

Léčba abúzu alkoholu v Psychiatrické léčebně v Kroměříži v letech 2000-2011

Martin Dvořák, DiS.

Bakalářská práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Martin DVOŘÁK, DiS.**
Osobní číslo: **H10152**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Léčba abúzu alkoholu v psychiatrické léčebně
v Kroměříži v letech 2000–2011**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti závislosti na alkoholu.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace výzkumu formou sekundární analýzy dat.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledku výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

SKÁLA, Jaroslav. ...až na dno!? Fakta o alkoholu a jiných návykových látkách: Zneužívání a závislost. Praha: Avicenum, zdrav. nakladatelství, n.p., 1988. ISBN 08-045-88.

ŠEDIVÝ, Václav a Helena VÁLKOVÁ. Lidé, alkohol a drogy. Praha: Naše vojsko, 1988.

GÖHLERT, F. Christoph a Frank KÜHN. Od návyku k závislosti. Praha: Euromedia Group, k.s.lkar, 2001. ISBN 80-7202-950-98.

CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu. Základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

SVOBODOVÁ, Alena a Josef KVAPILÍK a kolektiv. Člověk a alkohol. Praha: Avicenum, zdrav. nakladatelství, n.p., 1985. ISBN 08-091-85.

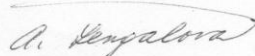
Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.**

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2012**

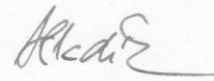
Termín odevzdání bakalářské práce: **3. května 2013**

Ve Zlíně dne 19. února 2013



doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka





Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 20.4.15

.....
Dušan Kuarkl

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

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

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

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

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

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

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

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

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

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

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce je zaměřena na abúzus alkoholu, účinky alkoholu na člověka, alkoholismus, jeho stádia a typy, jeho léčbu. Teoretická část práce obsahuje pojmy, definice, rozdělení z oblasti abúzu alkoholu. Praktická část obsahuje zpracovaná data o pacientech, kteří prošli Psychiatrickou léčebnou v Kroměříži v letech 2000-2011, hlavně pak do věku 25ti let, u kterých pozorujeme počet léčených pacientů, úspěšnost léčby, jaká je tendence vzniku abúzu ve zkoumaném období a vznik abúzu alkoholu dle pohlaví. Toto je zpracováno v tabulkách a grafech s následným vysvětlením daného výzkumu.

Závěr bakalářské práce tvoří zhodnocení kvantitativního výzkumu dané problematiky.

Klíčová slova: alkohol, alkoholismus, abúzus alkoholu, stádia závislosti, typy závislosti na alkoholu

ABSTRACT

This thesis is focused on alcohol abuse, alcohol's effects on humans, alcoholism, its stages and types of treatment. The theoretical part includes the concepts, definitions, classification in the area of alcohol abuse. The practical part contains the processed data on patients who have undergone psychiatric treatment in Kroměříž in 2000-2011, mainly under the age of 25 years, where we see the number of patients treated, treatment success, what is the tendency to abuse the period under review and the emergence of alcohol abuse by sex. This processing is a bathtub in the tables and charts with explanation of subsequent research.

Conclusion The work is an evaluation of quantitative research the issue.

Keywords: alcohol, alcoholism, alcohol abuse, stages of addiction, types of alcohol addiction

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Mgr. Soni Vávrové, PhD. za vedení mé bakalářské práce, za rady, náměty, připomínky, trpělivost a hlavně čas. Dále bych rád poděkoval za spolupráci s pracovníky Psychiatrické léčebny v Kroměříži za rady a informace.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

I	TEORETICKÁ ČÁST	10
	ÚVOD.....	11
1	ALKOHOL A LIDSKÁ SPOLEČNOST	12
1.1	VZNIK A VÝROBA ALKOHOLU	12
1.2	ALKOHOL V HISTORII LIDSTVA.....	12
1.3	ÚČINKY ALKOHOLU NA LIDSKÝ ORGANISMUS.....	14
1.3.1	Pozitivní účinky na zdravotní stav	14
1.3.2	Negativní účinky alkoholu	15
1.3.3	Neuropsychotropní účinky alkoholu	16
1.4	ALKOHOL A KRIMINALITA.....	17
1.5	MLÁDEŽ A ALKOHOL	18
1.6	ALKOHOL V TĚHOTENSTVÍ.....	20
2	ZÁVISLOST NA ALKOHOLU.....	22
2.1	STÁDIA A TYPY ZÁVISLOSTI	22
2.1.1	Vývojová stádia závislosti.....	23
2.1.2	Typy abúzu a závislosti	24
2.2	VZNIK A VÝVOJ ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU	25
2.3	ABÚZUS A ZÁVISLOST U MUŽŮ A ŽEN.....	26
3	LÉČBA ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU	28
3.1	FORMY LÉČBY	28
3.2	LÉČBA ZÁVISLOSTI	30
3.2.1	Biologická léčba.....	30
3.2.2	Psychoterapie.....	30
II	PRAKTICKÁ ČÁST	34
4	METODOLOGIE VÝZKUMU.....	35
4.1	VÝBĚROVÝ SOUBOR	35
4.2	VÝZKUMNÁ STRATEGIE	35
4.3	VÝZKUMNÝ PLÁN.....	36
4.4	METODY ANALÝZY DAT	36
4.5	POPIS MÍSTA REALIZACE VÝZKUMU	36
4.5.1	Protialkoholní oddělení	38
4.6	VÝZKUMNÝ PROBLÉM A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	39
5	VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU.....	40

5.1	POČET LÉČENÝCH PACIENTŮ DO 25- TI LET VĚKU V PRŮBĚHU LET 2000 – 2011 V PL KM PRO ABÚZU ALKOHOLU	40
5.2	TENDENCE VZNIKU ABÚZU ALKOHOLU U PACIENTŮ DO VĚKU 25TI LET, KTEŘÍ PROŠLI LÉČBOU V PL V KM V LETECH 2000-2011	42
5.3	VZNIK ABÚZU ALKOHOLU U LIDÍ VE VĚKU DO 25TI LET V LETECH 2000-2011 DLE POHLAVÍ	45
5.4	ÚSPĚŠNOST LÉČBY ABÚZU ALKOHOLU U PACIENTŮ DO VĚKU 25-TI LET	49
5.5	FREKVENCE OPAKOVANÝCH VSTUPŮ U ŽEN.....	51
6	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	55
	ZÁVĚR	58
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	59
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	61
	SEZNAM TABULEK.....	62
	SEZNAM PŘÍLOH.....	63

TEORETICKÁ ČÁST

ÚVOD

Tato práce pojednává o alkoholu z mnoha hledisek, ale stěžejním cílem práce je problematika vzniku a léčby abúzu alkoholu u mužů a žen do 25ti let v Psychiatrické léčebně v Kroměříži.

