

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2016

Veronika Kilianová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Veronika Kilianová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ ZÁVISLÝCH
NA ALKOHOLU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Miroslava Langmajerová

Plzeň 2016

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 16. 03. 2016

.....

Vlastnoruční podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Miroslavě Langmajerové za odborné vedení bakalářské práce, za poskytování cenných rad a za ochotu, se kterou k mé práci přistupovala. Děkuji respondentům za poskytnutí rozhovorů. Dále děkuji zdravotníkům, kteří ke mně po dobu výzkumu na pracovišti, kde výzkum probíhal, vřele přistupovali. A v neposlední řadě děkuji mé rodině za trpělivost, kterou se mnou měli po celou dobu studia.

Anotace

Příjmení a jméno: Kilianová Veronika

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Kvalita života pacientů závislých na alkoholu

Vedoucí práce: Mgr. Miroslava Langmajerová

Počet stran – číslované: 62

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 14

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 32

Klíčová slova: alkohol – alkoholismus - kvalita života – závislost

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá závislostí na alkoholu. Do jaké míry závislost na alkoholu ovlivňuje kvalitu života pacienta. Teoretická část se věnuje příčinám závislosti, typologii závislosti, účinkům alkoholu v organismu, jednotlivým fázím alkoholismu a v neposlední řadě jakým důsledkem je alkoholismus pro stránku zdravotní, psychickou a sociální. Dále jsou v teoretické části jednotlivě popsány možnosti léčby alkoholismu. Praktická část mapuje dva respondenty, u kterých byla stanovena diagnóza závislosti na alkoholu. Zkoumá důvody, které respondenty vedly k alkoholismu a jaký dopad má alkoholismus na jejich kvalitu života.

Annotation

Surname and name: Kilianová Veronika

Department: Department of nursing and midwife

Title of thesis: Life Quality of Patients Addicted on Alcohol

Consultant: Mgr. Miroslava Langmajerová

Number of pages – numbered: 62

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 14

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 32

Keywords: alcohol – alcoholism – quality of life - dependenc

Summary:

Bachelor thesis deals with alcohol addiction. How much that addiction influences a patient's life quality? Theoretical part dedicates the causes of addiction, typology of the addiction, alcohol effects in organism, particular stages of alcoholism and finally what consequence the alcoholism has got for medical, psychological and social aspects. In the theoretical part there are also described cure possibilities of alcoholism. Practical part charts two respondents who has been established the diagnosis of alcohol addiction at. It examines the reasons which head the respondents to becoming addicted and what impact has got the alcoholism on their life quality.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 ZÁVISLOST NA ALKOHOLU.....	10
1.1 Historie alkoholismu	10
1.2 Definice závislosti	11
1.3 Příčiny závislosti	11
1.4 Diagnostika závislosti.....	12
1.5 Jellienkova typologie závislosti na alkoholu.....	13
1.5.1 Typ alfa „ problémové pití “	13
1.5.2 Typ beta „ příležitostný abusus “	13
1.5.3 Typ gama „ anglosaský typ “	13
1.5.4 Typ delta „ románský typ “	13
1.5.5 Typ ypsilon „ kvartální pijáctví “	13
1.6 Abúzus alkoholu v naší společnosti	13
1.7 Účinky alkoholu v organismu	14
1.7.1 Pozitivní účinky alkoholu.....	14
1.7.2 Negativní účinky alkoholu	15
1.8 Fáze alkoholismu-znaky.....	15
1.8.1 1. Stadium: iniciální, počáteční	15
1.8.2 2. Stadium: prodromální, varovné.....	16
1.8.3 3. stadium: krucinální, rozhodné:	16
1.8.4 4. stadium: terminální, konečné.....	16
1.9 Důsledky alkoholismu.....	17
1.9.1 Psychické důsledky	17
1.9.2 Zdravotní důsledky.....	18
1.9.3 Sociální důsledky.....	18
1.10 Alkoholový odvykací stav.....	19
1.10.1 Delirium tremens	19
2 KVALITA ŽIVOTA SE ZÁVISLOSTÍ.....	21
2.1 Definice kvality života	21
2.2 Důsledky abúzu alkoholu ve vztahu ke kvalitě života	22
2.3 Rodina a alkoholik.....	22
2.4 Spoluzávislost.....	23
3 LÉČBA ALKOHOLISMU	24
3.1 Formy léčby.....	24

3.1.1	Ambulantní léčba -AT	24
3.1.2	Anonymní alkoholici	25
3.1.3	Stacionární léčba.....	25
3.1.4	Ústavní léčba	25
3.1.5	Doléčovací programy	26
3.2	Psychoterapie.....	27
3.3	Farmakoterapie.....	28
3.3.1	Senzitizace	28
3.3.2	Anticravingová léčba.....	28
PRAKTICKÁ ČÁST		30
4	FORMULACE PROBLÉMU	30
5	CÍL VÝZKUMU.....	30
5.1.1	Dílčí cíle	30
5.1.2	Výzkumné otázky	30
6	DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY	31
6.1	Metoda sběru dat	31
6.2	Výběr případu.....	32
6.3	Způsob získávání informací	32
7	ORGANIZACE VÝZKUMU.....	32
8	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	33
8.1	Rozhovor 1	33
8.2	Rozhovor 2	43
9	DISKUZE	51
ZÁVĚR.....		57
LITERATURA A PRAMENY.....		58
SEZNAM ZKRATEK		61
SEZNAM PŘÍLOH		62

ÚVOD

Bakalářská práce pojednává o kvalitě života pacientů se závislostí na alkoholu. Závislost na alkoholu je v dnešní době velice častou nemocí, která se prolíná napříč celou společností. A mnohdy si právě společnost neuvědomuje, že právě o nemoc se jedná.

Alkohol je jednou z nejstarších a nejvíce užívanou psychoaktivní látkou na celém světě. Od ostatních látek, které vyvolávají závislost, se liší tím, že je legální, volně dostupný, jeho konzumace je akceptována a do určité míry i podporována. Vždyť při radostné zprávě často zazní: „ To chce přípitek“. Užívat alkohol v naší společnosti je naprosto běžné. Naopak na abstinenci se pohlíží tak trochu s despektem. Alkohol přináší, tak jako jiná droga příjemné prožitky, bezstarostnost. A vzhledem k tomu, že je dostupný kdekoliv, je velice jednoduché k té skleničce sáhnout a v nesnadné chvíli tento krok opakovat. Alkoholismus vzniká pozvolna, i proto je nesnadné pro jedince, u nichž se závislost probouzí tento problém řešit včas a závislost rozpoznat. Během rozvoje závislosti totiž kontrola, kterou z počátku nad alkoholem máme, se mění a alkohol přebírá kontrolu nad jedinci samými. Alkoholismus je nemoc, která ničí zdraví i osobnost pacienta.

Cílem mé práce je seznámit veřejnost s velmi častou diagnózou, kterou je závislost na alkoholu. Zdůraznit, že alkoholismus v naší společnost je velmi rozšířen, ale povědomí veřejnosti o jeho přítomnosti není velké. Každý máme v okolí někoho, kdo ke skleničce utíká více než kdokoliv jiný. Ovšem většina z nás tuto skutečnost jen konstatuje a neuvědomujeme si, že vidíme problém, který se dá léčbou řešit a výrazně jej ovlivnit. Léčba alkoholismu je nelehká, není okamžitá, ale navrácí lidem zpět jejich osobnost, sebeúctu a respekt okolí. Snažím se přiblížit laické veřejnosti, ale i zdravotníkům, jaký dopad má závislost na alkoholu na život jedince. Jak se jeho užívání odráží v osobním, pracovním životě, na jeho zdravotním stavu a jak negativa alkoholismu působí na sociální stránku jedince. Popisuji, jaké jsou možnosti léčby.

Díky kvalitativnímu výzkumu mapuji u jednotlivých respondentů, kteří trpí závislostí na alkoholu, jak alkoholismus jejich život ovlivnil. Jaké příčiny vedly k rozvoji závislosti. Do jaké míry tato diagnóza ovlivňuje jejich jednotlivé stránky kvality života. Zjišťuji, jak zvládají léčbu, mají-li podporu rodiny a jaké mají plány do budoucna.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁVISLOST NA ALKOHOLU

Každý z nás se v životě s alkoholem setká. Zhruba každý pátý člověk alkohol odmítne, dále abstinuje, nebo pije jen symbolicky. Ostatní lidé pijí více či méně. Zhruba každému desátému člověku pití alkoholu působí nějaké potíže, ale problémy s pitím se nestupňují. Přibližně u 3% populace se problémy s pitím začínou zhoršovat a ničí jejich základní životní hodnoty. Zde můžeme hovořit o závislosti na alkoholu. Bohužel jen část z nich vyhledá léčbu a ostatní se dále upíjejí. (Heller, a další, 2011, s. 13)

1.1 Historie alkoholismu

Na počátku 20. století byl alkoholismus v Čechách slovem stejného významu jako je opilství nebo „kořalečný mor“. Vlivy, které zapůsobily na rozvoj tehdejší medicíny u nás vzhledem k nadměrnému užívání alkoholu, pocházely z Německa, Skandinávie a USA. S konceptem alkoholismus jako nemoc přišel Dr. Benjamin Rush armádní lékař USA. Rush byl označován jako Otec, zakladatel a propagátor útulků pro alkoholiky a inspiroval hnutí, která propagovala střízlivost. Na začátku 18. století začaly vznikat spolky střízlivosti v Austrálii, Velké Británii a dále v USA. Josef Jungman v roce 1845 vydal článek „Spolky střízlivosti“. Byl inspirován americkým sociálním hnutím, které propagovalo abstinenci a snažilo se redukovat konzumaci alkoholu. Podobně působily spolky střízlivosti také u nás. V roce 1908 vznikl v Praze Svaz abstinentských později **Československý abstinentský svaz**. Chronické onemocnění, způsobené pitím alkoholu označil za alkoholismus prvně švédský lékař Magnuss Huss v roce 1849. Toto téma vzbuzovalo největší zájem v literatuře do roku 1890. Svědčí o tom lékařské časopisy, ale i 23 doktorských prací, které v letech 1891 až 1900 byly na téma alkoholismus obhajovány. Na začátku 20. století zájem o toto téma klesl. Tento postoj trval až do poloviny 20. století. Po skončení 2. světové války se diskuze na téma alkohol stávaly čím dál vzácnější. A to i přes stále četné jaterní cirhózy a duševní poruchy. Zájem poklesl na celém světě. Lékaři se cítili bezmocní a jen málokdo si stál za názorem, že jde o lidi nemocné, kteří se potřebují léčit. Konečně roku 1952 začal být alkoholismus vnímán WHO jako globální problém. Zakladatelem moderní adiktologie u nás byl MUDr. Jaroslav Skála, který založil tzv. „apolinářský systém“, jehož principem léčby byla důsledná a trvalá

abstinence. Svým působením ovlivnil jak laickou, tak odbornou veřejnost a závislost začala být vnímána jako medicínský problém. (Popov, 2013, s. 6-7; Sornia, 1986, s. 95-134).

1.2 Definice závislosti

„Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák.“ (Nešpor, 2011, s. 9-10)

Podle WHO je závislost definovaná jako duševní, případně i tělesný stav, který je charakterizován přítomností naléhavé touhy nebo nepřekonatelné potřeby opakovaně a periodicky přivádět do svého těla příslušnou látku. (Šenkárová, 2012.)

1.3 Příčiny závislosti

Jak vzniká záliba v alkoholu, když první chuť alkoholu odpuzuje každého, který není na ni zvyklý? Důvodem k překonání toho negativního je důsledek jeho pozitivních účinků. Alkohol je konzumován při oslavách, pro radost i pohostinnost. První kontakt většinou přichází v období dospívání, kdy dospívající i přes jeho nepříjemnou chuť zjišťují, že vyvolává euforické účinky. Proto se k němu vrací, cítí se díky němu lépe a z občasného potěšení vzniká potřeba. Alkohol působí farmakologicky. Ve chvíli, kdy se z občasného popíjení stane návyk, mozek si pamatuje příjemné účinky a situace, kdy se alkohol podává – oslavy, výročí, jako aperitiv apod. Příčin závislosti na alkoholu je mnoho. Každý se setká v životě se situací, která ho může oslabovat. Ať je to nemoc, odchod blízké osoby či tragická událost. To jsou příčiny vnitřní **psychologické**. Do biologických příčin řadíme příčiny **genetické**. Na základě několika studií bylo zjištěno, že alkoholismus biologických rodičů může znamenat snazší rozvoj závislosti u dětí. Mezi vnější příčiny tedy **sociální**, řadíme výchovu, s kterou se snoubí vývoj jedince v prostředí, kde konzumovat alkohol je běžné. Další sociální příčinou může být život ve velkém psychickém vypětí, špatná atmosféra v rodině, v pracovním prostředí a v neposlední řadě prostředí, ve kterém je snadná dostupnost alkoholu. To, jak se rychle závislost vypěstuje je závislé na dispozici jedince, na věku, kdy začal pít a způsobu užívání alkoholu. Pokud začíná v brzkém věku, je-li přítomna i genetická dispozice a alkohol používá jako látku, která ovlivňuje jeho psychiku, tedy jako drogu, závislost vznikne rychleji. (Ühlinger, a další, 2009, s. 20-23; Heller, a další, 2011, s. 13-14)

1.4 Diagnostika závislosti

Současná diagnostika MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí- 10. revize umožňuje přesnou diagnostiku. Zařazuje závislost do kategorie Duševní poruchy a poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek (F10-F19). Dále v MKN desetinná čárka rozlišuje míru postižení a související faktory. Například diagnóza F. 10.20 značí Dg. závislost na alkoholu, v současnosti abstínuje. Pro diagnostiku závislosti se užívá dotazník závislosti, kde musí být přítomny, alespoň tři kladně zodpovězené otázky. V příloze č. 1 dotazník přikládám. (Heller, a další, 2011, s. 20,21; Nešpor, 2011,)

V rámci správné diagnostiky je důležité odebrat co nejlépe anamnézu, která se skládá z několika kritérií.

1. Podezření na alkoholismus se může vyjádřit za pomoci dotazníku POVR angl. CAGE:

- **P** Cítil jste někdy **p**otřebu přestat pít?
- **O**btěžovaly vás **n**arážky související s pitím?
- **V** Pociťoval jste **v**inu, že vaše pití je nadměrné?
- **R** Pijete hned, když se **r**áno probudíte?

2. Zvláště ženy se snaží dezinformovat o svém abúzu alkoholu.

3. Důležité je, získat pravdivé informace o užívání alkoholu od příbuzných, přátel atd. Je nutné také brát zřetel na to, v jaké oblasti jedinec žije. Zda nepatří do oblasti se zvýšenou konzumací alkoholu.

4. Je potřeba zjistit, zdali v důsledku užívání alkoholu nevznikly problémy sociální, pracovní, psychické změny, změny nálad, agresivita.

5. Dále si všímáme subjektivních potíží, které mohou být v zásadě stejné jako při jiné etiologii. Ovšem typické ranní nevolnosti, zvracení, hubnutí, únava, průjemy a tlak v pravém podžebří jsou pro alkoholickou steatózu typické. (Ehrmann, a další, 2006, s. 137)

1.5 Jellienkova typologie závislosti na alkoholu

Vznik závislosti na alkoholu je patrný po dlouhodobém užívání. Popisují ho čtyři vývojová Jellienkova stádia. (Kalina, a další, 2015, s. 54)

1.5.1 Typ alfa „problémové pití“

Nedisciplinované pití, které působí společenské potíže, občasné excesy s následnými problémy. Nejde o závislost, ale může se vyvinout do závislosti typu gama.

1.5.2 Typ beta „příležitostný abusus“

Jedná se o pravidelnou konzumaci alkoholu, kterou nepřerušuje ani kvůli rekonvalescenci, dovolené. Zde se též nejedná o závislost, ale může se vyvinout v typ delta.

1.5.3 Typ gama „anglosaský typ“

Zde je typická porucha kontroly. Vede k nevhodnému chování v opilosti a následně ke konfliktům s okolím. Mezi problematickými ebriety je zachována schopnost abstinence. Ebriety ovšem stoupají, až se stávají každodenními.

