tabulek

Tab. 1. - Dotazník AIQol 9 (Pančocha, 2007).....	84
Tab. 2. – Možnosti odpovědí.....	136
Tab. 3. – Jednotlivé oblasti kvantitativního výzkumu.....	136
Tab. 4. – Otázky z oblasti fyzického zdraví.....	137
Tab. 5. – Otázky z oblasti prožívání.....	137
Tab. 6. – Otázky z oblasti Sociálních vztahů.....	138
Tab. 7. – Otázky z oblasti prostředí.....	138
Tab. 8. - Hodnoty proměnných v dotazníku WHOQOL-BREF (krátká verze).....	139

Seznam příloh

Příloha č. 1.....	164
Příloha č. 2.....	165
Příloha č. 3.....	166
Příloha č. 4.....	168
Příloha č. 5.....	171

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Souhlas ředitele léčebny

MUDr. Mašek Jaromír
Ředitel Psychiatrické léčebny Havlíčkův Brod
Rozkošská 2322
580 22 Havlíčkův Brod

V Havlíčkově Brodě 10.9.2010

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na oddělení léčby závislostí v Psychiatrické léčebně Havlíčkův Brod

Vážený pane řediteli,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na oddělení pro léčbu závislostí v Psychiatrické léčebně Havlíčkův Brod v rámci závěrečné bakalářské práce studentky Martiny Kasikové, narozené 4.11.1970, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem práce je zjistit kvalitu života pacientů závislých na alkoholu po ukončené protialkoholní léčbě a následné abstinenci.

Výzkumné šetření bude provedeno formou standardizovaných dotazníků WHOQOL-BREF (krátká verze) a AIQoI9, které jsou dobrovolné a anonymní. Dotazníky jsou přiloženy k žádosti. U vybraných pacientů také formou rozhovoru, jehož osnovu také předkládáme.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Prof. PhDr. Jiřího Mareše, CSc., vedoucího katedry Sociálního lékařství, LF UK v Hradci Králové.

Předkládáme standardizované dotazníky a osnovu rozhovoru.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem Prof. PhDr. Mareš Jiří, CSc.

Ústav sociálního lékařství

Kasiková Martina

Kontaktní adresa:
Kasiková Martina
Štoky 1
582 53 Štoky
e-mail: MKasikova@seznam.cz
Tel. 774 152 233

Kontaktní adresa:
Prof. PhDr. Mareš Jiří, CSc. ÚSL LF HK Hradec Králové
Šimkova 870
50002 Hradec Králové
e-mail: mareš@lfhk.cuni.cz
Tel. 495 816 426

Vyjádření vedení instituce :

Souhlasím

Nesouhlasím

Datum:

12 -11- 2010

Podpis a razítko:

MUDr. Jaromír Mašek

Psychiatrická léčebna
580 23 Havlíčkův Brod

Příloha č. 2: Souhlas respondenta

Paní Martina Kasiková mě seznámila s obsahem a cílem bakalářské práce s názvem „Kvalita života lidí závislých na alkoholu po léčbě“. Byl jsem obeznámen s tím, že v práci nebude figurovat mé jméno a zároveň budou vynechány údaje, podle kterých by mne mohl kdokoli identifikovat. Souhlasím, aby autorka použila informace získané z rozhovoru v této bakalářské práci a zároveň mohla nahlédnout do mé zdravotnické dokumentace.

Dne:

.....

Podpis respondenta

Příloha 3: Osnova rozhovoru

1. Jaká byla Vaše situace v době, kdy jste se rozhodl pro léčbu?
 - a) V oblasti zdravotní
 - b) V rodinném prostředí
 - c) V oblasti sociální, v zaměstnání
 - d) V oblasti psychické rozpoložení

2. Proč jste se rozhodl pro léčbu?
 - a) Co sehrálo hlavní roli
 - b) Co byla tzv. „poslední kapka“
 - c) Měl jste problémy se zákonem v souvislosti s pitím
 - d) Chtěl jste svůj život ukončit

3. Jaká byla Vaše léčba?
 - a) Ve kterém roce jste absolvoval léčbu
 - b) Jak dlouho trvala Vaše léčba
 - c) Co se Vám v léčbě dařilo
 - d) Co bylo pro Vás naopak v léčbě nejtěžší
 - e) Měl jste chuť léčbu předčasně ukončit
 - f) S jakými pocity jste odcházel z léčby

4. V čem se změnil Váš život po ukončení léčby?
 - a) V oblastech uvedených v otázce 1.
 - b) S jakými pocity jste odcházel z léčby, jaká byla Vaše očekávání
 - c) Co očekávali Vaši bližní po návratu, splnila se jejich očekávání
 - d) Jak se k Vám chovali lidé v širším okolí
 - e) Setkal jste se s „odsouzením“ okolí či s odtažitým chováním

5. Jak dlouho již abstinujete? Jak hodnotíte doléčování a jeho formy?
- a) Kolikátá „opakovací“ léčba v abstinenci je Vaše současná
 - b) Máte podporu v rodině při doléčování
 - c) Co Vám přináší „opakovací“ léčby
 - d) Můžete porovnat období hned po ukončení léčby a nyní
 - e) Kdo je Vaší největší oporou, v čem je pro Vás tato „opora“ důležitá a jak ji vnímáte
 - f) Ví vaše okolí, že jste abstinující alkoholik a léčil jste se
 - g) Charakterizujte, co bylo pro Vás v průběhu abstinence nejdůležitější, nastaly u Vás jakési klíčové (zlomové) body
6. V čem vidíte svůj největší úspěch ve svém abstinentském životě?
- a) Na co jste nejvíc pyšný
 - b) Která činnost Vás nejvíce naplňuje
 - c) Co vidí Vaše rodina jako Váš největší úspěch
 - d) Co byste doporučil svým známým, kdyby se dostali do stejné situace, jako Vy před úspěšnou léčbou

Příloha 2: Standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF (krátká verze)

PCP 2003

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.:

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

Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	vůbec ne ①	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 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 5: Standardizovaný dotazník AIQol9

Dotazník AIQol9

1. Omezuje Vaše zdraví nyní vyjít po schodech několik pater?					
Vůbec neomezuje		Trochu omezuje		Omezuje	
1		2		3	
2. Jak velké bolesti jste měl v posledních 4 týdnech?					
Žádné	Velmi mírné	Mírné	Střední	Silné	Velmi silné
1	2	3	4	5	6
3. Řekl byste, že vaše zdraví je celkově.....					
Výtečné	Velmi dobré	Dobré	Docela dobré	Špatné	
1	2	3	4	5	
4. Byl jste v posledních 4 týdnech omezen v nějakém druhu práce nebo jiných činnostech kvůli zdravotnímu stavu?					
				Ne	Ano
				1	2
5. Jak často v předchozích 4 týdnech jste byl velmi nervózní? Jak často jste pociťoval pesimismus a smutek?					
Nikdy	Zřídka	Občas	Často	Většinou	Pořád
1	2	3	4	5	6

6. Udělal jste v posledních 4 týdnech méně, než jste chtěl kvůli nějakým emocionálním potížím, např. pocitu deprese či úzkosti?					
				Ne	Ano
				1	2
7. Jak často v předchozích 4 týdnech jste se cítil vyčerpán?					
Nikdy	Zřídka	Občas	Často	Většinou	Pořád
1	2	3	4	5	6
8. Do jaké míry bránily Vaše tělesné nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy, v širší společnosti v posledních 4 týdnech?					
Vůbec ne	Trochu	Mírně	Poměrně dost	Velmi silně	
1	2	3	4	5	