Alkohol dělá průvodce člověku již nejedno století a je více než jasné, že tomu bude i tak nadále. Je nedílnou součástí oslav, kulturních akcí, nebo doprovází naše setkání s přáteli. Kolik nehod se stalo za přispěním alkoholu, nemálo manželství skončilo vlivem alkoholu apod. Na alkohol nelze nahlížet jen jako na škodlivé agens, které člověku přináší jen potíže společenské, sociální, zdravotní a také se zákonem, ale alkohol je i lékem, nebo spíše než lékem, nosným médiem pro vitamíny, minerály – pivo, nebo resveratrolu ve víně, které má spolu s dalšími složkami vína pozitivní vliv v boji proti srdečním chorobám, proti degenerativnímu nervovému onemocnění, a dalším onemocněním. Nemůžeme jednoznačně říci, že alkohol je noxa, která jen škodí a na druhou stranu zase není vhodné se schovávat za „dobrý“ účinek alkoholu. Pít „na zdraví“ se dá jen v malém množství, pak už se alkohol stává jedem. Ve své podstatě je to droga jako každá jiná a ona hranice pití „na zdraví“ a škodlivým účinkem je tenká. Jistě každý z nás slyšel „Nohavicovu teorii alkoholického kopce“ v podání písničkáře Jaromíra Nohavici. Je to totiž velmi individuální. Začíná to tajným pitím ve skrytu domova, ukryváním lahví rozpitého alkoholu, který působí na mladistvé jinak než na dospělé, jinak na ženy než muže. U mladých lidí je to často první zkušenost s alkoholem již před osmnáctým rokem života a to může být začátek konce, mnoho lidí alkoholem „řeší“ své problémy.

Záměrem této práce je osvětlit tuto problematiku a hlavně se zaměřit na lidi do 25ti let věku, kdy jsou vlastně na začátku života a jaký bude start, tak se pravděpodobně bude odvíjet celý život.

1 ALKOHOL A LIDSKÁ SPOLEČNOST

Pod alkoholem většina lidí chápe jakýkoliv alkoholický nápoj. Toto označení považují za nešťastné, protože alkoholy je název pro skupiny uhlovodíků s přesně danými vlastnostmi. Alkohol, který máme na mysli a který se nachází v nápojích a v potravinách, je líh-ethylalkohol, což je derivát etanu, který vzniká kvašením cukerných roztoků, nebo lze vyrobit i synteticky. Jeho chemický vzorec je C_2H_5OH . Řada alkoholů patří mezi jedy, je to bezbarvá kapalina, která má ve zředěné formě příjemný, alkoholový zápach. Alkohol je snadno zápalný, je klasifikován jako hořlavina I. třídy.

1.1 Vznik a výroba alkoholu

Známe dva způsoby vzniku, výroby alkoholu. První možností vzniku je přírodní cesta, kdy dochází za přítomnosti kvasinek ke kvašení cukru. Tato je ale možné pouze do koncentrace 14-18% alkoholu, pak paradoxně dochází k odumření kvasinek. Tohoto se využívá zejména při výrobě piva a vína. Uměle je příprava alkoholu spojena s katalytickou hydratací ethylenu nebo katalytickou hydrogenací acetaldehydu. Tento alkohol je čistší než alkohol kvasný a je tudíž kvalitnější.

Využití alkoholu v průmyslu je nezměrné. Největší využití je v potravinářském průmyslu, již výše zmiňovaným pivem a vínem, nebo výrobou tvrdého alkoholu. V současnosti se využívá i jako příměs do biopaliv, pro zvýšení oktanového čísla a přispívá ke snížení množství emisí CO_2 . Tento alkohol je vyráběn z biomasy, nejpoužívanější jsou rostliny, které obsahují vysoké hladiny cukrů a škrobů. Jsou státy, kde jsou biopaliva daňově zvýhodněna a vozidla využívající tato paliva mohou vjíždět do center měst. Další odvětví, které využívá alkohol je kosmetika a farmacie.

1.2 Alkohol v historii lidstva

Již ve starověku byl znám vliv alkoholu na lidský organismus. Víno je známo lidstvu již tisíce let. O alkoholu je zmiňováno v Eposu o Gilgamešovi, který pochází ze 3.- 4. tisíciletí př. n. l. Příprava medicínálního vína je zmíněna na hliněné tabulce z období kolem 2200 př. l. a teprve až v 11. století n. l. byl získán čistý alkohol. Nejprve byl alkohol lidmi užíván, aby jim pomáhal a zpříjemňoval život. Lidmi vyhledávané vlastnosti alkoholu bylo možné užívat i v medicíně. Blahodárné účinky alkoholu jsou zmiňovány v období antiky,

za lékaře Hippokrata (460-370 př. n. l.) a filozofa Ibn Síny (980-1037), známého jako Avicenna. Po celé Evropě byly známy Avicennovy spisy, zejména Kánon medicíny. V povědomí jsou i jiné práce středověkých „lékařů“. Nejen vínové obklady používali při úrazech a chorobách, ale též po samotném požití alkoholického nápoje pocítovali pacienti úlevu a bolesti lépe snášeli.

Alkohol nejen činil svět snesitelnějším, ale i příjemnějším zejména v těžkých dobách, kdy lidé trpěli nedostatkem jídla, kdy žili v zimě a ve vlhku. Nicméně již tehdy měl alkohol na člověka neblahý vliv, kdy ho sváděl na scestí, ale na druhou stranu lidem nevadila změna psychických vlastností po jeho požití, kdy se jim zlepšila nálada, svět byl rázem snazší, byli veselejší, životní a osobní problémy se jevily snesitelnější.

Ruku v ruce s dobrými vlastnostmi alkoholu se začaly přidávat i ty špatné. Dionýsos byl ve starém Řecku uctíván jako bůh plodnosti a vína, ale také jako bůh extáze. K jeho počtě byly slaveny dionýzie a anestetérie. Tyto oslavy trvaly několik dní, kde alkohol tek proudem a dobré mravy a počestnost vzaly za své.