1.5.4 Typ delta „románský typ“

Typický pro oblasti, kde pravidelná konzumace alkoholu patří ke každodennímu životu. Udržuje si stále svoji hladinu alkoholu. Nedochozí k sociálnímu selhání. K projevům závislosti dojde často při náhlém odnětí dávek alkoholu, které se může rozvinout v delirium tremens. Kontrola nad pitím bývá dlouho zachována, ovšem denní dávka alkoholu roste. (Heller, a další, 2011, s. 33-34)

1.5.5 Typ ypsilon „kvartální pijáctví“

Jedná se o abúzus alkoholu při jiném často psychiatrickém onemocnění např. afektivní poruše, deprese. (Heller, a další, 2011, s. 33,34)

1.6 Abúzus alkoholu v naší společnosti

Alkohol v naší společnosti patří mezi nápoj, který je zcela běžný. Ehrmann uvádí, že v zemích Evropské unie rizikovým pijáctvím alkoholu trpí 55 milionů dospělých a každý rok umírá na důsledky abúzu alkoholu v Evropě 195 000 lidí. Tím se alkoholismus řadí na třetí příčku v žebříčku onemocnění, která způsobují v EU úmrtí. WHO uvádí statistiky z roku 2011. V České republice se průměrně vypilo 14,97 l čistého alkoholu na dospělého jedince a to nás zařadilo na první příčku celosvětového žebříčku. Česká

republika je tedy, co se týká užívání alkoholu první v Evropě a dokonce nejen u dospělých jedinců, ale i u adolescentů. Dále Ehrmann uvádí výsledky studie z roku 2011 našich studentů středních škol v rámci projektu ESPAD. Kdy 98% dotázaných s alkoholem někdy přišlo do styku a z toho 66% chlapců a 50% dívek pijí alkohol pravidelně. Tento závažný společenský problém, může mít velké negativní důsledky na zdravotní stav obyvatelstva, pracovní schopnost i ekonomiku státu. (Ehrmann, a další, 2014, s. 315; Rokyta, 2013,)

1.7 Účinky alkoholu v organismu

Alkohol se přijímá perorálně a následně působí v celém zažívacím traktu. Z tenkého střeva se dostává do krve, dále vrátnicovou žílou do jater, dále do srdce a ze srdce putuje tepnami do celého organismu. Vstřebání alkoholu je závislé na mnoha faktorech- náplni žaludku, koncentraci nápoje či prokrvení sliznice. Odbourání alkoholu je závislé na enzymatické výbavě jedince. Proces odbourání se děje především v jaterní buňce, která pomocí enzymů a energie zprostředkuje potřebnou chemickou reakci k odbourání etylalkoholu z organismu. Nejvíce se etylalkohol mění pomocí alkoholdehydrogenázy na kysličník uhličitý a vodu. Tento systém se liší aktivitou u žen a u mužů- ženy mají aktivitu o 30% nižší. Např. vypití 20g čistého alkoholu u ženy způsobí 0,5 promile, odbourává se 3 hodiny. Zatímco vypití 20g čistého alkoholu u muže způsobí 0,35 promile a odbourává se 2 hodiny. Účinky alkoholu závisí na množství vypitého alkoholu, na dosažené hladině v krvi a také na délce jeho užívání. Můžeme je rozdělit na pozitivní a negativní účinky alkoholu. (Heller, a další, 2011, s. 49-53)

1.7.1 Pozitivní účinky alkoholu

Co se vlastně děje, když se nám vstřebaný alkohol dostane do mozku? Je pravda, že u většiny lidí vyvolává příjemné pocity. Psychoaktivní látka začíná působit na buňky mozku a vyvolává vznik příjemné nálady. Prožívání euforie se liší a je u každého konzumenta jiná. Konzument je povídaný, uvolněný, cítí se šťastný. Pro tyto příjemné stránky užívání alkoholu, alkohol lidé většinou vyhledají znovu. (Edwards, 2004, s. 14,15) V knize Pavučina závislosti uvádí Heller pozitivní účinky alkoholu, mezi které patří účinky antidepressivní, sedativní, analgetický. Účinek, který stimuluje k aktivitě, odbourává zábrany a dále potlačuje úzkost. (Heller, a další, 2011, s. 49) V posledních 20-30 letech se rozšířila informace o pozitivních účincích alkoholu, především červeného vína. Tyto informace jsou spojeny s publikováním studií, které prokazují pozitivní vliv na parametry, kterými se měří lidské zdraví. V otázce problematiky prospěšného pití malých dávek

alkoholu se používá termín **francouzský paradox**. Je založený na faktu, který se týká nízké mortality ve vztahu ke kardiovaskulárnímu onemocnění oproti jiným zemím. Povrchně je tento jev vysvětlen tím, že se ve Francii k jídlu podává i malé množství vína. Ovšem zda může či nemůže mít pozitivní vliv pití malých dávek vína na organismus, se pravděpodobně nedovíme. Není možné, z etického i praktického hlediska takovou studii uskutečnit. (Kadaňka, 2013, s. 32-33)

1.7.2 Negativní účinky alkoholu

Negativní účinky alkoholu můžeme rozdělit na krátkodobé a dlouhodobé. Mezi krátkodobé patří somatické příznaky, které jsou závislé na dávce alkoholu. Řadíme sem nauzeu, zvracení, poruchu rovnováhy. Dále můžeme zařadit rizika, ke kterým patří poruchy chování až agresivita, snížená sebekontrola, rizikové sexuální aktivity, vandalismus i řízení motorových vozidel. U intoxikací s vysokou dávkou alkoholu může dojít ke kvantitativní poruše vědomí a dokonce až ke smrti. Mezi dlouhodobé účinky, které jsou podrobněji popsány v kapitole **zdravotní důsledky alkoholu**, patří poškození gastrointestinálního traktu, poškození oběhového systému, poruchy krvetvorby, poruchy spánku, psychotické poruchy a další. (Kalina, a další, 2015, s. 52-53)

1.8 Fáze alkoholismu-znaky

Rozdělení fází alkoholismu zavedl americký alkohololog E. M. Jellinek a pro naše podmínky je upravil J. Skála, který byl zakladatelem protialkoholního odd. v Praze 2. (Dušek, a další, 2010, s. 209)

1.8.1 1. Stadium: iniciální, počáteční

Budoucí pacient se navenek od svého okolí během tohoto stadia svým pitím neliší. Jen on sám by si mohl uvědomit, že pije pro psychotropní účinky alkoholu. Cítí se lépe, než když je střízlivý. Překonává situace, které pro něj za střízlivého stavu byly neřešitelné. Díky tomu, že se alkohol osvědčil jako řešení problémů, užívání alkoholu je častější. To dále vede k rozvoji adaptačních mechanismů, tedy k růstu tolerance. V tomto období hladina alkoholu nepřekračuje 0,5g/l (0,5 promile). Nemusí docházet k opilosti, nýbrž jen k opojení alkoholem. (Heller, a další, 2011, s.14,15; Dušek, a další, 2010, s. 208)

1.8.2 2. Stadium: prodromální, varovné

V tomto stadiu je k vyvolání příjemného pocitu třeba stále vyšší hladina alkoholu v krvi, jež se blíží hladině, která se projevuje zřetelnou opilostí. Zatím se však objevuje jen jako nedopatření. S rostoucí tolerancí se dotyčný cítí dobře, proto vyhledává příležitosti k pití. Ovšem, aby dosáhl žádoucí hladiny, pije rychleji než okolí, připravuje si náskok a začíná pít potají. Nyní si uvědomuje, že jeho pití může být nápadné a začíná se stydět. Své pití začíná skrývat. Na jakoukoliv zmínku o alkoholu je citlivý, v intoxikaci se kontroluje. Okolí tedy stále ještě nic nepozoruje. Podnapilý, kvůli velkému psychickému vypětí, se i po menší dávce etanolu může dostat do okénka palimpsestu- průběh intoxikace si nepamatuje. První i druhé stadium se ještě neřadí do onemocnění, řadí se do předchorobí. Ovšem ve chvíli, kdy se k druhému stádiu přidruží tzv. okénka, znamená to, že druhé stadium končí a začíná stadium třetí, které se už označuje za vlastní nemoc. (Heller, a další, 2011, s. 15,16)

1.8.3 3. stadium: krucinální, rozhodné:

Zde stále ještě tolerance roste. Pacient zvládá vysoké dávky alkoholu a intoxikace na něm nemusí být patrná. V tomto stádiu však dochází k tomu, že hladina, která je pacientovi příjemná, splývá s hladinou, kdy je jasně opilý. Pacient dlouho působí střízlivý a náhle se během jedné sklenky opije. Zde nastává změna kontroly pití. Alkohol je součástí základních metabolických dějů a reakce organismu se na určitou dávku změnila. Organismus reaguje změnou psychických procesů a rozjíždí se další nekontrolovatelná pití, která končí opilostí. Zde je řešením pouze se nenapít, abstinovat. Bohužel to si pacient uvědomovat nechce. Alkohol je pro něj tak důležitý, že si přestává vybírat, co pije. Často dosud spolehlivý člověk lže, neplní sliby, podvádí. Roste u něj vztahovačnost, nechce na sobě nechat znát, jak je na tom zle. To dále stupňuje konflikty s okolím a hlavně s těmi nejbližšími. Pacient se snaží neopít, nikoliv se nenapít. V tomto stadiu většina pacientů pomoc nevyhledá. Pacient je více dnů v týdnu opilý než střízlivý. A zde končí třetí stadium a začíná čtvrté, konečné. (Heller, a další, 2011, s. 16-18)

1.8.4 4. stadium: terminální, konečné

Pro toto stadium je charakteristický velmi nepříjemný stav vystřízlivění, který pacient musí řešit dalším alkoholem- tzv. ranními doušky. Začíná-li ranním douškem a pije i nadále během dne vzniká tah, což je několikadenní období, během kterého pacient nevystřízliví. Z nouze již pije i jiné prostředky obsahující etanol (Alpa, Iron). Kvůli

poškození jater a velkého vyčerpání organismu klesá tolerance. Je přítomna výrazná degradace osobnosti, kdy na prvním místě v životě pacienta je, opatřit si drogu. Až v této fázi postižený začíná hledat pomoc, často až po suicidálním pokusu. Ve třetím a čtvrtém stadiu může dojít k chronickému stadiu závislosti na alkoholu, kdy se následky požívání alkoholu stávají trvalými, nezvratnými. (Heller, a další, 2011, s. 18-19; Dušek, a další, 2010, s. 209)

1.9 Důsledky alkoholismu

Důsledky alkoholismu můžeme obecně rozdělit na psychické, zdravotní a sociální, které se více či méně projevují na kvalitě života daného člověka.

1.9.1 Psychické důsledky

Prostá podnapilost: nejčastěji se setkáváme s projevem akutní intoxikace, kde nehraje roli jen množství požitého alkoholu ovšem i individuální tolerance, věk, současný fyzický a psychický stav. Proto klinický obraz nemusí vždy odpovídat alkoholemii. Alkoholemii rozumíme stanovení alkoholu v krvi. Jedná se zhruba o 0,5-1,5 promile. Podnapilý se chová uvolněně, euforicky, snadněji překonává společenské zábrany, lehce se zvýší i sebevědomí ovšem sebekontrola je již snížena. (Raboch, a další, 2012, s. 60; Dušek, a další, 2010, s. 210)

Středně silná podnapilost: alkoholemie odpovídá 1,6-2,5 promile. V tomto stádiu je přítomno vrávorání, pády, agresivní projevy a silný afekt. (Raboch, a další, 2012, s. 61)

Těžká podnapilost: jde o alkoholemii nad 2,5 promile. Intoxikovaný má poruchy rovnováhy, je bradypsychický, řeč je špatně srozumitelná, může se pomočit, pokálet, zvrací. V tomto stavu může dojít k aspiraci zvratků a následnému udušení. Za život ohrožující alkohol v krvi se považuje hladina nad 5 promile. (Raboch, a další, 2012, s. 61)

Patická opilost: ebrietas pataca, jedná se o vzácný mráкотný stav, který vzniká po požití velmi malého množství alkoholu, kdy se jedinec nachází v nepříznivém stavu například vyčerpání, stresové situace, nemoci nebo nesnášenlivosti alkoholu apod. Chování je spíše agresivní a končí hlubokým spánkem. Po probuzení má jedinec amnézii. Své jednání si nepamatuje. (Raboch, a další, 2012, s. 61)

Ebrietas complicata: Pavlovský ve své knize psychiatrie uvádí, že komplikovaná podnapilost se projevuje kvantitativní poruchou vědomí. Od prosté podnapilosti se liší intenzitou prožívání a výrazným poklesem sebeovládání. Častá je přítomnost agresivního jednání, chybí konečný spánek a vyčerpání. Vyvolávajícím faktorem komplikované

podnapilosti může být interakce mezi alkoholem a psychofarmaky. (Pavlovský, a další, 2009, s. 57)

Alkohol dále nepříznivě působí na zapamatování si, zvláště pak již ve stádiu závislosti, kdy se vyskytují tzv. okénka. **Okénka** (palimpsesty) jsou výpadky vzpomínky na určitou část podnapilosti. (Raboch, a další, 2012, s. 62)

1.9.2 Zdravotní důsledky

V knize Hepatologie Ehrmann uvádí, že výzkum ohledně škodlivých účinků alkoholu začal až v druhé polovině minulého století. Kdy v roce 1971 v USA vznikla Instituce The National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). (EHRMANN, a další, 2014, str. 316) Dále uvádí, že při užívání malého množství alkoholu tj. 20g na den, je prokázáno, že preventivně působí na vznik kardiovaskulárního onemocnění. Naproti tomu při užívání alkoholu nad 50g za den má alkohol účinek opačný. Přispívá k riziku vzniku kardiomyopatie, onemocnění jater, poruch srdečního rytmu a rozvoji hypertenze. Patří mezi rizikové faktory nádorového bujení a je prokázáno, že se podílí na vzniku nádorů horního zažívacího traktu, které se dále násobí případným kouřením. (Ehrmann, a další, 2014, str. 316) Důsledky dlouhodobého užívání alkoholu popisuje Kalina v Klinické adiktologii, mezi které patří poškození trávicího traktu, poškození jater, které často vede k jaterní cirhoze, k jícnovým varixům, dále rozvoj diabetu, avitaminózy, rozvoj arteriální hypertenze, kardiomyopatie. Mohou vznikat psychotické poruchy, poškození mozku, které se projevuje demencí, poruchami paměti. Dále zmiňuje Korsakovův syndrom. Jedná se o amnestický syndrom, kdy je narušena krátkodobá paměť. Výpadky paměti jsou nahrazeny konfabulacemi. U mužů dlouhodobé užívání může vést k impotenci, která je důsledkem poškození endokrinního systému. (Kalina, a další, 2015, s. 53)

1.9.3 Sociální důsledky

Sociální důsledky užívání alkoholu naší společnosti jsou vzhledem k toleranci naší společnosti jiné, než důsledky užívání nealkoholových návykových látek. Tato odlišnost je dána zejména postojem společnosti, tolerancí k užívání alkoholu. Odmítání alkoholu ve společnosti může vést např. k vyloučení z party, může mít špatný dopad u obchodníků při sjednávání obchodu, atd. Naopak užívání návykových látek nealkoholového původu je určitým stigmatem, ale v samotném důsledku při vzniku závislosti se jedná z medicínského hlediska rovněž o nemoc. Dojde-li ovšem v obou případech o překročení

určité normy, dotyčný jedinec je též sociálním stigmatem. Společnost ho začíná odmítat. Hrozí mu izolace a porozumění nachází u jedinců se stejným postižením. (Fisher, 2014, s. 108)

Faktem je, že alkohol na každého jedince působí více či méně odlišně. Odborníci se shodli, že závislí na alkoholu mají několik společných znaků týkajících se sociální stránky jejich života. Těmi jsou:

- Konflikty rodinné, konflikty v partnerském vztahu.
- Nespolehlivost, nedostatečné pracovní nasazení, absence v zaměstnání až ztráta zaměstnání.
- Stížnosti sousedů.
- Zásahy policie, rozvody.
- Nedostatečná péče o dítě, s tím souvisí zhoršení prospěchu dětí ve škole, změna chování dětí.
- Nezáměr o svůj vzhled, zanedbávání domácnosti.
- Řízení motorového vozidla pod vlivem alkoholu.
- Soudní řízení.
- Neopodstatněné náhlé výdaje.

V literatuře jsou tyto indikátory uváděny jako varovné příznaky, které patří k možnému výskytu alkoholismu. (Ühlinger, a další, 2009, s. 25; Heller, a další, 2011, s. 106)

1.10 Alkoholový odvykací stav

Alkoholový odvykací stav se rozvíjí u osob s dlouhodobým a intenzivním užíváním alkoholu, které několik hodin i dní nekonzumovali alkohol nebo výrazně redukovali dávky. Maximálních projevů dosahuje druhého dne po ukončení abúzu alkoholu. K příznakům patří pocení, třes rukou i celého těla, neklid, nauzea, zvracení, zvýšený krevní tlak, poruchy spánku, tachykardie. Mohou být přítomny halucinace, křeče, úzkost, psychomotorický neklid. Tyto obtíže, pokud nedochází ke komplikacím, odeznívají během několika dnů. Odvykací stav však může být komplikován stavem, který progreduje do deliria tremens. (Raboch, a další, 2012, s. 218)

1.10.1 Delirium tremens

Delirium tremens je velice závažný až životu ohrožující stav s vysokým rizikem úmrtí. Projevuje se poruchami kognitivních funkcí, poruchami vědomí, pacient

je dezorientovaný, trpí inverzí spánku. Potíže bývají maximálně vystupňovány v noci. Stav bývá komplikován metabolickým rozvratem. Tudíž je nutné monitorovat vnitřní prostředí, základní životní funkce a pacienta hospitalizovat na Jednotce intenzivní péče. Pro pacientův často silný, motorický neklid bývají používána mechanická omezení. Tento stav, pokud nejsou přítomny komplikace, odeznívá během týdne. Dlouhodobě mohou přetrvávat depresivní stavy, poruchy spánku. (Kalina, a další, 2015, s. 53,54; Raboch, a další, 2012, s. 218,219) Prevencí deliria tremens je jediné včasná léčba závislosti a léčba odvykacích stavů. K léčbě odvykacích stavů dochází často při hospitalizaci díky jinému zdravotnímu problému. Proto se delirium tremens mnohdy objevuje na chirurgických, interních či neurologických odděleních. Důležité je, aby byli dobře informováni o léčbě a přístupu k pacientům v odvykacím stavu zdravotníci všech klinických oborů (Nešpor, 2015,)

2 KVALITA ŽIVOTA SE ZÁVISLOSTÍ

Člověk je živý jedinec, který se, se závislostí potýká od prvních chvil života. Vytváříme se od počátku jen díky absolutní závislosti na organismu matky, která trvá i v dalším vývoji po porodu. Ovšem po porodu už si každý jedinec razí svoji cestu za samostatností a hledá cestu od závislosti k nezávislosti. Tato cesta je vývojem nás všech, je vývojem celé společnosti. Důležité je, si uvědomit, že život žijeme ve světě protikladů- radost a smutek, narození a smrt, láska a nenávisť apod. Tento vztah mezi protiklady vyvolává napětí a je zodpovědný za náš postupný vývoj. S vývojem se pojí i hlubší motivace a potřeby. Potřeba vyhnout se bolesti, nalézt klid, ulevit si od bolesti, od neuspokojení. Potřeba potlačit bolest z prožívané nudy, bolest z nízkého sebevědomí. Uspokojit potřeby pro dostatečnou výkonnost, být energický, nečinit problémy, umět se radovat, být euforický. Všechny tyto potřeby nacházejí korespondující návykové látky, které tyto prožitky umocňují. (Kalina, 2008, s. 17-18) Závislost na alkoholu je onemocněním, které je dle WHO zařazeno do mezinárodní klasifikace nemocí, vzniklo na základě užívání psychoaktivní látky a je řazeno mezi duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním psychoaktivních látek. Toto onemocnění je vyvoláno zdraví škodlivými návyky. Mezi látky, které tyto návyky vyvolávají, patří alkohol a jiné návykové látky. Od nemoci se očekává, že kvalitu života ovlivní negativně a to v celém rozsahu složení jednotlivých aspektů, které se při celkovém hodnocení kvality života berou v úvahu. (Raboch, a další, 2012, s. 208; Křivohlavý, 2002,)

2.1 Definice kvality života

Pojem kvalita je ve slovníku vysvětlen jako jakost, hodnota. Kvalita je relativní, ne absolutní. Kvalitu lze vyjádřit kvalitativními a kvantitativními indikátory. Tudíž lze i kvalitu hodnotit. V tomto případě předmětem, který chceme hodnotit, je život. Život jedince zahrnuje všechny jeho oblasti: život společenský, rodinný, pracovní, citový apod. Při běžné komunikaci se pojem kvalitní snoubí s pojmem dobrý, ale ve skutečném, odborném hodnocení se pojem kvalita snoubí i s negativní stránkou hodnoceného. Hodnocení kvality života je tedy založeno na porovnání života hodnoceného jedince s životem druhých lidí, kteří žijí žádoucí úrovní existence. Kvalitu života je těžké definovat. Zahrnuje širokou škálu aspektů lidského života. Řadíme sem stránku sociální, kulturní, politickou, ekonomickou, medicínskou, psychologickou, filozofickou, historickou a interpersonální. Kvalita života je stále zkoumána několika vědními obory (medicínský,

ošetřovatelský, filozofický a další) Dosud však nemá všeobecně danou definici. (Gurková, 2011, s. 21-24)

2.2 Důsledky abúzu alkoholu ve vztahu ke kvalitě života

Dlouhodobé pití alkoholu má vliv nejen na samotného jedince, ale i na sociální prostředí, ve kterém žije. Mění se jeho osobnost, stává se agresivním, nedodržuje morální pravidla a necítí se zodpovědný za své činy. Alkoholismus může za četné dopravní nehody, trestné činy. Alkohol jako příčina rozvodu je v ČR na 3. místě. Alkoholici trpí depresemi, poruchami nálad, jsou úzkostní, alkohol jim narušuje jak psychickou, tak sociální dimenzi. Dochází ke ztrátě partnera, postavení v zaměstnání, ztráta autority v rodině i ztráta zaměstnání. Se ztrátou zaměstnání souvisí finanční kolaps a následná kriminalita. Alkoholika a jeho kvalitu života ovlivňují i četné somatické potíže, kam patří třes rukou, porucha rovnováhy, nespavost, poruchy paměti, snížená pracovní výkonnost. (Ondřiová, a další, 2012,; Heller, a další, 2011, s. 103)

2.3 Rodina a alkoholik

Závislost jednoho člena rodiny se dotýká i ostatních členů a postupně se stává nemocnou celá rodina. V procesu rozvoji závislosti se nejvíce uplatňují dva aspekty. Utajení pití a důvod pití. Alkoholik při snaze o utajení pití narušuje vzájemnou komunikaci, jeho hodnotový systém se hroutí a důvěra je narušena. Jedním z prvních důsledků alkoholismu jsou narušené vztahy v rodině. Alkoholik se vrací domů často pozdě a bouřlivě, bývá hrubý, agresivní. U hádek bývají přítomni i děti a alkoholik má v alkoholovém opojení tendenci vychovávat, i když za normálních okolností se výchovou ani domácností nezabývá. Ve střízlivém vztahu se mu rodina snaží pomoci a domluvit mu. Svě jednání si sám zdůvodňuje a často rodinu z něho viní. Alkoholik díky opojení nemá objektivní pohled na situaci, není kritický, spravedlivý. Samotný manželský, ale i sexuální život bývá narušený díky agresivitě a stále se zvyšujícímu fyzickému odporu. Alkohol odbourává zábrany a morální předsevzetí a tudíž se u alkoholiků často objevuje nevěra. Díky dlouhodobému užívání alkoholu dochází však i k samotnému sexuálnímu selhání. (Ondřiová, a další, 2012,; Heller, a další, 2011, s. 112) Alkoholici narušují psychickou rovnováhu svým dětem a udávají jim špatný vzorec chování. Výchovu zanedbávají, narušují jejich psychickou pohodu, neboť se dítě stává svědkem nepříjemných hádek. Je zmatené, neví, jak situaci řešit. V rodičích vidí přirozenou autoritu. Ovšem kvůli nepříjemným zkušenostem, kdy se rodiče ponižují, hádají, někdy dochází i k fyzickému

napadení se jejich představy o rodičích hroutí. Děti pak často trpí psychickými poruchami, bývají labilní. Trpí po stránce citové, materiální, výchovné. Ve škole jim všechny tyto aspekty mohou působit značné problémy, které i nadále bývají překážkou v jejich pozdějším společenském postavení. Alkoholismus vyvolává v rodině neustále napjaté vztahy, které často vedou k rozvodu. (Ondriová, a další, 2012,; Heller, a další, 2011, s. 112)

V klinické adiktologii Kalina uvádí, jak negativní dopad může mít závislost jednoho z rodičů na dítě. Příkladem je situace rodiny, ve které popíjí otec. Matka přebírá celou odpovědnost za rodinu a náhradním článkem, chybějícím partnerem matky se stává dospívající syn. Ovšem tato role může syna velice emocionálně zatížit. Místo svého přirozeného vývoje se více orientuje na matčiny nálady. Matka si stěžuje na otce a syn přebírá zodpovědnost za mladší sourozence. To vše může vést k narušení intuitivního výběru partnerky, k emocionální zátěži a k těžkému vytváření mužské identity. Všechny tyto aspekty jsou rizikem, které vedou k tendenci využívání návykových látek a vzniku závislosti u dítěte. (Kalina, a další, 2015, s. 172,173)

2.4 Spoluzávislost

Spoluzávislost patří mezi znaky některých rodin s dlouhodobě závislým členem rodiny. Vyjadřuje takový postoj a chování jednotlivých členů rodiny závislých, který vlastně toleruje a udržuje závislost jednoho ze členů rodiny. Jsou to určité postoje, chování, motivy, které závislého spíše podporují v jeho závislosti, znemožňují léčbu nebo podřívají snahu o vyléčení. Spoluzávislý snáší následky závislosti partnera, rodiče, manžela. Svůj vlastní život uzpůsobuje potřebám závislého. vzdal se svých přátel, své vlastní realizace, svého volného času. Závislost vlastně svému partnerovi, rodiči atd. umožňují. Prakticky jsou vlastně slepí ke vzniklým problémům. Jsou neschopni stanovit určitá pravidla, bagatelizují potíže, odkládají řešení problému. Motivem spoluzávislosti může být submisivní postavení člena rodiny. Má pocit, že nemá právo závislého kritizovat, někdy může ze závislosti profitovat. Matka se může starat o dospělé dítě, manželka se stává tou, která všechno zvládne. Někdy se tak blízcí mohou stát pronásledovateli, soudci. Pociťují morální nadřazenost a závislé kontrolují jako ty, kteří se provinili. (Kalina, a další, 2015, s. 173,174; Ühlinger, a další, 2009, s. 55)

3 LÉČBA ALKOHOLISMU

Pacient závislý na alkoholu trpí chronickým recidivujícím onemocněním. Závislost je onemocnění, které nevzniklo okamžitě, ale vytvářelo se dlouhou dobu, proto by měla být i terapie dlouhodobá. Základní podmínkou pro léčbu závislosti na alkoholu je **abstinence**. U této poruchy není možné dosáhnout tzv. kontrolovaného pití. Z hlediska neurobiologického droga dlouhou dobu, popisována jako umělý zdroj odměny, ovlivňovala činnost mozku, a tudíž docházelo ke změnám částí mozku. Závislý tuto odměnu dlouho preferoval a proto je léčba chápána jako určitý pokus vrátit se zpět k přirozeným zdrojům odměny, kterými míníme přirozené radosti ze života. Léčba alkoholismu nevede k vyléčení, ale je schopná dosáhnout pouze úzdravy tzn. vymizení příznaků onemocnění. (Kalina, 2008, s. 35; Raboch, a další, 2012, s. 220; Heller, a další, 2011, s. 121)

3.1 Formy léčby

Podle toho, do jaké míry je nemoc rozvinuta, je zvolena forma odvykací léčby. Nabízí se léčba ambulantní, stacionární nebo ústavní. Je nutné zmínit, že odvykací léčbu pacient může nastoupit pouze dobrovolně. Často je tento nelehký úkol přesvědčit pacienta o nutnosti léčby na rodině. Nucenou léčbu je možno nařídit pouze soudním příkazem v souvislosti s trestným činem, pokud dochází k ohrožování osobní svobody, narušení výchovy dětí apod. (Heller, a další, 2011, s. 122-124) V příloze č. 2 přikládám seznam zdravotnických služeb zajišťujících protialkoholní léčbu v plzeňském kraji.

3.1.1 Ambulantní léčba -AT

Je podporou a rozvojem pacientova rozhodnutí abstinovat. Bývá poskytována v počátcích alkoholismu nebo po absolvované ústavní léčbě. AT péči nabízí specializovaná pracoviště psychiatrických oddělení. Prognóza u této léčby je nadějná u pacientů, kteří jsou schopni na základě svého rozhodnutí a ambulantní léčby abstinovat půl roku. Léčebný program se skládá z psychoterapie, která může být individuální nebo skupinová a z farmakoterapie. Zahrnuje edukativní techniky a programy, které udržují osobní program a změnu životního stylu. Péči podobného charakteru je možné využít i v zařízeních typu AA (anonymní alkoholici) KLUS (klub usilující o střízlivost). (Heller, a další, 2011, s. 124; Pecinovská, 2013, s. 25; Fisher, 2014, s. 110)

3.1.2 Anonymní alkoholici

AA nejsou jedinou organizací. Fungují jako celosvětové, svépomocné hnutí. Sdružují se zde lidé, kteří mají problém se závislostí na alkoholu. Hnutí ve své filozofii používá určité duchovní principy. Zahrnují 12 kroků AA, určité rituály a opakování formulací. Organizace AA vznikla v roce 1935. Vznik je spojen s příběhem psychoterapeuta C. G. Junga. Zastával názor, že jednou z příčin alkoholismu může být nenaplnění duchovních potřeb. Tuto myšlenku doporučil svému neúspěšně léčenému pacientovi. Pacient se zapojil do tzv. Oxfordských kroužků, kde se vedly duchovní rozhovory. Úspěch léčby inspiroval Billa Wilsona, který byl nevléčitelným alkoholikem a je popsán v základní knize Anonymních alkoholiků. Nešpor uvádí, že AA za dobu působení získaly mnoho zkušeností, které jsou velmi zajímavé z hlediska psychoterapie. Tyto metody se používaly ještě dříve, než byly používány profesionály. (Nešpor, 2011, s. 103-105; Kalina, 2008 s. 38) Anonymní alkoholici sdílejí svoje zkušenosti. Navzájem se podporují a snaží se vyřešit společný problém, kterým je alkoholismus. Jedinou podmínkou AA je chuť přestat pít. Nejsou spojeni s žádnou sektou, organizací či institucí. Primárním cílem je, zůstat střízlivý. (Alcoholics, 2015.) V souvislosti s AA existují svépomocné skupiny Al-Anon. Jsou určeny pro rodinné příslušníky a přátele alkoholiků. (Nešpor, 2011, s. 94)

3.1.3 Stacionární léčba

Je léčbou, která umožňuje pacientovi každodenní kontakt s domácím prostředím. Pacient na celodenní, léčebný program dochází. Hlavním předpokladem je spolupráce pacienta. Psychoterapie je zaměřena na vytvoření náhledu. Porozumět důvodu užívání alkoholu. Porozumět důsledkům užívání. Dále se snaží o znovunavázání vztahu s rodinou a získání nového, reálného osobního programu. (Heller, a další, 2011, s. 124-125; Pecinovská, 2013, s. 25)