Indiáni v Mexiku vařili kaktusové pivo a při náboženských obřadech jej pili nejdříve kaplani, pak zúčastněný lid vedený ke zbožnosti. Alkohol měl umocnit víru v nadpřirozené síly a vzhledem k tomu, že užívání alkoholu bylo „posvěceno“ božstvem, tak na něm nebylo nic špatného, ba naopak. Toto počinání může být bráno jako pokus o ovládnutí věřících za pomoci příjemného zážitku, čehož bylo v historii několikrát zopakováno. Z historie je dobře známá násilnou kolonizaci Ameriky, kde byl alkohol prostředkem k ovládnutí protestujících Indiánů. Je více než jasné, že i dnešní život v indiánských rezervacích je stížen nadměrným pitím alkoholu.

Cíleně bylo v historii opakovaně zneužito alkoholu ke zdecimování celých národů. V novodobější historii se jednalo o projekty antipopulačních zásahů v SSSR za 2. světové války, kdy se předpokládala degeneraci v průběhu až tří generací. Se stejnými zásahy přišel i Hitler vůči Polákům. (Šedivý, V., Válková, H., 1988, s. 24).

Na jedné straně alkoholu lidé již od starověku holdovali, ale na stranu druhou platilo za pití alkoholických nápojů udělování trestů, a to docela tvrdých. V Číně byla trestem i smrt. Konfucius a Budha byli proti pití alkoholu. V Indii opilé brahmány mučily, ženu brahmána, která byla usvědčena z opilosti, vyhnali z domu a na čelo jí vypálili znamení ve tvaru ná-

doby. Ve starém Egyptě a později ve starém Římě byly pro výstrahu vystaveny před hostinice lidské kostry. V Římě, pokud byla přistižena žena opilá, právo muže bylo ji zabít.

1.3 Účinky alkoholu na lidský organismus

Lidem alkohol chutná, ale pro lidské tělo je to jen a pouze jed. V případě, že člověk před i během požívání alkoholu jí, zůstane alkohol po nějakou dobu v žaludku a to dá tělu první příležitost k obraně. Uvolní řadu enzymů ze skupiny dehydrogenáz. Jeden z nich nazývaný alkoholdehydrogenasa, ta katalyzuje přeměnu primárních a sekundárních alkoholů na aldehydy či ketony, v tomto případě acetaldehyd. Bohužel i tato látka je jedovatá, a proto ji enzym aldehyddehydrogenasa co nejrychleji přemění na neškodnou kyselinu octovou.

Jen co začnou oba enzymy pracovat, otevře se pylorus na dolním konci žaludku a tekutina vnikne do střeva. Odtud už je pro alkohol snadné vniknout do krevního řečiště. Játra jsou hlavním detoxikačním orgánem v lidském těle, také odbourávání alkoholu probíhá v rozhodující míře v játrech. Alkohol je zde oxidován na acetaldehyd. Je spalován konstantní rychlostí 0,1 g čistého alkoholu na 1 kg tělesné hmotnosti za 1 hodinu. Odpovědnost za toxické projevy etanolu je připisována acetaldehydu, metabolitu etanolu. Etanol se vstřebává v žaludku, ale hlavní část je vstřebávána v tenkém střevě.

V lidském těle oxidace alkoholu probíhá asi z 60 až 90% v játrech. Prostřednictvím alkoholdehydrogenázy se alkohol mění na acetaldehyd, který je dále metabolizován na kyselinu octovou a acetylkoenzym A. Acetylkoenzym A je pak měněn cestou Krebsova cyklu na oxid uhličitý a vodu. Pravděpodobně sám etanol díky svým účinkům je lidmi vyhledáván (zapříčiňuje onu dobrou náladu), kdežto acetaldehyd v působení na hypotalamus způsobuje nauzeu a zvracení, pocení, tachykardii a hypotenzi. Při odvykací léčbě se využívá uměle zvýšení hladiny acetaldehydu pomocí podaných léčiv. Antabus potlačuje působení enzymu, který acetaldehyd odbourává. To vede ke zvýšení hladiny acetaldehydu v krvi, čímž dochází k navození řady nepříjemných fyzických reakcí.

1.3.1 Pozitivní účinky na zdravotní stav

Tato bakalářská práce nehodlá alkohol nijak vyzdvihovat či hanět, a pokud se budeme držet pouze faktů a vědecky ověřených skutečností, tak i přes to, že je alkohol vnímán spíše negativně, rozhodně nesmíme zapomínat na jeho kladné stránky.

Nejprve je nutno uvést, že v rámci pozitivního účinku alkoholu, je myšleno užívání v dávkách v množství do 20-30g alkoholu denně, což se dá přirovnat asi k jednomu půllitru piva, nebo dvěma deci vína nebo sklenice tvrdého alkoholu. Alkohol zvyšuje hladinu „hodného“ a pro tělo potřebného HDL cholesterolu v krvi, působí protizánětlivě, snižuje výskyt onemocnění srdce, mozkových mrtvic, vysokého tlaku nebo cukrovky. Hlavní zdravotní přínos střídavého užívání alkoholu zřejmě souvisí s jeho vlivem na rozvoj aterosklerózy neboli kornatění tepen, které vzniká v důsledku ukládání tukových látek do stěny tepny, zvláště v koronárním řečišti, která zásobuje srdce.

1.3.2 Negativní účinky alkoholu

V povědomí všech lidí je, že alkohol má podstatný díl na vzniku nemocí, zvýšeného výskytu úrazů, vzniku invalidity, předčasných úmrtí, sebevraždách, šíření pohlavních chorob apod. Má negativní vliv na výkonnost, způsobuje pracovní absence, ničí partnerské vztahy, vztahy v rodině a působí negativně i na výchovu dětí. Také se podílí na vzniku duševních chorob.

Nejdříve si přiblížíme, jak alkohol negativně působí na gastrointestinální trakt. Způsobuje změny na žaludeční a střevní sliznici, dochází ke změnám složení žaludečních šťáv. Toto složení pak souvisí s poškozováním sliznice a tím ovlivňuje a trávení a využití potravy. Tento člověk se dostává do situace, že dobře jí, ale neprospívá. Změna trávení vyústí ve později i ke změně chuti, změnám jídelních návyků a ve finále může způsobit až nechutenství spolu se zácpou, průjmami a někdy obojím.