3.1.4 Ústavní léčba

Ústavní léčba je zvolena ve chvíli, kdy pacient není schopný zvládat stav po odnětí drogy vlastními silami a opakovaně se k užívání alkoholu vrací. Vrací se bez ohledu na to, jak jeho stav ovlivňuje jeho zdraví, rodinu, zaměstnání. V této chvíli je hospitalizace nezbytnou součástí léčby. Probíhá na specializovaném oddělení pro léčbu závislosti. Léčba poskytuje program, který trvá obvykle v délce 3-6 měsíců. Tento program zahrnuje detoxikaci, navazující psychoterapii, léčebný program s režimem a princip terapeutické

komunity. To, že je pacient hospitalizován umožňuje princip léčby v chráněném prostředí, prostředí bezdrogovém. V komunitě, která je pro každého příchodího empatická, je pacient vystavován zátěži, která vyvolává maladaptivní chování. Následně pomáhá pacientovi porozumět jeho chování, snaží se mu osvojit adekvátní postoje v komunikaci a zvládnutí stresových situací. Dále je léčebný program obohacován přednáškami o problematice závislosti. Pacient si píše deník, který popisuje každodenní kontakt terapeuta s pacientem. Zpracovává referáty z jednotlivých programů. Píše úvahy, jejichž cílem je hlubší zpracování problému. Sestavuje si životopis, s kterým pracuje i na skupinové nebo individuální terapii. V léčebných programech se nachází čas i na sportovní a pohybové aktivity. Kam spadají rozcvičky, jóga, turistika, běh atd. Významnou součástí terapie tvoří **pracovní terapie**. Práce pro pacienta znamená rehabilitaci fyzickou i psychickou. Důležitým článkem léčebného programu je **režim**, který má jasná pravidla a určuje časovou strukturu dne. Režim je významný pro obnovení rovnováhy biologických rytmů a přispívá ke stabilizaci jak tělesného tak psychického stavu pacienta. V terapii se setkáváme s tzv. **bodovacím systémem** nebo **informačním systémem**. Tímto způsobem se získávají údaje o tom, co se pacientovi daří a naopak, upozorňuje pacienta na to, co se mu nedaří a kam má ubírat své úsilí. Důležitou součástí terapie je spolupráce s rodinou, která podporuje pacientovo rozhodnutí se léčit. Její zapojení do terapie kladně ovlivňuje výsledky léčby. Návštěva rodiny je realizována až po určitém léčebném pokroku. Tento postup je vhodný jak pro rodinu, která může za tu dobu nabrat síly a stabilizovat se, tak pro pacienta, který má za sebou už drobné úspěchy léčby. Součástí této spolupráce bývají i víkendové pobyty, které jsou zkouškou schopnosti abstinovat ve svém vlastním prostředí, a díky změně chování obnovuje narušené vztahy v rodině. Léčba by měla zahrnovat jak péči o vztah manželský, partnerský, tak rodičovský. Tato péče by měla pokračovat a nabývat důležitosti v doléčovacím programu. (Heller, a další, 2011, s. 119-129; Pecinovská, 2013, s. 25-26)

3.1.5 Doléčovací programy

Nejdůležitějším úkolem doléčovacích programů je stabilizovat změny v novém životním stylu a integrovat pacienta zpět do svého běžného prostředí. S pacientem je třeba řešit psychické problémy. Teprve po roční abstinenci se objevují primární problémy, problémy, které vedly k abúzu alkoholu a dále problémy sekundární, které vznikly důsledkem užívání alkoholu. Pokud se po prvním roce abstinence problémy podaří zvládnout, tak i druhý rok přináší změny pro pacienta jak v osobní struktuře pacienta

i v jeho životním stylu. Ke stabilizaci osobních změn, tak změn v jeho okolí dochází během třetího roku. I v tomto období neustále potřebuje péči odborníka. Jakmile pacient spolupráci ukončí dříve, pravděpodobně si zvyšuje možnost recidivy. Jestliže se pacient snaží spolupracovat a dodržuje dlouhodobý léčebný program, remise dosahuje až 80% pacientů. Důležité je si uvědomit, že pacient není schopný zvládnout abstinenci bez cizí pomoci. Není schopný zvládnout závislost na počátku natož ve stavu, kdy má sil ještě méně a následků více. V období doléčovacího programu pacient řeší i své partnerské vztahy. Pro alkoholika je podstatné, aby si jeho životní partner uvědomil, zda chce s partnerem ještě žít, zda mu důvěřuje a má ho rád. Protože, když jeho partner nechce ve vztahu pokračovat, po dobu léčby nedává nic znát. Snaží se tím pacientovi se závislostí pomoci, a když se vede pacientovi lépe, opustí ho. Tato situace může alkoholikovi v období uzdravy přivodit recidivu. (Heller, a další, 2011, s. 132-134; Ühlinger, a další, 2009, s. 97-98)

3.2 Psychoterapie

Hlavní roli v léčbě závislosti na alkoholu hraje psychoterapie. „*Psychoterapie je odborná a kvalifikovaná činnost, jejímž obsahem je léčení či ovlivňování duševního stavu a pomoc při dosahování změny potřebné k rozvoji potenciálu duševního zdraví. Psychoterapie záměrně a nenáhodně využívá komunikační prostředky mezilidské interakce v rámci terapeutického vztahu nebo vztahů.*” (Kalina, 2013, str. 24) Cílem psychoterapie závislosti na alkoholu je získání náhledu. Náhled, kdy si pacient začíná uvědomovat důsledky alkoholismu a náhled produktivní, kdy pacient je schopen začít realizovat změnu svého životního stylu a rozhodnutí pro abstinenci. (Raboch, a další, 2012, s. 220) První psychoterapeutickou intervencí, se kterou se pacient závislý na alkoholu může setkat, je tzv. **Časná intervence**. Jedná se o krátkou intervenci, která má za úkol upozornit pacienta na zdravotní rizika spojená s patologickým užíváním alkoholu. Aplikuje se u pacientů, kteří mají ještě schopnost omezit nebo přerušit pití alkoholu, protože u nich ještě nedošlo ke ztrátě kontroly nad jeho užíváním. Časná intervence trvá 5-30 minut. Byla vypracována pro zdravotníky primární péče. Pokud je však u pacienta závislost rozvinuta, slouží jako motivace pacienta k zahájení odvykací léčby. (Raboch, a další, 2012, s. 220-221)

Nejčastěji používanou psychoterapií je skupinová psychoterapie. Skupinová psychoterapie se aplikuje v ústavní léčbě na principu **terapeutické komunity** (dále jen

TK). Klienti spolu určitou dobu žijí, sdílejí spolu skupinová sezení a další společný program včetně pracovního. Každému klientovi TK umožňuje v tomto malém vzorku společnosti díky maladaptivnímu chování získat náhled. TK podporuje komunikaci a rozhodování na kterém se podílí celá skupina. Důležitou složkou komunikace jsou sezení pacientů s personálem. Díky kterému se objasňují reakce zdravotnického personálu vůči pacientům. TK je psychoterapií, při které se využívají jednotlivé modelové situace v malé společenské skupině. Tyto situace učí pacienty uvědomit si svá jednání, která vedla ke konfliktům, problémům v jejich životě a následně si osvojují nové, efektivní formy chování. (Kalina, 2008 s. 17; Raboch, a další, 2012, s. 220)

3.3 Farmakoterapie

Farmakologická léčba je součástí léčby závislosti na alkoholu. Snaží se zabránit pacientovi požívat i malé množství alkoholu. Během rehabilitace organismu za pomoci farmakologické léčby a psychoterapie dochází k prvním úspěchům léčby po stránce tělesné a následně i psychické.

3.3.1 Senzitizace

Senzitizace je cílené zhoršení snášenlivosti návykové látky.(2010,) Je farmakoterapií, kdy po podání preparátu, který zvyšuje vnímavost organismu v souvislosti s požitím alkoholu, dochází k výrazné vegetativní reakci organismu. Bývá přítomna hypotenze, tachykardie, zarudnutí v obličejí, nauzea s případným zvracením a dyspnoe. Následkem požití může být i kolaps a bezvědomí. Tato reakce je označována za „antabusovou“, díky názvu jejího nejčastějšího preparátu. **Antabus** se podává v období jednoho roku po ukončené odvykací léčbě. Bývá předepisován obvykle dvakrát týdně v ordinaci AT. Tím je také zajištěna častá kontrola pacienta, zda je v pořádku a abstinuje. Kontraindikací je kromě gravidity a nesnášenlivosti léku také nespolutracující pacient, u kterého hrozí abúzus alkoholu. (Raboch, a další, 2012, s. 221)

3.3.2 Anticravingová léčba

Anticravingové léky jsou léky, které potlačují bažení-**craving**. Tyto látky nezhoršují snášenlivost, potlačují touhu se napít. Nejsou návykové, není třeba je vysazovat při recidivě a mohou recidivu rychleji zastavit. Prvním je **acamprosat**. Podává se obvykle jeden rok, tedy v nejnáročnějším období po zahájení abstinence. Dalším preparátem je lék obsahující látku naltrexon, který se používá i u závislých na opioidech. Velkou nevýhodou

pro pacienta je pořizovací cena léku. Léčba cravingu je prevencí relapsu. Farmakoterapie je však jen doplňkem psychoterapie, kdy se pacient učí řešit krizové situace a alkohol odmítat. (Nešpor, 2011, s. 100; Raboch, a další, 2012, s. 222)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE PROBLÉMU

Alkohol představuje drogu, která je snadno dostupná a která je mnohými považována za samozřejmost. Spotřeba alkoholu v ČR je dlouhodobě vysoká, s tím je spojeno množství zdravotních rizik a sociálních problémů. Celková vysoká konzumace alkoholu souvisí s relativně nízkou cenou, propagováním alkoholu neomezenou reklamou a také s nedostatečnou kontrolou nalévání alkoholu mladistvým. V roce 2011 WHO uvedla zprávu o tom, že vysoká spotřeba alkoholu představuje příčinu nejzávažnějších zdravotních rizik zejména v Evropě, a současně uvádí, že Evropa je kontinentem s nejvyšší spotřebou a produkcí alkoholu. S tím souvisí i narůstající počet závislých na alkoholu. (Popov, 2013, s. 6)

To, že tolerance k alkoholu je v současné době vysoká, nahrává i tomu, že laická veřejnost závislost na alkoholu nepovažuje za nemoc. Ve veřejnosti převládá přesvědčení, že pokud by alkoholik chtěl, může přestat sám. Další významnou roli hraje postoj k léčbě, kterou veřejnost bere jako neúčinnou. (Heller, a další, 2011, s. 7,11)

Do jaké míry je tedy ovlivněna kvalita života člověka závislého na alkoholu a jaké faktory se podílejí na úspěšnosti jeho léčby?

5 CÍL VÝZKUMU

Zjistit, jaký dopad má alkoholismus na kvalitu života člověka závislého na alkoholu.

5.1.1 Dílčí cíle

Na základě hlavního cíle byly stanoveny dílčí cíle, které se týkají konkrétních oblastí výzkumného šetření.

- Zmapovat důvody, které vedou jedince k závislosti.
- Zjistit, jak abúzus alkoholu ovlivňuje osobní život jedince.
- Zjistit, jak abúzus alkoholu ovlivňuje zdravotní stav jedince.
- Zjistit vliv abúzu alkoholu na sociální problematiku jedince.

5.1.2 Výzkumné otázky

K dosažení dílčích cílů byly stanoveny následující otázky

- Kdy se stal jedinec pravidelným konzumentem alkoholu?
- Kdy se konzumace stala závislostí?
- Kdy se z pití stala rutina?
- Jaké zdravotní problémy provází člověka závislého na alkoholu?
- Jaký má závislost dopad na finanční a sociální stránku jedince?
- Jaké důvody vedou závislé na alkoholu k zahájení léčby?
- Jaká je podpora rodiny nebo blízkých v léčebném procesu?
- Jaké jsou osobní cíle lidí závislých na alkoholu?

6 DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY

Pro získání informací do praktické části bakalářské práce jsem si zvolila kvalitativní formu výzkumu. Vybrala jsem si ji proto, abych mohla detailně zmapovat vliv alkoholu na jedince a jeho dopad na kvalitu života se závislostí na alkoholu.

Kvalitativní výzkum pomáhá získat informace, které se kvantitativním výzkumem získávají obtížně. Při kvalitativním výzkumu se zkoumá pouze malý počet respondentů za pomoci rozhovorů. Používají se nestrukturované, nebo částečně strukturované rozhovory. Respondenti se zkoumají v prostředí pro ně známém. Výsledek rozhovoru se prezentuje slovně, jako zápis rozhovoru s výzkumnými otázkami. (Kutnohorská, 2009, s. 26)

6.1 Metoda sběru dat

Výzkum byl uskutečněn metodou, která zpracovává kazuistiku tzv. case study, což je případová studie, v které se jedná o detailní studium jednoho nebo několika málo případů. Touto metodou jde o zachycení složitosti případu. Umožňuje získat velké množství dat jednoho nebo více případů. (Hendl, 2008, s. 102) Sběr dat probíhal formou polostrukturovaného rozhovoru. Tento typ rozhovoru má předem dané téma a otázky, které jsou volně přidružené. Během rozhovoru se jejich pořadí, formulace i volba slov může měnit. Před samotným rozhovorem je nutné vytvořit otázky i jednotlivé body rozhovoru. Při rozhovoru se data zaznamenávají a dále jsou vyhodnocena. (Creativ, 2012,)

Rozhovor byl tvořen 23 otázkami. Byly sestaveny tak, aby daná problematika byla co nejlépe zmapována. Rozhovor mi umožnil respondenta lépe poznat, zaznamenat jeho pocity, reakce na otázky, úskalí spojená s daným problémem a kvalitněji zpracovat

informace. Umožnil mi získat informace o jejich současném pohledu na závislost, životní hodnoty, budoucnost.

6.2 Výběr případu

Pro danou problematiku jsem se rozhodla o záměrný výběr respondentů. Práce mapuje dva respondenty různé věkové skupiny, aby bylo možné porovnat rizikové faktory podporující vznik závislosti na alkoholu a kvalitu života. Prvním respondentem je muž 26 let. S alkoholem se setkával intenzivně už v dospívání. Druhým respondentem je muž 45 let, který se s nadužíváním alkoholu setkal až v dospělosti.

Respondenti s výzkumem souhlasili, byl podepsán informovaný souhlas a ve výzkumu zachována jejich anonymita.

6.3 Způsob získávání informací

Informace jsem získala formou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory probíhaly s pacienty Psychiatrické nemocnice v Dobřanech na oddělení pro léčbu závislosti na alkoholu. Místnost pro rozhovor jsem vybrala spolu s personálem. Probíhají zde terapeutická sezení, pacienti jsou zde zvyklí komunikovat a otevřít se. Po celou dobu rozhovoru nám bylo zajištěno soukromí.

7 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum probíhal v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech na oddělení č. 24. Toto oddělení je režimovým oddělením pro léčbu závislosti na alkoholu a patologickém hráčství. Na oddělení jsem strávila několik dní. Ráno jsem byla s klienty seznámena. Účastnila jsem se jejich ranního sezení, kde jim byla sdělena organizace současného dne. Během tohoto sezení jsem pacientům byla představena. Seznámila jsem je se svým záměrem. Na základě mých kritérií, která by měl respondent splňovat, se několik pacientů přihlásilo a měli zájem o spolupráci. S pomocí primářky tohoto oddělení, jsme vybrali dva respondenty.

Rozhovory probíhaly jednotlivě. Na začátku rozhovoru byli oba seznámeni s cílem mé práce. Podepsali informovaný souhlas. Jeho vzor přikládám v příloze č. 3. Bylo jim zdůrazněno dodržení anonymity.

8 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

8.1 Rozhovor 1

Prvním respondentem je pan Jakub 26 let. Vyučen uměleckým kovářem. V současné době je nezaměstnaný. Pochází z rodiny, kterou zasáhla v jeho 16 letech smrt maminky. S tímto faktem se dosud nevyrovnal. Maminka zemřela na předávkování antidepressivy následně s celkovým selháním organismu. Otec je rovněž uměleckým kovářem. Otec sportuje. Snaží se svého syna stále podporovat. Respondent je jedináčkem. Žije spolu se svým otcem na statku, o který se otec stará. Na léčení je poprvé. Rozhovor probíhal v době, kdy byl na léčení již dva a půl měsíce. Je optimistický. Na otázky odpovídal přirozeně. Rozhovoru se účastnil rád. Zodpovězené otázky zní věrohodně.

Kolik je vám let a jaké máte povolání.

„Je mi 26 let. Jsem jedináček. Jsem vyučený uměleckým kovářem. Můj otec je taky umělecký kovář.“

Jaké jste měl dětství,,

Abych začal od začátku. Mé dětství bylo do 15 let jako z pohádky. Naše rodina fungovala suprově. Mamina dbala o to, abych docházel na kroužky angličtiny. Od 8 let jsem chodil do Základní umělecké školy na flétnu. Abych se naučil základy not. Od malička jsem měl rád rokovou muziku. To jsem zdědil po tátovi. V 10 letech jsem začal hrát na akustickou kytaru.“

Věnoval jste se i sportu?

„Od 7 let jsem hrál závodně hokej. Sport byl mojí důležitou součástí. Hrál jsem i dorosteneckou ligu.“

Kdy jste se poprvé setkal s alkoholem?

„Vlastně začátky s alkoholem začaly zábavama, hudební akce. Takže jsem začal s alkoholem asi ve čtrnácti nebo patnácti.“

A na zábavách se nalévání alkoholu mladistvým neřešilo?

No dřív se to neřešilo. U nás na malém městě se nalévání alkoholu mladistvým neřešilo. Přišel jsem v 15 letech do hospody a normálně mi nalili.“

Hrál jste hokej. Chodil jste i po tréninku do hospody?

„Taky někdy, ale spíš jen při zábavách.“

Hokej jste hrál i nadále?

„Ještě když jsem chodil do deváté třídy, tak ano, ale v prváku na učňáku jsem měl neshody s trenérem. Tak jsem na tréninky už nechodil a začal jsem se zabývat víc hudbou.“

A u hudby jste zůstal?

„V 16 letech jsem přestal chodit do hudební školy, protože jsem usoudil, že už tam chodit nepotřebuju. Založili jsme si s klukama rokovou skupinu. Můj táta mi koupil elektrickou kytaru a začali jsme s klukama hrát.“

Rodina se vás snažila podporovat?

„Jo jo, určitě jsem měl podporu rodiny ve všem. Akorát zásadní problém byl ten, že v období mých šestnáctých narozenin moje matka začala mít deprese. A to zasáhlo celou moji rodinu. Hlavně tátu. Bylo to pro něj moc těžký. Nechtěl mě tím zatěžovat. Ale samozřejmě se mě to taky dotýkalo. Teď si to vyčítám, když si to zpětně vezmu. Protože jsem od toho problému utíkal na různé hudební akce. A jak to bylo doma složitý, začal jsem mít sklony k pití alkoholu čím dál větší. Začal jsem se upíjet a taky do toho občas přišly i drogy. Dělal jsem to proto, abych si tu situaci v rodině usnadnil a problémy nevnímal. Teď je mi to líto, že jsem nechal tátu ve „štychu“.“

Měl na vás v tu dobu otec čas, zajímal se o vás?

„Bylo mi šestnáct a cítil jsem se dospělý a žil jsem si svůj život, měl jsem svůj svět. Táta měl jiné problémy, které musel řešit. Měl spoustu práce. Dostali jsme statek

v restituci, staral se o 40 kusů dobytka. O to mamina hodně stála. Navíc jako umělecký kovář měl hodně práce. A v tu dobu byl ještě velkým sportovcem a hrál druhou ligu v hokeji.“

Otec byl v tu dobu rád, že vy se vlastně staráte sám o sebe?

„Přesně tak. Já jsem vlastně i člověk, který je uzavřenější. Své problémy jsem nikomu nesděloval. Chtěl jsem všechno řešit sám. Což jsem po pár letech zjistil, že to je špatně a je dobrý se o problémy podělit.“

A na to jste přišel tady v léčebně?

„Asi ano. Tady mi pomohli o problémech mluvit.“

Měl jste v tu dobu nějaké partnerské vztahy?

„Ano. Ve čtrnácti nebo v patnácti jsem měl velkou lásku. Byla z jiného města. Jezdili jsme často za sebou. Ale každý jsme šli na jinou školu. Takže jsme se přestali vídat. Další vztah jsem měl až v sedmnácti, ale byl hodně nezávaznej.“

Kde jste studoval?

„Po dohodě s rodičema jsem nastoupil na Střední průmyslovou školu. Vlastně jsem nevěděl, čím chci být. Hodně pro mě znamenala muzika. Občas jsem ještě hrál hokej.“

Dokážete odhadnout, jak často jste pil?

„Do patnácti let to bylo jednou za týden, ale od šestnácti, sedmnácti to bylo častěji. Začal jsem docházet za klukama, který měli už svoji kapelu. Chodili jsme se na ně koukat, jak hrajou. Na jejich zkouškách se pilo víno, pivo běžně. Někdy i tvrděj alkohol a kouřila se marihuana. Docházelo i k tvrdějm drogám. Byli pro nás jakousi inspirací, vzorem. Začali jsme chodit do hospod víc. Měli jsme pocit, že se od ostatních odlišujeme a to nám dělalo dobře.“

Jak vám v tu dobu šlo studium?

„Právě moc ne. Škola mě nebavila. Byl to obor, který mi nebyl blízký. Hned ráno jsem si koupil pivo. Neučil jsem se. Jen taktak prolezl prvák a ve druháku jsem vylítl z matematiky. Já jsem vlastně už na té škole nechtěl být. Od poloviny druháku jsem chtěl jít jinam. Po dohodě s otcem jsem se rozhodl, že půjdu na učební obor Umělecký kovář.“

Tento Učební obor jste dokončil?

„Ano, ten jsem zdárně dokončil a dokonce s maturitou. Chtěl bych se tomu po ukončení léčby věnovat. Po ukončení učňáku jsem se dostal na obor restaurování uměleckých památek, ale tam jsem už moc do školy nechodil a spíš polovinu prochlastal. To mi bylo devatenáct let.“

V tomto období přišlo něco zásadního, že jste se ještě více uchýlil k pití?

„Od šestnácti do devatenácti let jsem měl temné období. Mé mámě se deprese zhoršovaly a okolo mých osmnáctých narozenin se otrávil benzodiazepiny. Pila na to alkohol. Byla hospitalizována v nemocnici. Potom se její stav trochu zlepšil. Jen na chvíli. Její deprese se zhoršovaly. Léčit se moc nechtěla. Byla tvrdohlavá. Doma křičela. Bylo to hrozné období. Bohužel v r. 2009 umřela. Umřela na selhání orgánů. Ještě jsem se s tím nesrovnal.“

Jaké máte současně sociální zázemí?

„Ještě, že mám tátu. Táta je silný člověk.“

Kdy jste si uvědomil, že máte problémy s pitím?

„V devatenácti, ještě než maminka umřela, jsem pocítoval, že je něco špatně. Všímal si toho i ostatní. K vlastnímu pití jsem kombinoval i tvrdé drogy. Ve chvíli, kdy máma umřela si všichni mysleli, že maturitu nezvládnou, ale mě to úmrtí mámy nakoplo a já jsem věděl, že musím. Tvrdé drogy jsem nebral a pil jsem jen minimálně. Nakonec jsem odmaturoval 2,2,3,3. Po maturitě jsem se k pití vrátil zpátky a pil jsem mnohem víc, než před tím.“

Víte, proč? Proč jste znovu pití prohloubil?

„Protože jsem měl splněno. Maturitu jsem dokončil, ale ta závislost tam byla. Dupnul jsem do toho na sto procent znova. Po třech měsících jsem utrpěl těžkou otravu alkoholem, celkový kolaps organismu, zánět jícnu. V nemocnici mi řekli, že jsem mohl umřít. Řekli mi, že pokud nepřestanu, můžu umřít.“

Jak se k vám choval zdravotnický personál?

„Na oddělení, kde jsem byl, pracoval můj kamarád. Snažil se mi pomoci. Pracoval tam jako zdravotní bratr. Říkal mi, ještě jednou a umřeš. Uvědomil jsem si, že to asi nebude sranda. Chovali se ke mně všichni hezky. Docházel za mnou i můj otec. Ten byl z mého stavu zděšený. Bylo mi jasné, že s tím musím něco dělat?“

Nabídl vám někdo ze zdravotníků následnou protialkoholní léčbu?

„Ne, o tom mi nikdo neřekl.“

Uvědomoval jste si, že užívání alkoholu může mít takovéhle důsledky?

„Ze začátku to bylo fajn. Alkohol mi přinášel samé příjemné stránky. Všechno jsem zvládal. Až za nějakou dobu mi vadilo, že jsem se změnil povahově. Zdravotní důsledky jsem nepozoroval.“

A co paměť ?

„No s krátkodobou pamětí to bylo horší. Nepamatoval jsem si, kam jsem co položil. A někdy ani to, co bylo včera.“

Co vám alkohol přinášel?

„Byl pro mě inspirací. Já jsem muzikant a otevíral mi nové dveře někam jinam. Samozřejmě do určitý chvíle. Pak se to přelomilo tam, že už mi to nic nedávalo.“

A snažil jste se s pitím přestat?

„Po mém zdravotním kolapsu jsem nebral už drogy. Chvilí jsem ubral i pití. Do 23 let jsem pití zvládal. Od 23 let jsem pití zase prohloubil. Zjistil jsem, že si nepamatuju třeba i co se dělo dva dny zpátky. Ale našel jsem si přítelkyni. Bylo to moc pěkný. Měli jsme spolu volnější vztah. Přítelkyně měla tři děti. Snažil jsem se jí pomáhat finančně a starat se o děti. Chvilí to bylo fajn. Drogy jsem nebral a pil jsem míň. Ale postupně jsme se hádali. Nebyly peníze. Omezovalo mi to můj osobní život. Cítil jsem se nesvobodně. Dělal jsem v paletárně. Práce mě nebavila a hádky s přítelkyní mě vedly zase zpátky k alkoholu. Vypil jsem v práci i dvě petky piva. Nevěděl jsem, jak se s tou situací vyrovnat. Padly všechny moje zábrany. Hráli jsme koncert za koncertem a po čtvrtém jsem měl opět otravu alkoholem. Táta mi zavolal záchranku. Byl jsem zase hospitalizován. Měl jsem zánět jícnu.“

Znáte další zdravotní důsledky, kdyby jste dále pil?

„V podstatě si uvědomuju, že kdykoliv se mi to znovu stane. Můžu i umřít. Byl jsem v takovém stavu, že jsem chodil jen s batohem pro pití. A asi jsem byl i paranoidní. Viděl jsem v parku své kamarády, že na mě volají a já musel jít pro alkohol. Musel jsem ho pít, abych se zbavil třesu a ukojil svoji závislost. Byl jsem radši sám.“

A pil jste už cokoliv?

„Hodně jsem pil vždycky pivo, ale do toho jsem pil hodně rum a becherovku. Rum je výmaz mozku. Měl jsem totální okna. Začal jsem pít už ráno a vypil jsem třeba litr až litr a půl za den. Do jedenácti hodin dopoledne jsem vypil dvě petky piva a placatku rumu. Jinak bych to v práci nezvládl. Kdyby mě vyhodili z práce, zklamal bych tátu. I když to táta na mě viděl.“

Jak reagoval váš zaměstnavatel? Musel to na vás pozorovat.

„Majitel té firmy byl tátův kamarád. Jinak by mě tam asi netoleroval. Nejdřív jsem to zvládal, ale když jsem hodně pil, začal jsem dělat chyby. Bylo to na mě vidět. Dělal jsem kraviny. Šéf se snažil dělat, že to nevidí, ale ve chvíli, kdy jsem začal chodit pozdě, se začali ozývat i moji kolegové. Že to takhle nejde. Šéf mě varoval. Snažil jsem se zlepšit,

ale asi týden před nástupem sem jsem nebyl schopný do práce dojít. Přestal jsem se všema mluvit. Byl jsem zoufalej. Měl jsem asi i sebevražedný sklony. Nic mě nebavilo. Paradoxně ani ten alkohol. Pil jsem jen proto, abych ten den vydržel.“

Co bylo podnětem, že jste teď na léčení?

„Důvod byl ten, že jsem nechodil do práce. Divím se, že šéf nevolal tátovi, že do práce nechodím. Byl jsem vyřízenej, ale potřeboval jsem to někomu říct, že už to nezvládám. Ráno jsem byl totálně vyklepanej. Šel jsem za kamarádem, ale kam jít, šli jsme zase do hospody. Řekl jsem si, že si dám jen pár piv. Dal jsem si jich nevím, asi deset a do toho pár paňáků. Což mi pomohlo. Bylo mi zase hej. V jiné hospodě jsme pokračovali. Bylo horko, bylo mi zle. Věděl jsem, že je něco špatně. Šel jsem ven, kde tekla řeka. Lehl jsem si do vody. Pak jsem vstal a nemohl jsem dojít domů. Když jsem domů dorazil. Viděl mě táta. Zavolal záchranku. Vezli mě na psychiatrii. Kde jsem potkal dva svoje kamarády. Doktor mě chtěl poslat na záchytku. Tam jsem nechtěl. Přijeli policajti a sanitka mě odvezla na Záchytku. Tam semnou jednali hrozně. Překvapilo mě, že semnou jednali tak hrozně. Chtěl jsem zůstat v nemocnici.“

Kdo pro vás přijel?

„Přijel pro mě ráno otec. Dali mě napít. Měl jsem divné stavy. Všechno se semnou točilo. Nejdřív jsme šli s tátou na jídlo. Zhubnul jsem strašně kilo. Během pití jsem nejedl. Táta byl zoufalej, když mě viděl. Vzpomněl si na moji sestřenici, která mi často pomáhala po smrti maminky. Ona měla přítele, který kdysi taky pil. Táta se s ním spojil a domluvili mi léčení zde.“

Ale do léčebny musíte nastupovat střízlivý? Jak jste to zvládl?

„Byl jsem na detoxu pár dní u babičky. Kde jsem jen jedl a spal. A za pár dní mi táta naznačoval, že se musím jít léčit. V první chvíli se mi nechtělo. Ale uznal jsem, že zřejmě jiná cesta není. Že budu muset nastoupit a léčbu podstoupit jinak to bude cesta do pekel. Táta mě do Dobřan odvázel. V autě jsem brečel. Báł jsem se, jak to ostatní vezmou. Co mi kamarádi z kapely? Chtěl jsem točit cédéčko.“

Jaký byl nástup?

„Já jsem prostředí léčebny znal. Jezdil jsem sem za mámou. Vybavili se mi vzpomínky. Bylo mi hrozně. Ten první týden byl strašný. Chtěl jsem domů. Prosil jsem tátu, ať mě odveze, že to nezvládám. Ale zásadní bylo, že jsem se zde seznámil s klukem, který je taky muzikantem. Moc mi pomohl. Byl už na druhém léčení. Snažil se mi pomoci. Jsem mu moc vděčnej. Zůstal jsem díky němu. Slíbil mi, že mi pomůže i s muzikou, až se dostanu ven. Začal jsem skládat nové písničky. Abych ukázal i klukům z kapely, že se chci vrátit. A fungovat dál.“

Navštěvoval vás někdo?

„No právě, vrátili se mi zpátky přátelé. Nevěděl jsem dřív proč semnou přátelství skončili. Ted' už to vím. Táta za mnou jezdil. Zjistil jsem, že je to s čistou hlavou lepší. Už dál nechci pít. Chci sportovat. Víím, že s čistou hlavou se skládá líp. Ted' už víím, že mi alkohol nic nepřinášel. Že je mi líp bez něj.“

A jak nahlížíte na léčbu?

„Když to vezmu zpětně. Léčba byla a je pro mě zásadní. Bez léčby bych to nezvládl. Jsem si vědom, že jsou tu i lidé po třetí po čtvrtý. A léčba mi dala hodně. Jsem za to rád, že jsem neodešel. Díky léčbě mám vyhlídky do budoucna. Víím, že když se něco nesplní, že se z toho hroutit nebudu. Víím, že se psychicky vyrovnávám s věcmi lépe. Dřív to pro mě znamenalo velký problém. Dřív jsem si připouštěl hodně věcí a na sebe jsem moc nemyslel. Tady jsem se naučil myslet sám na sebe, abych já byl v pohodě. Protože, když chci pomoci někomu druhému, musím být v pohodě hlavně já sám.“

Kolik vám zbývá dní v léčebně?