Jednou z častých chorob abúzerů je vředová choroba gastroduodea. Zde není na vině jen alkohol, ale u vředové nemoci hraje velkou roli i porucha nervového systému, ale nadužívání alkoholu danou chorobu jen zhorší.

Dalším zasaženým orgánem těla u abúzerů jsou játra. Jedním z vyšetření je pohmat, který odhalí prominující játra pod pravý žeberní oblouk, jsou zvětšená a na pohmat citlivá. Zvětšení je způsobeno ukládáním tuku v játrech a bolestivost zánětlivými změnami. Mezi další vyšetření patří určování hladiny urobilinogenu, v moči a jaterní testy. Z výsledků těchto testů lze zjistit u některých abúzerů vážné jaterní onemocnění, kterého si nebyli vědomi, protože byli bez potíží. V případě, že daná vyšetření jsou spíše orientační, dalším diagnostickým krokem pro zjištění stavu jater je jaterní punkce, při níž se odebere malý kus jaterní tkáně, která se podrobí mikroskopickému vyšetření. Jen toto vyšetření podává

nejpřesnější informace v jakém stavu se nachází jaterní tkáň abúzera alkoholu. Vlivem chronického abúzu alkoholu vzniká onemocnění jater – cirhóza, kdy dochází k přestavbě jaterní tkáně, změnou jaterních buněk ve vazivovou tkáň a cévního řečiště jater. Jednou z komplikací jaterní cirhózy jsou jícnové varixy, které vznikají při zvýšeném portálním tlaku, který se zvyšuje na základě většího odporu v cévním řečišti jater vlivem změněné jaterní tkáně a krevní oběh si vytvoří náhradní řečiště – porto-systémové spojky. Největší komplikací je krvácení z jícnových varixů, které ohrožuje pacienta na životě. Při chronickém abúzu alkoholu dochází k postižení pankreatu zánětem, jak akutním, tak chronickým. Při akutním průběhu je pacient ohrožen na životě možným rozvinutím šoku a následným selháním oběhu. Chronický průběh nemoci je pokračováním patologického procesu, kdy dochází k nezvratným změnám, což působí charakteristické bolesti a trvalé změny funkce slinivky.

Vlivem velkého příjmu tekutin dochází k morfologickým změnám na srdci, a to často u pijáků piva nebo vína, kdy dochází k hypertrofii srdce; přitom nejde o zvětšení z důvodu adaptace na větší námahu, ale spíše o ztučnění. Což vede k dušnosti, a proto takto stížení jedinci daleko hůře snášením námahu. Říká se, že člověk není tak stár, jak se cítí, ale v jakém stavu má cévy. Toto se vztahuje zejména na cévy očního pozadí. Ale vzhledem k tomu, že je alkohol distribuován do všech buněk těla, tak jeho působení je komplexní a nevztahuje se jen na jeden orgán, či orgánovou soustavu.

1.3.3 Neuropsychotropní účinky alkoholu

Neuropsychotropní účinky alkoholu jsou ovlivněny především dávkou, případně jeho koncentrací v krvi a některých individuálních vlivů. Důležitý je druh nápoje (pivo, víno, destilát) a rychlost příjmu, což ovlivňuje křivku hladiny alkoholu v krvi. Důležitá je i velikost dávky; malá dávka stimuluje, naopak vysoká má tlumivé účinky na neuropsychické a některé další funkce. Nízké dávky alkoholu stimulují žaludeční sliznici k sekreci kyseliny, zvyšuje se senzitivita aortální chlopně na adrenalin a antidiuretický hormon zvyšuje krevní tlak. Naopak vyšší dávky tlumí sekreci žaludečních buněk, tlumí reakci aortální chlopně a snižují krevní tlak.

Již nízké dávky alkoholu vedou k narušení zrakově pohybové souhry, zaostřovací schopnosti a souhry binokulárních zrakových schopností. Prodlužuje se reakční doba a to již od hladiny 1 promile etanolu v krvi. I při malých dávkách dochází k disharmonii pohy-

bů na smyslové podněty a s rostoucí hladinou alkoholu stoupá počet chyb. Jedním z ukazatelů ovlivňování mozku etanolem je tzv. etanolvý poziční nystagmus. Objevuje se v okamžiku, kdy dojde k oslabení kontroly vestibulárního aparátu pro udržení rovnováhy. Daleko spolehlivějším testem svalové souhry je tzv. Rombergův test.

Alkohol ovlivňuje i intelektové funkce. Působením alkoholu je narušena vstřípivost, retence i vybavování paměťových stop, zpomaluje se schopnost učení. Zajímavým jevem etanolvé intoxikace je tzv. drug dependent learning. Jedná se o stav, kdy naučené věci v podnapilém stavu si lze jen stěží ve střízlivosti vybavit, ale lépe to jde po následné intoxikaci. Intelektové schopnosti při dlouhodobém nadužívání jsou porušeny a dochází i k poklesu IQ.

1.4 Alkohol a kriminalita

Je známo mnoho případů, kdy jedinec pod vlivem alkoholu páchá přestupky až trestné činy od krádeží počínaje, vraždou konče. Mezi nejzávažnější a nejběžnější trestné činnosti je řízení motorového vozidla pod vlivem alkoholu. Jak jsme si již zmínili, tak alkohol zpomaluje smyslové a motorické dovednosti, a proto opilému řidiči trvají reakce déle. Při rychlosti 70 km/h urazí vůz 25 metrů za sekundu, v případě, že reakce řidiče je jen o vteřinu pomalejší, stává se 25 metrů vozovky před ním nebezpečnou. Opilí muži jezdí stejně rychle v opilosti jako ve střízlivosti, ale naopak ženy si jsou vědomy svého stavu a přizpůsobí tomu rychlost, nebo za volant nesedají. Při hodnotě kolem 0,4 promile alkoholu v krvi se riziko způsobení nehody zvyšuje asi na čtyřnásobek.

Nehody zaviněné pod vlivem alkoholu nebo s pozitivním nálezem drog; ROK 2011	počet nehod	počet usmrcených
zjištěná hladina alkoholu je nižší než 0,24‰	659	13
zjištěná hladina alkoholu je 0,24 až 0,5‰	314	1
zjištěná hladina alkoholu je 0,51 až 0,8‰	316	8
zjištěná hladina alkoholu je 0,81 až 1,0‰	201	3
zjištěná hladina alkoholu je 1,1 až 1,5‰	784	20
zjištěná hladina alkoholu je 1,51‰ a vyšší	2 952	42
zjištěno požití drog i alkoholu	16	2
zjištěno požití drog	149	8

Tabulka 1: Počet nehod a jejich členění podle hodnoty zjištěné hladiny alkoholu a pozitivních nálezů drog. (Zdroj informací: Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR a BESIP)

Jako preventivní opatření probíhají kampaně odrazující řidiče, aby odradily od jízdy vozem pod vlivem návykových látek.

1.5 Mládež a alkohol

„Je třeba si uvědomit, že děti a mladiství mívají vůči alkoholu nižší odolnost a alkohol z jejich těla mizí později. A naopak závislost na alkoholu a drogách se u nich vytváří rychleji.“ (Nešpor, Csémy, 1993, s. 116)

V dnešní době je toto téma čím dál více aktuálnější a zeptáte-li svých prarodičů, na první zkušenost s alkoholem většina odpoví, že až v dospělosti. Dnešní doba s sebou nese i to, že mnohé děti kolem desátého roku života má již s alkoholem zkušenosti. Situace ve věku kolem patnáctého roku je mnohem horší a to bez rozdílu, zda se jedná o chlapce či dívky.

Zákon hovoří o mladistvém jako o člověku mezi patnáctým a osmnáctým rokem života. Z pohledu medicíny je dospívání proces trvající od dvanácti do dvaadvaceti let. Toto období je plné fyziologických a duševních změn v lidském organismu. Dospívající člověk si v tomto životním období buduje vlastní pohled na svět, utváří si vlastní názory a je snadno a velmi zranitelný. V okamžiku, kdy během těchto změn vstoupí do života člověka alkohol, může nastat řada problémů.

Dospívání není rovnoměrný proces a jsou přítomny významné rozdíly v metabolismu alkoholu v poměru k dospělým. Alkohol je přijímán ústí a v tomto okamžiku hraje velkou roli pohyblivost trávicí trubice, jež má za úkol resorpci přijatých živin. Další osud vstřebaného alkoholu závisí na průtoku krve, hladinou plasmatických bílkovin. Velkou roli hraje také tuková tkáň, která se v průběhu dospívání mění, resp. její množství. Dalším faktorem ovlivňující osud alkoholu v těle je stav vnitřních orgánů, zejména jater a ty jsou v dospívání dosti zatížena změnami, kterými tělo prochází. Habitus, který prochází velkými změnami v tomto období, také ovlivňuje další dění alkoholu v organismu. Tělesná konstrukce až zdvojnásobí, což je také pro celé tělo zatěžující faktor.

Člověk v období dospívání je vystaven velkému zátěži, dostávají se problémy ve škole, rodinné, zamilovanost, party apod. Tady už není daleko, aby mladý člověk podlehnul různým vlivům, kterým je vystaven ze svého okolí. V tomto období se závislost u člověka vyvine daleko častěji a snadněji, než u dospělého, již zralého jedince. Zde snadno může dojít k přehlédnutí potíží s alkoholem, protože v tomto období vzdoru a nepřiměřeného

chování se nemusí skrývat samotná puberta, kdy oslabená vůle, povrchnost, labilita patří k jejím projevům. Následně na to se mohou objevit poruchy paměti, vnímání a oslabení duševního života. Děti jsou ovlivňovány, zejména ze strany spolužáků, kamarádů, rodičů a také ze strany médií, co se týče konzumace alkoholu. (Nešpor, 2001, s. 11 -12)

Domnívám se, že dalším tlakem na dospívajícího jedince je také odchod na internát, nedostatek spánku, nepravidelnost stravy, experimentování s kouřením atd.

V některých rodinách existují takové zvyky, které velmi často vedou k užívání drog. Do jisté míry se může podílet na možném užívání drog také dědičnost, a to ve smyslu zvýšeného rizika problémů s návykovými látkami. K těmto problémům se řadí závislost na návykových látkách u předků nebo duševní nemoc. Pokud během porodu došlo ke komplikacím a došlo tím k poškození mozku nebo k těžkému úrazu hlavy, to vše může v budoucnu zapříčinit konzumaci alkoholu. Důvodem k užívání návykových látek může být i týrání a zneužívání dítěte nebo šikana. (Nešpor, 2001, s. 46 -47)

Vliv sociálního prostředí a nedostatečná výchova rodičů může být také důsledkem toho, jestliže dítě zneužívá alkohol. Výchova v dnešní době dozajista ovlivněna i tím, že rodiče prostě na děti nemají čas, nebo si ho neumí udělat, stejně jak tomu bylo dřív. Toto je důsledek dnešní doby, kdy se vše točí kolem peněz a rodiče se ženou za kariérou, mají zaměstnavatele, který nebere ohled. Nicméně i za těchto podmínek je velmi důležitá komunikace mezi členy rodiny, co s volným časem. Předpokládám, že trávení volného času o víkendech, které bude mít charakter aktivního dne, dá do života dítěte mnohem více, než prolezení u televize a snad můžeme doufat, že v dospělosti nebude mít k cigaretám a alkoholu takový vztah, jako kdyby se začal tomuto s partou věnovat. Jedno částečné řešení je zapojení dětí do zájmových kroužků, které zaplní jejich volný čas a nebudou mít čas na flákání se od ničeho k ničemu.

Také by bylo dobré, kdybychom dítěti problematiku alkoholu osvětlili, že alkohol není nic dobrého, s čím by měli hned začít, ale zároveň být i příkladem. V opačném případě, kdy rodičové jsou pravidelnými návštěvníky nálevení, nebo pijí denně alkohol doma, tak z tohoto prostředí s největší pravděpodobností vzejde dítě, které se dá na stejnou dráhu. Je to sice má domněnka, ale předpokládám, že se k tomuto přiklání většina rozumně smýšlejících lidí.

1.6 Alkohol v těhotenství

Dnešní doba je plná propagace zdravého životního stylu, ať již v televizi, časopisech, letácích. Během těhotenství toto platí obzvláště, a co se týče alkoholu, tak je neodmyslitelná abstinence. Alkohol působí na embryo a plod jako teratogen a může vést k závažným vývojovým vadám. Nicméně setkal jsem se i s názorem, že jedna sklenička alkoholu nepředstavuje signifikantní riziko pro vznik FAS, naopak, sklenka piva může i prospět. Víme, že pivo je nositelem vitamínů – nejvíce skupiny B vitamínů, minerálů, iontů a polyfenolů s antioxidačním účinkem.