„Ted' mi zbývá 19 dní.“

Bojíte se propuštění?

„Obával jsem se toho v polovině léčby. Pak jsem byl nadšenej, ale obavy tam byly. Protože i ostatní mi říkali, že ať si nedělám iluze, že se stejně zase vrátím. Trochu mě psychicky zlomili. A do svého hodnocení tempo měsíci napsal to, že si nejsem sebou jistej.“

Že ta léčba stejně nemá cenu. Psycholožka mi vysvětlovala, že se vrácení k alkoholu stává, ale zrovna já můžu být tím, komu se to povede. Pak mi pomohlo psaní životopisu. To, že jsem se na všechno rozpomněl a v průběhu psaní jsem si uvědomoval chod svého života, který chci změnit.“

Do jakého prostředí se budete vracet? Vaši kamarádi pijou?

„No moji kamarádi z kapely pijou, ale tak nějak příležitostně. Kluci nejsou takoví, aby mě v pití podporovali. Spíš naopak, byli na mě naštvaní. Myslím si, že mě kluci podpoří. Těším se na svoje blízký. Chci udržovat přátelství s lidma, který mě chtějí v abstinenci podporovat. Vrátil se mi i kamarád, který semnou díky alkoholu přestal komunikovat. A sem do léčebny za mnou přijel a chce mi pomoci. Ted' už vím, že nebyl problém okolo mě, ale ten problém jsem byl já sám.“

Už jste měl vycházky?

„No tady v pravidlech řádu je to tak, že první vycházky jsou až po pěti týdnech. Pět týdnů jsem fungoval dobře. Ale pak jsem zjistil, že mi hodně pomáhali ostatní kluci v režimu léčby. Ale když jsem se měl spolehnout najednou v jiné skupině sám na sebe, tak jsem to nedokázal. Dostal jsem v jednom týdnu šest černých puntíků za týden. Měl jsem napsat úvahu od psycholožky, kterou jsem neodevzdal. Pak jsem přišel pozdě na sezení, takže další černý puntík. Takže jsem vycházky nedostal. První jsem měl až před 14 dny. Bylo to výborný. Pomyšlení na pití nebylo. Minulý víkend zamnou, přijela celá delegace rodina a přátelé. Byl jsem z návštěvy nadšený.“

Víte, co budete dělat, až přijde propuštění?

„To vim. Mám to v hlavě srovnaný. Pojedu do Plzně a vyzkouším si v hudebninách kytaru. A pak si ji třeba objedná. Vlastně všechny svoje úspory jsem, asi šedesát tisíc, jsem propil. A to už nechci. Udělám si výlet. Bojím se, že budu hodně nervózní. Tady jsem v izolaci a venku zase budu v tom světě, kterej je pro mě nebezpečnej. Snažím se ted' z té léčby vytěžit co nejvíc. Potřebuji, aby mi to při návratu do společnosti pak pomohlo.“

Máte chuť se stýkat s někým, koho jste tu potkal?

„Určitě. Tady jsem potkal lidi, který mě pomohli. Naučil jsem se o sobě mluvit. Z toho důvodu si i s vámi rád povídám. S některými kamarády jsme domluvený, že se budeme vídat. Kamarádka, která mi včera volala, říkala, že o mě má strach, abych do toho zase nespádl.“

Nedívím se jí. V poslední době vás jinak neviděla.

„Já vím. Často jsem si z toho i dělal srandu, že jsem závislej. Ale to jsem netušil, co všechno přijde. Že jsem skutečně závislej byl. Kdyby mi to někdo říkal, klepal bych si na čelo, že to není pravda. Ale teď vidím, že závislost tam skutečně byla.“

Uvažujete o návazné léčbě?

„Ano, určitě. Doléčování mám domluveno s paní primárkou. Můžu do skupiny dojíždět každý čtvrtek. Tak to jsem moc rád.“

Děkuji vám za rozhovor a přeji hodně štěstí.

„Já taky moc děkuji a doufám, že to mé počínání bude mementem pro někoho, kdo se stává alkoholikem.“

8.2 Rozhovor 2

Pro druhý rozhovor jsem si zvolila pana Martina, kterému je 45 let. Nezaměstnaný. Rozvedený. Pochází z nefunkční rodiny. Otce od rozvodu s matkou nevidá. S matkou se vidá velmi málo. Má dvě sestry. Obě popisuje jako ženy, žijící ve šťastném soužití s partnerem a jako dobré matky pro své děti. Na léčení je podruhé. V době rozhovoru má za sebou tři týdny léčby.

Kolik je vám let a jaké máte povolání

„Je mi 45 let a nyní jsem nezaměstnaný.“

Jaké jste měl dětství a rodinné zázemí?

„Dlouhou dobu jsem vyrůstal jako jedináček. Až po sedmi letech se narodil můj sourozenec. Táta byl přísnější, myslím až moc. Máma držela rodinu pohromadě. Táta měl úlety, kterým říkával vojenská cvičení. Nejdříve jsem to nechápal, ale až když jsem byl větší, věděl jsem, že je něco v nepořádku. Táta zmizel na 14 dní a pak jsem třeba dostal psa. Máma se snažila rodinu udržet, ale když mi bylo 15, rodiče se rozvedli.“

Setkával jste se v dětství s alkoholem?

„Moje máma nikdy nepila a otec..., ten si vždycky koupil basu piva, a když se dopila, vyměnil si ji za jinou. Ale abych ho viděl ožralýho, to ne.“

Měl jste v té době kamarády?

„Měl jsem partu lidí, se kterou jsme jezdili na vandry a hráli jsme rockovou hudbu. Pivo jsme si dali, ale jen jedno, třeba po příjezdu domů. Moc jsme alkoholu neholdovali.“

Takže v dospívání jste více nepil?

„Poprvé jsem pořádně okusil alkohol asi v sedmnácti a to byla míchanice všeho, že jsem ani nevěděl, co piju. Doté doby jsem zkušenost neměl žádnou.“

V tuto dobu jste studoval?

„Já jsem vlastně vyučenej zámečník. A místo dva roky jít na vojnu jsem zvolil dvouletou důstojnickou školu. Neměl jsem nikdy problém s učením. Prvně jsem chtěl jít na dopravku. Jenže před přijímačkami na školu jsme hráli s kapelou mimo město a můj táta mi nechtěl a nenapsal omluvenku. Takže jsem měl neomluvené hodiny. Otec šel ještě na pedagogickou radu orodovat, abych dostal dvojku z chování. „

Váš otec vás nechtěl podporovat?

„Ne, můj otec mě chtěl tímhle potrestat za to, že jsem nešel do školy. Nikdy mi táta nepodporoval. Pro něj bylo podstatný, abych mu doma pomáhal. Nemohl jsem někdy jít ani s klukama ven. Nakonec jsem se na střední školu dostal, ale tam měl výhody ten, kdo byl v SSM. To já jsem nebyl, takže jsem školu ukončil a šel jsem na zámečníka. Toho jsem dokončil. I s maturitou. Dokonce jsem si udělal pyrotechnický zkoušky.

Co po maturitě?

„V 19 letech jsem se oženil a šel jsem místo vojny na dva roky na důstojnickou školu. Tam už to bylo s pitím horší. Jak je známo, tak lampasáci to mají v krvi. Tam to bylo i takový, že za protislužbu jsem dostal kolek, což byl půl litru tvrdýho. Já jsem tedy tvrdý moc nepil, ale je pravda, že tam už jsme zašli na pivo. Šli jsme na dvě na tři, ale nikdy jsme se neopíjeli.“

Jaké jste měl manželství?

„Já měl velkou výhodu, že jsem už půl roku po nastoupení na školu, protože jsem byl ženatej, dostal byt. Takže jsem nemusel být v kasárnách a do školy jsem chodil, jako do práce. Ale když jsem jednou přišel domů, manželka mi řekla, že má jinýho. Nechtěli nás rozvést. Protože manželka nic neměla. Po čase nás rozvedli.“

„Zůstal jsem lampasákem. Žil jsem si dobře. Měl jsem auto, byt, ale vždycky když žena, tedy bývalá žena zjistila, že jsem si něco koupil, chtěla navýšit alimenty. Chodila za mnou často sociálka. Kluka jsem vidět nemohl. Byl jsem pak sedm let sám.

Co jste dělal, když povinnou vojenskou službu zrušili?

„Dělal jsem všechno možný, ale nikdy mě pořádně žádná práce nechytila. Mohl jsem vlastně v útvaru zůstat, ale řídili ho neodborníci? A to mě štvalo. To jsem pil ještě normálně. Nechodil jsem pít každý den. Pak jsem měl další známost. Pracoval jsem jako sanitář v nemocnici. Seznámil jsem se se sestřičkou, s kterou mám taky děcko, ale to mi nebylo ani přiznaný. Tam dělal problémy její otec. Dal jí na výběr. Buď já, nebo on. Ale v té době jsem začal pít víc. Kluka jsem vidět nemohl. Byla to pro mě velká rána. Takže jsem pil. Vždycky jsem chtěl mít rodinu a děcko. Pak mě napadlo, že bych mohl třeba neplatit alimenty. S tím, že když ho nebudu platit, manželka se umoudří a já budu moct k synovi. To mi samozřejmě naskákaly dluhy a dostal jsem se do vazby. Odbyl jsem si trest. Tenkrát mi chtěla máma pomoci. Platila za mě půjčku. Ale neměl jsem bydlení, nic. Pil jsem čím dál víc. Ale to byl pro mě impulz a šel jsem se prvně léčit.“

Kolik vám v té době bylo?

„Bylo to v roce 2002. Léčení je i o tom aby si to člověk srovnal v hlavě. Má na to tři měsíce.“

V té době jste byl zaměstnaný?

„To jsem nebyl, protože kdo by chtěl zaměstnat člověka, který mu tam chodí napítej?“

Jak probíhalo léčení?

„Tady to léčení mi opravdu pomohlo. Seznámil jsem se tu s člověkem, který mi potom zaměstnal. Byl jsem šťastnej, spokojenej. Nepil jsem, bylo mi fajn. I když ten člověk, který mi tu práci dal, pít začal. Já jsem to zvládnul. Peníze jsem si našetřil.“

Co se tedy stalo dál?

„Já jsem měl v tu dobu spokojený život, nepil jsem. Dokonce jsem si našel přítelkyni a s tou jsem byl sedm let. Vyměnili jsme byt. Já ho celý předělal. Po sedmi letech mi řekla, že má někoho jiného. Nechtěl jsem v tom městě zůstat. Začal jsem dělat

po agenturách. Našel jsem si další přítelkyni. Ale po čase jsem od jejího syna zjistil, že je alkoholičkou.“

Jak jste mohl zvládat život s alkoholičkou?

„Normálně, to šlo. Ona nepila pořád. Paní primárka sice tvrdí, že kontrolované pití neexistuje, že to nejde, ale já to zvládal. Když byly Vánoce, narozeniny, dal jsem si jen skleničku a bylo to fajn.“

Co se stalo, že jste zase začal pravidelně pít?

„Já jsem si myslel, že se máme dobře. Přišel jsem z práce, šel si lehnout, když jsem se probudil, byla moje družka pryč. Neměl jsem peníze. Domáci si přišla pro nájem a ptala se, jestli to zvládnou sám, platit. V práci mi nepomohli. V jednu chvíli jsem přišel o všechno. O práci o přítelkyni i o byt. Tak jsem si koupil flašku. Nevěděl jsem kudy kam. Vrátil jsem se zpátky do Plzně. Chtěl jsem za rodinou, ale oni mě odmítali. Ségra mi říkala, že mi nevěří. Je pravda, že jsem si, když jsem pil, hodně vymýšlel. Tak se jí nemůžu divit. I kvůli stovce jsem prostě lhal. Byl jsem schopnej si cokoliv vymyslet.“

Práci jste našel?

„Práci jsem právě najít nemohl. Nakonec jsem dělal každý den dvanáct hodin. Každý večer jsem pil. Zjistil jsem, že za mě neplatí žádný pojištění. Tak jsem hledal něco jinýho. Dostal jsem se na ubytovnu, kde pili úplně všichni. Kdykoliv bylo volno, pilo se pořád. Práci jsem měl, ale byl jsem na ubytovně, kde mě čas od času zmlátili. Pro zranění jsem nemohl jít do práce. Na ubytovně jsem být nechtěl, takže jsem se začal opíjet venku a bylo to potom tak, že jsem spal venku ve spacáku.“

Z čeho jste žil? Jak jste si mohl kupovat alkohol?

„Já jsem pak už pil úplně všechno. Bylo mi to jedno. Pil jsem, co bylo nejlevnější. Utratil jsem úplně všechno. Bylo mi to všechno jedno.“

Myslíte si, že v tu chvíli, by vám rodina nepomohla?

„Rodina by mi nevěřila, řekli by mi, že si za to můžu sám. Pil jsem, až do té doby, kdy jsem měl živé sny. Halucinace. Spal jsem i vedle kolejí? Přemýšlel jsem i o tom, že skočím pod vlak. A v tu chvíli jsem si řekl dost. A že půjdu na léčení. Spojil jsem se se svojí sestrou a chtěl jsem od ní pomoci, aby mě do léčebny odvezla. Věděl jsem, že tam mám kamaráda. Řekl jsem si, že by to bylo fajn, léčit se spolu. Ale když mě měla sestra odvézt, volal mi ten kámoš, že ho vyhodili za kouření trávy. Tak jsem se s ním sešel. Ale po hovoru s ním, kdy jsme se pohádali, jsem se naštvál a šel na příjem sám. Řekli mi, že to musím mít předem dohodnutý. Domluvil jsem si nástup na sobotu. „

V tuto chvíli už jste byl střízlivý, nepil jste? Nastoupit léčbu musíte střízlivý.

„Když jsem si léčbu domlouval, střízlivý jsem nebyl, ale do soboty jsem vystřízlivěl. Sestra mi pomohla, ale varovala mě, ať to nepodělám. Že mi pomáhá naposledy. Odvezla mě do léčebny. Pil jsem jen vodu. Přesto jsem ještě nadejchal. Nedovedu si představit, kolik jsem musel mít před tím, když jsem teď ještě nadejchal. Musel jsem být na detoxu, než jsem vystřízlivěl.

Tady jste si prožil typickou detoxikaci?

„Ne, to jsem si prožil v pátek, než jsem sem šel. Myslel jsem si, že tady už nemůžu nic nadejchat. Vůbec by mě nenapadlo, že ještě v sobě můžu něco mít.“

Prožíval jste někdy před nástupem léčby akutní odvykací stav?

„Myslím, že ne. Ale taky se mi stalo, že jsem si lehnul v neděli a probudil se v úterý. I když nevím, protože já jsem cukrovkář a ve stavu, kdy si nic nepamatuju, jsem už byl. Ale takovýhle stavy se diabetikovi můžou stát. Opravdu se mi stávalo, že si třeba nepamatuju jeden den. Třeba jsem měl hypoglykemii.“

Takovýto stav, který popisujete, se spíše stane alkoholikovi. Napadlo vás, že máte narušenou krátkodobou paměť?

„Ne. Spíš jsem měl díky alkoholu rozhašenou tu cukrovku.“

Byl jste někdy díky užívání alkoholu hospitalizován?

„Ne, díky alkoholu nikdy. Byl jsem hospitalizované kvůli cukrovce.“

To už jste byl závislý na alkoholu?

„Já mám cukrovku tři roky. Takže to jsem pil, ale málo.“

Při hospitalizaci jste pociťoval abstinenční příznaky?

„Ne, ale to kam míříte se ptali hned, když pro mě přijela záchranka. Protože, jak byl ze mě cítit ten aceton díky cukrovce. A celej sem se klepal, mysleli si, že mám absták. Ale byla to jen ta cukrovka.“

Před nástupem na léčení jste pil každý den?