Alkohol je nejrozšířenější společensky tolerovanou drogou, ale svými účinky a dopady je mnohem nebezpečnější než drogy nelegální. V těhotenství prostupuje alkohol přes placentu a působí tak toxicky na plod, což vede k nepříznivým dopadům na plod. Alkohol působí na vyvíjející se plod komplexně a již malé množství může být rizikem. Proto se nedoporučuje v žádném případě konzumace alkoholu v průběhu těhotenství a samozřejmě ani v době kojení (Pokorná, Březková, Pruša, 2008, s. 116; Vavřínková, Binder, 2006, s. 56).

Soubor poruch plodu a anomálií, který způsobuje konzumace alkoholu v těhotenství, byl souhrnně nazván jako fetální alkoholový syndrom (FAS). Tento syndrom je způsobený teratogenem etanolem, který alkohol obsahuje. Poprvé ho popsali v roce 1973 Jones a Smith.

Typickými projevy jsou (Vavřínková, Binder, 2006, s. 56; Brázdová, 1999, s. 19).:

- prenatální a / nebo postnatální růstová retardace
- mentální retardace
- obličejová dysmorfogeneze (zúžené oční štěrby, stlačený kořen nosu a krátkými nosními křídly, široce posazené očníce)
- defekty srdečních sept

„Vysoký příjem alkoholu v těhotenství také způsobuje samovolné a předčasné porody, nízkou porodní hmotnost a abrupce placenty.“ (Brázdová, 1999, s. 19)

„Pravděpodobnost, že alkoholismus pronikající do rodin přejde jako problém z jedné generace na druhou, je velmi vysoká. Přibližně 30% mužů závislých na alkoholu má otce alkoholika, u žen je toto procento větší. Nealkoholictí potomci si berou často alkoholiky za své

životní partnery, a tak problém pokračuje v životě dalších generací cestou negenetického mechanismu. Při pokračování alkoholismu z jedné generace na druhou mají tedy význam jak faktory psychologické, tak i biologické.“ (Kvapilík, Svobodová, a kol., 1985, s. 39)

2 ZÁVISLOST NA ALKOHOLU

Abúzus je označení pro nadměrné užívání, zneužívání, nejčastěji nadužívání drog nebo také jejich užívání v nevhodnou dobu. Může se jednat o stav jednorázový, málo častý, či trvalý, pravidelný. Kromě drog v běžném slova smyslu se abúzus týká i alkoholu, kofeinu, tabáku, některých léků např. na spaní aj. Dotaz na abúzus je součástí vyšetření pacienta - anamnézy. Jde o důležitý údaj, neboť řada zneužívaných látek se podílí na vzniku nemocí kouření na rakovině plic, alkohol na onemocnění jater apod.

V posledním období se závislost na alkoholu v České republice týká desítek tisíc lidí, "problém" s alkoholem má dle statistik v ČR 25% mužů a 10% žen. Nové statistiky z března roku 2010 vedené MUDr. Csémyim, že je v ČR zhruba 550 tisíc lidí závislých na alkoholu - 4x více než se doposud předpokládalo (alkoholik.cz, 2013, [online]).

Alarmující je i velmi rozšířené pití dětí do 18 let. Alkohol musíme považovat za tvrdou, silně návykovou drogu, obzvláště v psychicky těžkých obdobích, kdy se stává berličkou. Její nebezpečnost spočívá v tom, že je všude, je legální a patří k různým rituálům (např. oslavy).

2.1 Stádia a typy závislosti

„Závislost na návykových látkách včetně alkoholu nebo tabáku je přesně definována. Nám postačí vědět, že závislý člověk dává návykové látce přednost před hodnotami, které pro něj byly dříve mnohem důležitější“. (Nešpor, 1995, s. 32)

Obecně můžeme lidi rozdělit podle vztahu k alkoholu do čtyř skupin (Skála, 1988, s. 6-7):

Abstinent:

Abstinent alkohol neužívá z několika důvodů, buď mu nechutná, nechce si ničit zdraví a nechce působit jako lidí, kteří jsou na alkoholu závislí. Na abstinenty bývá často poukazováno s nepochopením.

Konzument:

Konzument pije alkohol spíše pro jeho prospěšné účinky, na uhašení žízně apod.

Piják:

Piják užívá alkohol spíše pro jeho účinky, protože se chce uvolnit, bavit se s kamarády apod.

Alkoholik:

Alkoholik je naprosto na alkoholu závislý. Život bez „drogy“ je už pro něj nepředstavitelný. V tomto stádiu jsou oni pijáci oken a všeho, co alkohol jen nepatrně obsahuje.

K závislosti se velice silným poutem váže tzv. bažení. Co to vlastně je vysvětluje Nešpor: „Bažení (anglicky „craving“) není totéž co obyčejná chuť. Podle výzkumů, které se v této oblasti prováděly, se při bažení aktivují jiné, vývojově starší části mozku. Kromě změn aktivity určitých částí mozku se při bažení zjistily i další změny jako oslabení paměti, prodloužení reakčního času (horší „postřeh“), zrychlení tepu a krevního tlaku, vyšší aktivita potních žláz a snížení kožní teploty atd.“ (Nešpor, 2001, s. 94).

2.1.1 Vývojová stádia závislosti

Jedinec se nestane závislým hned, ale potřebuje k tomu čas. Pro to existují Jellinkem popsaná následující vývojová stadia (Skála J., 1986, s. 12-13) :

První stádium, označované jako počáteční (iniciální), kdy alkohol je pro jedince drogou. Pije, aby potlačil nepříjemné psychické stavy, nebo aby dosáhl ve společnosti příjemného stavu, nálady a přiblížil se ke svým spolupijákům. Projevuje se to zvyšováním frekvence pití a stoupají dávky alkoholických nápojů.

Druhé stádium se označuje za varovné (prodromální), zde tolerance vůči alkoholu roste. Nejprve dochází k občasným a později častějším stavům opilosti a tak zvaná okénka se často nevyskytují. Projevy jsou takové, že jednotlivec pije často tajně, protože má obavy, aby ostatní nepoznali jeho abúzus spojený již s návykem, Neustále myslí na alkohol, shromažďuje zásoby alkoholu, pije dychtivě svou první dávku, má pocity viny, je citlivý na zmínku o alkoholu.

Třetí stádium označované též za rozhodné (kritické), zde **tolerance** vůči alkoholu stále více roste. Jsou časté i vynucené kratší i delší abstinence. Člověk je přesvědčen, že pokud začne pít, tak toto bude mít pod kontrolou („ztracená“ kontrola pití). Tato změna je trvalá a vyvíjí se poměrně v krátkém časovém období (6- 12 měsíců). Od této doby je pro alkoholika vhodnější abstinence, než pití s mírou, které vlastně už nedokáže.

Takto stížený jedinec ztrácí spolehlivou kontrolu, dělá si výčitky, dostávají se výkyvy nálad, činí marné pokusy pití omezit, dochází k zúžení zájmů, ke konfliktům na pracovišti, společenskému sestupu, k sexuálním problémům, které doprovází žárlivé projevy, vynucené abstinence.

Čtvrté stádium, označováno za konečné (terminální), je stádium, kdy se člověk rychle opijí a častěji než dříve, opijí se při nevhodných příležitostech. Stav opilosti trvá i několik dní a alkohol začíná požívat v ranních hodinách. Toto stádium se projevuje oslabením fyzického a duševního zdraví, sníženou tolerance na alkohol, dostavuje se několikadenní opilost, ranní pití, dotyčný vyhledává osoby, které jsou pod jeho společenskou úroveň k příležitosti abúzu, požívání technických prostředků obsahující alkohol př. Okena, Iron, bezmocnost- „bez alkoholu to nejde, s ním také.“

2.1.2 Typy abúzu a závislosti

Rozlišujeme 5 typů závislostí na alkoholu (Jellinkova typologie).

První typ, typ alfa, představuje občasné požívání alkoholu s úmyslem se předávkovat. Toto užívání je v souvislosti s vnitřními konflikty. Uživatel účinky alkoholu zná a čas od času této drogy zneužije. Především k odstranění úzkosti, potlačení tenze a k získání euforie. Alkohol v tomto případě funguje jako prostředek ke sblížení s druhými lidmi. U tohoto typu není fyzická závislost, ale vzrůstá snášenlivost vůči alkoholickým nápojům.

Druhý typ, typ beta, představuje příležitostné, ale za to nadměrné požívání alkoholických nápojů. Častou motivací tohoto typu pití je neodlišovat se od ostatních, zapadnout do skupiny, apod. Vznik tohoto typu bývá často zapříčiněn nedostatkem volnočasových aktivit.

Třetí typ, typ gama, tzv. anglosaský typ, představuje již závislost. Dosáhne-li jedinec určité hranice alkoholu v krvi, nemůže zaručit, že nebude v abúzu pokračovat až do intoxikace. Kontrola v požívání alkoholických nápojů je nespolehlivá a poruchová. Takto závislý jedinec je po proběhlé intoxikaci schopen kratší či delší dobu abstinovat. Typ gama má důsledky ve společenském životě- rodina, zaměstnání, zákon.

Čtvrtý typ, typ delta, tzv. románský typ, je typický fyzickou závislostí na alkoholu. Jedná se o neustálou konzumaci alkoholu, tzn. „nikdy opilý, nikdy střízlivý“. Zatímco typ gama měl důsledky společenské, delta ohrožuje zdravotní stav jedince.

Pátý typ, typ epsilon, představuje epizodický abúzus. Většinou je doprovázen afektivní psychózou. Kvartální pití, s obdobím abstinence (Kvapilík J., Svobodová A., 1985, s. 33-35).

Alkohol se stal celosvětovým problémem, a to nejen málo vyspělých či chudých zemí. Mladí pití schovávají za „užívání si života“ a dospělí užívají alkohol jako „anxiolytikum“ kvůli životním, pracovním, či partnerským problémům. Dalším „úkolem“ alkoholu, a to zejména v rozvojových zemích, je za zastírání existenčních problémů, kdy se alkohol v podstatě stává jedinou zábavou.

Definice dle WHO: *„Alkoholik je takový člověk, jehož závislost na alkoholu dosáhla takového stupně, že mu to působí zřetelné poruchy a újmu ve společenských vztazích, ve společenské činnosti a na tělesném i duševním zdraví“* (alkoholik.cz, 2013, [online]).

2.2 Vznik a vývoj závislosti na alkoholu

Nešpor uvádí ve své knize „Návykové chování a závislost“ několik bodů podle, kterých je možné diagnostikovat závislost. K diagnostice stačí tři znaky z následujícího výčtu - bráno za posledních 12 měsíců:

„a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku

b) potíže v sebeovládání při užívání látky

c) tělesný odvykací stav

d) průkaz tolerance k účinku látky (vyžadování vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinku původní vyvolaného nižšími dávkami)

e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů

f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevných škodlivých následků“

(Nešpor, 2007, s. 14)

Užívání alkoholu je bráno ve značné části světa za zcela normální. Zejména když se jedná o dospělého, relativně zdravého jedince, který pije v rámci příležitosti přijatelné množství alkoholu. Odborná veřejnost používá v souvislosti s užíváním alkoholu následující pojmy. Misúzus – zneužívání a abúzus – nadužívání.

Rozeznáváme tři stádia opilosti.

Lehká opilost nastává mezi 0,6- 1,5 promile alkoholu v krvi, kdy dochází k psychomotorickému uvolnění zábran, neadekvátnímu povznesení nálady, nutkání k aktivitě, mnohmluvnosti, snížení kritičnosti a subjektivnímu pocitu stupňování výkonnosti při jejím objektivním poklesu. Na druhé straně se zlepšuje sociální navazování kontaktů.

Opilost středního stupně nastává při koncentraci alkoholu v krvi mezi 1,5 a 2,5 promile. Euforie je silnější, schopnost kritiky zcela vymizelá, schopnost sebeovládání zmenšená. Dochází k poruchám vnímání prostředí v myšlenkách a pocitech, což může zpětně vést k chybnému chování. V myšlení se projevují rozpory a skoky. Chování se orientuje na povrchní věci, je zaměřeno na okamžitou situaci, a tím jen krátkodobé a nikoli trvalé.

Těžká opilost, respektive intoxikaci alkoholem mluvíme při koncentraci alkoholu v krvi nad 2,5 promile. Zde vystupují do popředí změny vědomí. Zároveň se projevují poruchy orientace a ztráta kontinuity myšlení. Proto nemůže postižený jednat přiměřeně a má sklony k výbuchům citů s agresivními, výbušnými epizodami (Skála, 1988, s. 13-14).