„To jo, pil jsem každé den.“

Jak dlouho jste nyní na léčení?

„Teď jsem tu tři týdny. Vím, co chci. Ale zrovna teď přišla zkratová situace. Chtěl jsem odsud odejít. Ale kluci mi pomohli.“

Co myslíte, tou situací, kvůli které jste chtěl odejít?

„Potřeboval jsem si něco nutně vyzvednout na poště. Nikdo mě nechtěl pochopit. Bylo mi řečeno, že si z nich dělám blázny. A že mě pustí až po psychologickém vyšetření. Volal jsem své sestře, aby mi pomohla. Ale ta mi řekla, že jsem se zbláznil, že tu musím zůstat.“

Sestra při vás stojí?

„Se sestrou mám dohodu, že mi pomůže, pokud léčbu absolvuju a nebudu už pít. Vím, že když znovu začnu, už mi nikdy nepomůže.“

Jak nyní zvládáte léčbu?

„Perferktně. Je tu výborná parta lidí. Hned mě přijali mezi sebe. Vím, že přijde krizovka po měsíci. Já se znám. Ted' když jdu s někým do krámu. Nevadí mi to.“

Víte, co budete dělat po dokončení léčby?

„To je jediné, v čem mám jasno. Už vím, že se nechci vrátit do Plzně. Ale nechci bydlet daleko od rodiny. Budu hledat práci. O práci jsem přišel. Když jsem šel sem, byl jsem ve zkušební době. Rodina mi chce pomoci. Ne, že bych chtěl bydlet u nich. Chci bydlet v Klatovech. Tam mám pár známých. Ale nejsou to lidi, které znám přes chlast, ale přes práci. Kdežto lidi z Plzně, které znám jsou většinou z hospody. A je jich moc.“

Uvažujete nad následnou terapií?

„Já mám výborného praktického lékaře v Klatovech a za ním, když půjdu, určitě mi poradí. Ale nechci chodit mezi další lidi. Nechci chodit do žádných komunit. Nechci to říkat cizím lidem. „

Proč nechcete docházet na terapii mezi lidi, které mají stejný problém? Vždyť tady jste mezi nimi spokojený.

„Nechci. Klatovy jsou malé město a tady se to všechno snáz rozkřikne. Kde budu vědět, že si někdo neotevře pusu u piva? Náhodou začne pít a pak v hospodě, když já si tam přijdu pro cigára, bude rozhlašovat. To je ten ochlasta. A že by, jsem chtěl dojíždět na doléčení někam jinam. To se mi zdá jako ztráta času v mém věku. Chci stihnout to, co jsem zameškal. Nechci být sám. Chci cestovat, vidět moře. A když mi to všechno docvaklo. Vím, že se zabívám dvakrát. Cukrovka, alkohol.“

Co vás stimulovalo k pití? Jak to vidíte teď?

„Vždycky to byl nějaký stres. Krize v partnerství. Já neumím být sám. Aspoň mít komu zavolat. Nejhorší je být sám. To je to nejhorší, co se vám může stát.“

Máte obavy z okolí? Vrátit se zpět do běžného života?

„Ne nemám. Těším se na to.“

Stydíte se za to, že jste pil?

„Stydím se za to, že jsem pil. Ale na to, že jsem, šel jsem. Léčit se. Jsem hrdej.“

Uvítal byste povinnou následnou léčbu?

„Jedině v jiném městě, aby se o mé závislosti nevědělo.“

Děkuji vám, za poskytnutý rozhovor. Přeji vám mnoho síly, zdárně dokončenou léčbu a vydržte abstinovat.

9 DISKUZE

V bakalářské práci se zabývám problematikou dlouhodobého užívání alkoholu. Jak ovlivňuje závislost na alkoholu kvalitu života. Jaký dopad má na osobní, pracovní, sociální stránku života a v neposlední řadě, jak ovlivňuje zdravotní stav jedince. Alkohol bychom měli považovat za tvrdou drogu, která je silně návyková. Je patrné i z prováděných rozhovorů, že se stává berličkou v psychicky těžkých obdobích. Důležité je, abychom si uvědomili, že její nebezpečnost spočívá v tom, že s alkoholem se setkáváme každý den. Bývá často součástí reklamy, která je stále okolo nás, patří k oslavám a hlavně je legální a cenově snadno dostupná. V bakalářské práci se snažím zmapovat celé příběhy respondentů, které mi dávají odpověď na mé výzkumné otázky, pramenící z dílčích cílů.

Mým **prvním** dílčím cílem bylo **zmapovat důvody, které jedince vedly k závislosti**. Otázky se týkaly dětství, rodiny, dospívání, studia či počátků zaměstnání. První rozhovor probíhal s Jakubem. O svém dětství hovořil s nadšením, je jedináčkem, rodiče se mu plně věnovaly. Dětství měl téměř bezproblémové. Okolo 15 let nastává zlom. Ke změně chování zřejmě přispívá puberta i špatný zdravotní stav maminky, která trpí depresemi. V tomto období začaly problémy s autoritou, které zmiňuje na neshodách s trenérem. Jakub začal tíhnout ke snadnějšímu a pohodlnějšímu způsobu života. Byla jím kapela. Otec, evidentně, díky špatnému zdravotnímu stavu manželky a starostem se zabezpečením rodiny, výchovu a kontrolu nad svým synem opomíjel. Syna podporoval finančně. Když bylo Jakubovi 16 let, zdravotní stav matky se zhoršil. Předávkovala se benzodiazepiny, na které užila alkohol. Následně byla hospitalizována. Z rozhovoru je zřejmé, že momentálně ve vztahu otce a syna chyběla vzájemná komunikace. Což mělo za následek utíkání Jakuba ke kamarádům a hraní s kapelou. Ve druhém rozhovoru s Martinem je patrné, že rodinné zázemí již v raném dětství neměl ideální, a tak kvalitní model rodiny Martin nezažil. Otec ve výchově figuroval velice dominantně, ale na samotné potřeby dítěte, kterými rozumím hru a přátelství s rodičem, moc nehleděl. Matka působila ve výchově i v partnerském vztahu zřejmě submisivně. Nedá se hovořit o funkčním modelu rodiny. Tato fakta, která jsou známa jak z prvního, tak druhého rozhovoru se řadí mezi **příčiny psychologické, sociální i genetické**. Přispívají k rozvoji alkoholismu, jak zmiňuje Heller ve své knize Pavučina závislosti. Příčinami psychologickými rozumíme samotný stav psychiky, kdy si Jakub na sebe zbyl sám a ač je ještě dítě, přes složitou životní situaci v rodině, najednou sám vyrůstá. Co se týká psychických příčin u Martina, dle rozhovoru není schopný řešit krizové situace, které v jeho životě nastávaly. Pokud

docházelo k problému v partnerském životě, vždy se upínal k alkoholu. Tento fakt ovšem souvisí i s již zmíněnou příčinou sociální. Díky špatnému partnerskému modelu ze své rodiny, není schopný řešit své partnerské vztahy a alkohol je snadným nástrojem, kterým blokoval řešení problémů. Velkým problémem v jeho životě je, udržet si trvalý pracovní poměr. Vybudovat si zázemí. Během rozhovoru jsem zjistila, že Martin k sobě často není upřímný. Jeho výpověď je pro mě u některých odpovědí nevěrohodná. Co se týká genetické příčiny, je z rozhovoru zřejmé, že otec se řadil, díky neustálé zásobě a každodennímu pití piva, i když bez společenských excesů k tzv. románskému typu dle Jellinkovi typologie závislosti. Jako příčinu sociální vidíme i u Jakuba špatně fungující rodinu a následně nový model společnosti, kterým pro něj byli noví kamarádi. V rozhovoru Jakub zmiňuje, že matka užívala benzodiazepiny a zapíjela je alkoholem. Takže závislost u jednoho z rodičů byla také zřejmá. U Jakuba se také začíná rozvíjet závislost. Zpětně toto počínání hodnotí jako následek nešťastné rodinné situace. Nechtěl svého otce více zatěžovat a během studia na střední škole, které ho nebavilo, se více soustředil na muziku a pití alkoholu. Dochází k seznámení s lidmi, kteří alkohol pili běžně. Jakub se v nich zhlédl a začal jejich chování kopírovat. Studiu se víceméně nevěnoval a alkohol se stal jeho denní rutinou. Ve 2. ročníku školu ukončil a po dohodě s otcem nastoupil na učební obor Umělecký kovář. V abúzu alkoholu sice pokračoval, ale školu dokončil. V 19 letech mu maminka zemřela. To, že má problém s pitím, si uvědomil ještě před jejím úmrtím. Když zemřela, maturoval. V toto období byl ještě schopný své pití kontrolovat a maturitu zvládnout. Po dokončení studia opět své užívání alkoholu prohloubil. U Martina se závislost rozvíjí o něco déle než u Jakuba. Během dospívání je pro něj alkohol ještě tabu. K rozvoji závislosti vede nezvládnutí krizových životních situací v podobě rozvodu, zákazu vídat svého syna, rozpadu dalšího partnerského vztahu s následnou samotou. O zaměstnání se vyjadřuje jako o práci, která ho nebavila. S přibývajícím abúzem alkoholu zaměstnaný již není a nastupuje svoji první léčbu. Kterou absolvuje a je schopný se opět zařadit do běžného života.

Další zodpovězené otázky se týkají cíle, v kterém se zaměřuji na to, **jak abúzus alkoholu ovlivňuje zdravotní stav jedince**. Ve chvíli, kdy nastalo nekontrolované pití, je Jakub hospitalizován v nemocnici díky silné intoxikaci. Zde zjišťuje, že má následkem abúzu alkoholu změny na jícnu. To, že alkohol postihuje celý gastrointestinální trakt a to, že může užívání ještě s kouřením být příčinou dokonce nádorového bujení, popisuje Ehrmann v knize Hepatologie. I Martin byl hospitalizován na základě kolapsu, který

ovšem příkládá diabetu. Ujišťuje mě, že když ho nakládali do sanitky, hovořili o alkoholu, ale byl z něj přeci jen cítit aceton, kvůli cukrovce. Odpovědi působily opět nevěrohodně. Další z otázek na Jakuba byla cílená. Týkala se doporučení protialkoholní léčby. Snažila jsem se zjistit, zdali Jakuba někdo informoval, že je alkoholik, a že by se měl léčit. Odpověď zněla ne. Proč tedy v tuto chvíli, kdy je pacient hospitalizován ve stavu akutní intoxikace a je patrné, že se jedná o alkoholismus, nepřichází ze strany zdravotníků doporučení vedené časnou intervencí. (Raboch, a další, 2012, s. 220-221). Jakub si neuvědomoval zdrav. důsledky, ale všiml si změny, která narušovala jeho krátkodobou paměť. Což znamená, že u Jakuba se již projevoval Korsakovův syndrom, který je zmiňován v teoretické části. Tzv. alkoholová okénka (palimpsesty) patří na rozhraní 2. stadia prodromálního, které díky zmíněným okénkům přechází do stadia 3. rozhodného, krucinálního. V tomto stádiu se již hovoří o vlastní nemoci. (Heller, a další, 2011, s. 16,18) Problémy s krátkodobou pamětí vnímal i Martin, ovšem přisuzuje tyto výpadky možnému diabetickému komatu. (Kalina, a další, 2015, s. 53)

Dalším cílem mé bakalářské práce bylo **zjistit sociální problematiku jedince**. Tyto otázky se týkají zaměstnání, partnerských vztahů, finanční situace. Velkým problémem Martina je, udržet si trvalý pracovní poměr, vybudovat si zázemí a udržet si partnerský vztah. Během rozhovoru s Martinem se stále utvrzují, že k sobě není skutečně upřímný. Po prvním léčení, žil nějaký čas s alkoholičkou, která neabstinovala a tvrdí, že je možné udržet si kontrolované pití. Ve chvíli kdy ho opustila, se ubírá ke každodennímu nekontrolovatelnému užívání. Cítí, že je opět na špatné cestě, proto kontaktuje svoji rodinu a čeká pomoc. Udává, že sestra mu již nevěří. V předešlých letech si byl schopný kvůli opatření alkoholu neustále vymýšlet a sestře lhát. Což potvrzuje sílu drogy, kdy závislý není schopný racionálně uvažovat a myslí pouze na to, jak si alkohol opatřit. Je tedy jasné, že tzv. craving, bažení je schopný veškeré vztahy zničit. Tento fakt zmiňuje Ondriová ve svém článku Alkohol jako patologický jev v psychosociálním kontextu. (Ondriová, a další, 2012,) Ve 23 letech Jakub zjišťuje, že mu alkohol již nic nepřináší. Právě naopak. Není schopný, vytvořit si trvalý partnerský vztah. Co se týká sociální stránky, byl Jakub stále zaměstnaný. Dle jeho slov, spíše díky známostem jeho otce. Ve chvíli, kdy pil permanentně, příchody do zaměstnání byly nepravidelné a nakonec do zaměstnání přestal chodit úplně. Zmínil se, že veškeré úspory, které tenkrát měl, propil. Což je také jedním znakem, který hovoří pro závislost na alkoholu. V době, kdy se Jakub ocitá v situaci, kdy nechodí do zaměstnání, nepříjemné tělesné důsledky musí řešit další dávkou alkoholu.

Nachází se již ve 4. stádiu alkoholismu. Které je dle Jellinkova dělení fází alkoholismu stádiem terminálním. (HELLER, a další, 2011,)

Mezi dílčí cíle výzkumu dále patří, **abúzus a jeho vliv na osobní život jedince.** Jakub udává, že mu alkohol nejdříve přinášel úlevu, obohatil jeho tvůrčí smysly. Cítil se díky jeho užívání s partou přátel jiný. Odlišoval se od ostatních. Postupem času chápal, že je něco v nepořádku. Někteří se od něj odvrátili a sám si uvědomil, že má problém. Snažil se ubrat na intenzitě užívání. Pokud byl sám se sebou a s osobním životem spokojen, užíval alkohol méně. Jakmile nastal problém v partnerském životě i v zaměstnání, abúzus alkoholu se opět prohloubilo. Znamenalo pro něj snadné odpoutání od reality, bezstarostnost. Nemusel řešit problémy partnerské ani finanční situaci. Ve stádiu, které bylo pro něj již terminálním, stával se asociálním. Chtěl být raději sám. Jeho myšlenky směřovaly pouze k užití alkoholu. Po rozhovoru s Martinem si nejsem jistá s odpovědí, která se týká tohoto cíle. Některé odpovědi působily opět nedůvěryhodně. Martin se s alkoholem setkává až při výkonu vojenské služby, ale ne ve velké míře. Dokáže však Martin hodnotit míru užívání alkoholu? Otázkou je, proč jeho vztahy končily vždy téměř nevysvětlými rozchody. Svůj patologický abúzus udává, až po nemožnosti vidat svého syna a nepřiznání druhého dítěte. Zde je z jeho rozhovoru patrné, že začíná abúzus prohlubovat a ke svým povinnostem a závazkům se staví lehkovážně. Díky svému jednání se ocitá ve výkonu trestu a matka za něj platí dluhy. Uvědomuje si, že za řadu problémů může alkohol a nastupuje své první léčení. Léčení celé absolvuje, ovšem po dalších životních zklamáních se opět ubírá k alkoholu. Je tedy zřejmé, že u alkoholismu nedochází k vyléčení, pouze k úzdravě organismu. A k vyléčení je zapotřebí nekompromisní abstinence. Martin sáhl pro alkohol jako po jakési odměně, která je v jeho mysli zakódována z jeho předchozího období užívání alkoholu. Závislost je onemocněním, které silně recidivuje. V tomto případě se jedná o relaps spojený se zvládáním stresu. U zmíněné odměny, která se snaží v terapeutickém programu dosáhnout jinou strategií, relaps i tak hrozí. Tato odměna je právě spojena s určitým kontextem a pokud přijde situace tomuto kontextu podobná, v Martinově případě stres z partnerského neúspěchu, dochází k odměně ve formě alkoholu a k relapsu onemocnění. (Kalina, 2008, s. 36) Je tedy jasné, že k úzdravě alkoholika vede cesta pouze s trvalou abstinencí. Jak uvádí Raboch ve své knize Psychiatrie. Pro alkoholismus je charakteristická nezvratná schopnost kontrolovaného užívání. Dále se zmiňuje, že u velké většiny pacientů nedochází k abstinenci po první léčbě. Bohužel to vede společnost k mylnému dojmu, že léčba

alkoholismu je neúspěšná. Zatímco je známo, že u 50-70 %, kteří absolvovali odvykací léčbu, úspěšně jednorůčně abstinovali. Po třech letech abstinuje 30-40 % pacientů.

V závěru diskuze bych ráda zhodnotila získané rozhovory a uvedla fakta, která plynou z rozhovoru s psychoterapeutkou, která působí na oddělení, kde výzkum probíhal a respondenty ze svých terapeutických sezení zná.

Martin během rozhovoru odpovídal klidně a velmi ochotně. Ovšem nejsem si jistá, zda-li je jeho příběh pravdivý. Svůj dojem jsem nabývala již během rozhovorů a byl mi potvrzen i psychoterapeutkou. Martin se na psychoterapeutických sezeních jeví sebejistě, ovšem své výpovědi během léčby mění. Ze svého jednání viní často okolí. Své zdravotní potíže přisuzuje pouze diabetu. I když je Martin diabetik s kompenzovaným diabetem pouze na dietě. Po nástupu léčení se snaží po krátké době léčebnu opustit (pouze na vycházku) s předstíráním nutnosti navštívit úřady. I během rozhovoru je stále rozhořčen a zlobí se na personál, že vycházku neměl povolenou.. Léčbu podstoupil dobrovolně, ovšem není schopný si připustit závažnost svého problému. Nepřiznává, že touhu se napít měl, nebo má a skrýval ji za nutnou potřebu na krátkou dobu opustit léčebnu. Pravdou je, že přibližně v tu samou dobu léčebnu chtěl opustit i Jakub a žádal svého otce, aby ho odvezl. Oproti Jakubovi, Martin v době našich rozhovorů ještě nemá **náhled** utvořený. Psychoterapeutka mi můj dojem potvrdila a konstatovala, že v prvních týdnech léčby je touha s léčbou skončit velká a největší craving nastává v období po čtyřech týdnech léčení. Jedním z faktů, který poukazuje na vytvoření náhledu je také přijmout skutečnost, že není možné pro dosažení úzdravy žít s kontrolovaným pitím. Což Martin zmiňuje v rozhovoru, že on toho schopný je a literatura i paní primářka se mýlí. Oproti Jakubovi neuvažuje nad pokračovací terapií po ukončení odvykací léčby. Má obavy z okolí. Stydí se za to, že je alkoholik a bojí se stigma. Jakub je při rozhovoru velice optimistický. Svoji vinu dává jasně najevo a těší se na „nový život“. I když zná rizika relapsu, ale doufá, že právě on, bude mít tak pevnou vůli a s užíváním alkoholu nezačne. Má velkou podporu ve svém otci a patrně i ve svém okolí. Mám dojem, že se naučil pracovat se svými emocemi a uvědomuje si, co mu alkohol vzal. Zjistil, že psaní hudby je snazší s jasnou myslí, než s myslí, která je zastřena alkoholem. Těší se na svoji práci uměleckého kováře a na novou kytaru.

Cílem mého kvalitativního výzkumu bylo zjistit, do jaké míry zasahuje závislost na alkoholu do života respondentů. Jak je vlastně jejich život kvalitní? Výzkumem bylo zjištěno, že u obou respondentů výrazně negativně závislost na alkoholu zasahuje do všech

zmíněných oblastí. Závislost mění zdraví jedince na nemoc. Mění jejich osobnost, zasahuje do rodinných vztahů, do stránky ekonomické i sociální.

Dále mým cílem bylo veřejnosti přiblížit, jak velkým problémem dnešní společnosti závislost na alkoholu je. Znároznit, jak závislost vzniká, jaké jsou její důsledky a jaké jsou možnosti léčby. Výsledek kvalitativního výzkumného šetření by mohl být přínosem i pro rodiny alkoholiků a alkoholiky samotné. V příloze č. 2 přikládám seznam zdravotnických zařízení, která v plzeňském kraji odvykací léčbu zajišťují.

ZÁVĚR

Tématem této bakalářské práce je závislost na alkoholu. Z mého pohledu je tématem více než aktuálním. Alkohol patří do našeho běžného života, i když je také drogou, jako jsou ostatní drogy nelegální. Setkáváme se s ním denně v obchodě, v reklamách. Z billboardů se na nás usmívají šťastní lidé, kteří drží v ruce skleničku. Vždyť takto na mládež působí jako výborný zdroj zábavy. Cílem mé práce je přiblížit veřejnosti, jak moc je nadužívání alkoholu nebezpečné jak pro naše zdraví, tak pro osobnost samotnou.

Bakalářská práce má za cíl zmapovat kvalitu života pacienta se závislostí na alkoholu. Přiblížit problém alkoholismu celé veřejnosti. Měla by být i zdrojem informací pro rodiny alkoholiků a alkoholiky samotné. A v neposlední řadě i materiálem pro zdravotníky, kteří se s alkoholiky setkávají v každém oboru.

Vím, že se společnost k alkoholikům obvykle staví zády. Bohužel alkoholismus je nemoc a často doprovází jiné psychiatrické onemocnění, kterých v naší společnosti přibývá. Mnohdy, pro jedince nejen s poruchou osobnosti je alkohol tím, co mu v nelehkých životních situacích pomáhá. Proto bych chtěla zmínit, že svojí edukací a časnou intervencí bychom mohli některý osud změnit. S alkoholismem se setkáváme ve všech klinických oborech a měli bychom si uvědomit, že my zdravotníci můžeme být jediní, s kterými alkoholik o svých problémech mluví a mohli bychom to být my, kdo mu nabídne řešení v jeho zdánlivě neřešitelné situaci.

LITERATURA A PRAMENY

Alcoholics, Anonymous, 2015. What is AA. *Alcoholics anonymous*. [Online] 2015., [Citace: 18. 11 2015.] Dostupné z : <http://www.alcoholics-anonymous.org.uk/>.

Creativ, Commons, 2012. Kvalitativní rozhovory- polostrukturované, nestrukturované. *Wiki knihovna*. [Online] 12. říjen 2012. [Citace: 24. listopad 2015.] Dostupné z : <http://www.wiki knihovna.cz>.

DUŠEK, Karel a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. 2010. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 1.vyd. Praha : Grada,s. 632. ISBN 978-80-247-1620-6.

EDWARDS, Griffith, 2004. *Záhadná molekula Mýty a skutečnosti o alkoholu*. 1. vyd. Praha 2 : Nakladatelství Lidové noviny, s. 209. ISBN-80-7106-696-6.

EHRMANN, Jiří a HŮLEK, Petr, 2014. *Hepatologie*. 2. vyd. Praha : Grada, s. 628. ISBN 978-80-247-5510-6.

EHRMANN, Jiří a SCHNEIDERKA, Petr, 2006. *Alkohol a játra*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing,a.s., s. 168. ISBN 80-247-1048-X.

FISHER, Slavomil, Škoda, Jiří, 2014. *Sociální patologie : Závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2. vyd. Praha : Grada. Publishing, s. 232. ISBN 978-80-247-5046-0.

GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života proklinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1.vyd. Praha : Sestra (Grada), ISBN 978-80-247-3625-9.

HELLER, Jiří a PECINOVSKÁ, Olga, 2011. *Pavučina závislosti*. Praha 5 : Vydavatelství Togga, spol.s r. o. Volutová 2524, Praha 5, s. 215. ISBN 978-80-87258-62-0.

HENDL, Jan, 2008. *Kvalitativní výzkum:základní teorie, metody a aplikace*. Praha : Portál, s. 407. ISBN 978-80-7367-485-4.

2010,. Informační portál o ilegálních a legálních drogách. *drogy-info*. [Online] 7. 12 2010., [Citace: 2. 11 2015.] Dostupné z : [http:// txt.www.drogy-info.cz](http://txt.www.drogy-info.cz).

- KADAŇKA, Zdeněk, 2013. Jak je to s prospěšností pití malých dávek vína(zejména červeného) pro lidské zdraví. *Revue české lékařské akademie*. REVUE, 1.vyd. ISSN 1214-8881
- KALINA, Kamil a kolektiv, a, 2015. *Klinická adiktologie*. 1.vyd. Praha : Grada, s. 696. ISBN 978-80-247-9792-2.
- KALINA, Kamil, 2013. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praga : Grada Publishing, 2013,. s. 528. ISBN 978-80-247-4361-5.
- KALINA, Kamil, 2008. *Terapeutická komunita*. Praha, : Grada, s. 400. ISBN 978-80-247-2449-2.
- KALINA, Kamil, 2008. *Základy klinické adiktologie*. Praha : Grada, s. 388. ISBN 978-80-247-1411-0.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, str. 198. ISBN 80-247-0179-0.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha : Grada, s. 176. ISBN 978-802-4727-134..
- NEŠPOR, Karel, 2015. Delirium tremens v Česku. *drnespor*. [Online] 2015,. [Citace: 20. 10 2015.] Dostupné z :<http://www.drnespor.eu/addictcz.html>.
- NEŠPOR, Karel, 2011. *Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha : Nakladatelství Portál, ISBN 978-80-7367-908-8.
- NEŠPOR, Karel, 2011. Závislost na alkoholu-diagnostika a léčba dnes. *drnespor*. [Online] 2011,. [Citace: 22. 10 2015.] Dostupné z : <http://www.drnespor.eu/adnes4.doc>.
- ONDŘIOVÁ, Iveta a CÍNOVÁ, Jarka, 2012. Alkohol jako patologický jev v psychosociálním kontextu. *Zdraví e15*. [Online] 16. 11 2012,. [Citace: 8. 10 2015.]Dostupné z:<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/alkohol-jako-patologicky-jev-v-psychosocialnim-kontextu-467706www.zdravi.e15.cz>.
- PAVLOVSKÝ, Pavel, CSc. a kol., a, 2009. *Soudní psychiatrie a psychologie*. Praha : Grada Publishing, s. 57. ISBN 978-80-247-2618-2.

PECINOVSKÁ, Olga, 2013. Léčba závislosti na alkoholu a její specifika u žen. *Revue české lékařské akademie*. REVUE, 1.vyd., s. 25-26. ISSN 1214-8881

POPOV, Petr, 2013. Problematika alkoholu v ČR z pohledu adiktologie (a krátce o historii přístupu k alkoholismu). *Revue české lékařské akademie*. REVUE, 1.vydání, s. 6-7. ISSN 1214-8881

RABOCH, Jiří a Pavlovský, Pavel, 2012. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha : Univerzita Karlova, s. 466. ISBN 978-80-246-1985-9.

RABOCH, Jiří, PAVLOVSKÝ, Pavel a JANOTOVÁ, Dana, 2012. *Psychiatrie minimum pro praxi*. Praha : Triton, ISBN 978-80-7387-582-4.

ROKYTA, Richard, 2013. Úvod do problematiky alkoholu. *REVUE české lékařské akademie*. REVUE, 1.vyd., ISSN 1214-8881

SORNIA, Jean-Charles, 1986. *Histoire de l'alcoolisme*. 1. vyd. Paris : Flammarion, s. 322. ISBN 978-20-806-4947-8.

ŠENKÁROVÁ, Zuzana, 2012. Posuzování závislosti na alkoholu. *zdraví E15*. [Online] 16. 11 2012,. [Citace: 8. listopad 2015.] Dostupné z : <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/posuzovani-zavislosti-na-alkoholu-467707>.

ÜHLINGER, Claude a TSCHUI, Marlyse, 2009. *Když někdo blízký pije*. [překl.] Šárka Belisová. 1. vyd. Praha : Portál, s. 144. ISBN 978-80-7367-610-0.

ZACHAROVÁ, Eva, 2007. *Zdravotnická psychologie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing a.s. s. 232. ISBN 978-80-247-2068-5.

SEZNAM ZKRATEK

AA- anonymní alkoholici

Al-anon- sdružení příbuzných a přátel alkoholiků

AT- ambulantní léčba

ČR- Česká republika

ESPAD-evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách

EU- Evropská Unie

KLUS- klub usilující o střízlivost

MKN- mezinárodní klasifikace nemocí

NIAAA- National Institute on Alcohol abuse and Alcoholism

TK- terapeutická komunita

WHO- World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 : Dotazník závislosti

Příloha 2 : Seznam zdravotnických služeb zajišťujících protialkoholní léčbu

Příloha 3 : Informovaný souhlas

Příloha 4 : Citát

PŘÍLOHY

Příloha č. 1

1. Cítil jste během posledních 12 měsíců silnou touhu nebo nutkání pít alkohol?

Ne - Někdy – Často

2. Nedokázal jste se ve vztahu k alkoholu ovládat? (Pil jste i tehdy, když to bylo nevhodné, nebo jste vypil víc, než jste původně chtěl?)

Často - Někdy - Ne

3. Měl jste tělesné odvykací potíže („absták“) po vysazení alkoholu (např. nejčastěji třes po ránu)?

Ne - Někdy - Často

4. Zvyšoval jste dávku alkoholu, abyste dosáhl účinku, původně vyvolaného nižší dávkou?

Často - Někdy - Ne

5. Zanedbával jste dobré záliby kvůli alkoholu nebo jste potřeboval víc času k získání a k užívání alkoholu či k zotavení se z jeho účinku?

Ne - Někdy - Často

6. Pokračoval jste v pití alkoholu přes škodlivé následky, o kterých jste věděl?

Často - Někdy - Ne

Vyhodnocení

Spočítejte odpovědi „často“ a odpovědi „někdy“

- 0 odpovědí „často“ a „někdy“ znamená, že se patrně nejedná se o závislost.
- 1 - 2 odpovědi „často“ a „někdy“ - tento výsledek vyžaduje důkladnější vyšetření.
- 3 - 6 odpovědi „často“ a „někdy“ znamenají, že se patrně jedná o závislost.

Zdroj: www.drnespor.eu/adnes4.doc

Příloha č.2

Zařízení plzeňského kraje, která poskytují péči pacientům se závislostí na alkoholu.

Anonymní alkoholici Plzeň

Farní úřad Českobratrské církve

Němejcova 2, 320 00

www.aa-plzen.cz

Čas setkání: čtvrtek 19.00 hod.

Anonymní alkoholici

Denní stacionář Pohodička

Dělostřelců 1251, Rokycany

Čas setkání: úterý 17.00 hod.

AT ambulance Dobřany

Psychiatrická nemocnice

Ústavní ulice 2, Dobřany, 334 41

AT ambulance Plzeň

Psychiatrická klinika při Fakultní nemocnici Plzeň

Alej Svobody 80, 323 00, Plzeň

www.fnplzen.cz

AT- ambulance

Psychiatrická ambulance

Dukelská 39, Domažlice, 344 20

Tel.: 379 725 814

AT- ambulance- Klatovy

Hostašova 152, Klatovy, 339 20

Tel.: 376 315 282

Psychiatrická a AT- ambulance Klatovy

Plzeňská 569, Klatovy, 339 38

www.nekmt.cz

Denní stacionář – Plzeň, Psychiatrická léčba -Plzeň

Alej Svobody 80, Plzeň, 323 00

www.fnplzen.cz

Detoxifikace – Plzeň

Alej Svobody 80, Plzeň, 323 00

www.fnplzen.cz

Psychiatrická nemocnice- Dobřany, oddělení 24,25

Léčba dlouhodobých závislostí na hráčství a alkoholu

Ústavní 2, Dobřany, 334 41

www.pldobrany.cz

Příloha č. 3 Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Kvalita života pacientů závislých na alkoholu

STUDENT

Veronika Kilianová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
veronika.kilianova@email.cz

VEDOUcí BP:

Mgr. Miroslava Langmajerová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU

CÍL STUDIE

Cílem studie je zjistit do jaké míry závislost na alkoholu ovlivňuje kvalitu života.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu :.....Datum:

Podpis studenta:..... Datum:

Příloha č. 4

„Smutek jen stěží utopíš v alkoholu.
Bývá totiž zatraceně dobrým
plavcem.“

LECH PRZECZEK