2.3 Abúzus a závislost u mužů a žen

Anatomicko-fyziologické poměry mezi muži a ženami jednoznačně předurčují ženy jako méně odolné vůči vzniku závislosti na alkoholu. Alkohol se odbourává v játrech, je rozpustný ve vodě a vzhledem k tomuto faktu to znamená, že jestliže ženské tělo obsahuje méně vody než tělo mužské a alkohol se mísí s vodou obsaženou v těle, pak totéž množství alkoholu má u ženy vyšší koncentraci, než u muže. Obrazně řečeno, je to stejné, jako když stejné množství alkoholu nalijeme do mnohem menší nádoby s vodou. A to je i důvod, proč maximální koncentrace alkoholu je u žen nižší, než u mužů.

Zásadní rozdíl v pití alkoholu mezi ženami a muži spočívá v tom, že ženy pijí doma, ať již z toho důvodu, že se za to stydí, nebo to chtějí utajit a také proto, že muže holdující alkoholu pojímá společnost jinak, než ženy.

Do kategorie celoživotních abstinentů se počítalo téměř 20 % žen, ale pouze 7 % mužů. Muži upřednostňují pivo a destiláty, ženy naopak víno a aperitiv. Muži např. konzumovali pivo průměrně 8x měsíčně, tedy až 6x častěji než ženy, destiláty pak 2,5x častěji. V jednom měsíci vypili muži téměř 20 piv, ženy pouze 2 piva. Víno konzumovaly častěji ženy než muži, zato ale v menších dávkách, takže celkové množství vypitého vína bylo u obou po-

hlaví téměř shodné. Do rizikové skupiny v populaci zatíženou nadměrným konzumem alkoholu patří především nezaměstnaní muži středního věku, ale i vysokoškolsky vzdělané ženy s vyšším příjmem. U mužů i žen je nejvyšší podíl osob s častou konzumací alkoholu ve věkové skupině 35 - 44 let; z hlediska rodinného stavu byla nejvyšší spotřeba zaznamenána u rozvedených a ovdovělých mužů a svobodných žen. Z hlediska ekonomické aktivity byly znatelné rozdíly mezi zaměstnanými a nezaměstnanými pouze u mužů. Nezaměstnaní muži vykazovali vyšší spotřebu alkoholu než zaměstnaní muži. U žen nebyly rozdíly statisticky významné. (ÚZIS, 2003, s. 21-22)

3 LÉČBA ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU

Alkoholismus je označován jako nemoc a je zapotřebí se k ní i tak postavit a zahájit léčbu co nejdříve, stejně jako u dalších nemocí. Můžeme ji označit za chorobu progresivní, protože jednoznačně vede ke zhoršování a má podobně maligní vliv jako ostatní choroby a při nedodržování daných pravidel hrozí, že znova propukne. Platí jedna důležitá zásada, a to pro všechny druhy závislostí - alkohol, cigarety a tvrdé drogy, že i jediná dávka po léčbě může znamenat návrat k závislosti. Alkoholik zůstává alkoholikem stále, ale abstinujícím.

Je podstatné, že sám alkoholik je k sobě nekritický a nepřipouští si vlastní stav, že by byl nemocný. Většinou prozře až v okamžiku, kdy na něj tlačí rodina a blízké okolí. Zde je důležité, aby okolí a rodina na nutnosti léčby trvala a to i v tom případě, kdy nemocný svůj problém bagatelizuje. Tento tlak by měl být jednoznačný a důrazný. Doporučuje se spolupráce s psychologem a psychoterapeutem, který navrhne určitý postup.

Závislost na alkoholu je směsí choroby a nedisciplinovanosti. Jde o chorobu, která život deformuje a zkracuje. I v abstinenci nedisciplinovanost přetrvává a dlouhodobý efekt léčby ohrožuje. Je třeba, aby se pacienti učili sebevládě a sebekontrolě, na kterou stačí. Na kontrolu pití nestačí. (Skála, 1987, s. 14)

3.1 Formy léčby

Jednou z forem léčby je ambulantní léčba, objevuje se ve specializovaných zařízeních, většinou jsou to ordinace AT (alkohol a toxikomanie). Léčba spočívá ve vyšetření pacienta, v podávání injekcí, vitamínů, tablet Antabusu a součástí je i psychoterapie, která pomáhá kromě jiného řešit problémy pacienta i jeho rodiny. Výhodou ambulantní léčby je to, že nevyžaduje pracovní neschopnost. Ordinační hodiny ambulancí jsou přizpůsobeny tak, aby je mohli lidé navštěvovat i po pracovní době. Také je možnost anonymní léčby, tzn., že člověk neudává své jméno. Tato léčba je velmi praktická, jakmile se ovšem pití klientovi vymkne z rukou, je velmi potřebná léčba ústavní. (Nešpor, 2000, s. 161)

Pro ambulantní léčbu musí být splněna daná kritéria a je vhodná pro osoby s dostatečnou motivací, sociálně dobře integrované a bez těžkých důsledků na tělesném a duševním zdraví či společenských vztazích, dále pak pro osoby, které jsou v přípravné fázi pro násle-

dující léčbu v lůžkovém zařízení a pro osoby, které byly propuštěny z lůžkové péče pro ambulantní následnou péči.

Ambulantní ochranná léčba je provozována v OAT (Ordinace pro alkoholismus a jiné toxikomanie), což znamená, ve stejných zařízeních jako léčba dobrovolná anebo povinná podle zákona 120 z roku 1962.

Další formou je ústavní léčba, která je vhodná pro překonání problému s alkoholem, kterou pacient podstoupí sám a dobrovolně, nebo, v některých případech je léčba nařízena soudem při rozsudku, tj. ochranná léčba. Ochranná léčba může být ambulantní i ústavní. Léčba se provádí jak ve zdravotnických zařízeních, tak i v nápravných zařízeních. O ukončení ochranné léčby rozhoduje soud. Délka ústavní léčby bývá v některých ústavních zařízeních pevně stanovená, nejčastěji trvá tři měsíce. V případě, že je dohoda mezi pacientem a lékařským týmem, jedná se o individuální ústavní léčbu.

Při navrhování délky léčby by se měl brát v úvahu stav při přijetí, životní situace, délka předchozí abstinence, duševní a tělesná kondice. Během ústavní léčby se daří bezpečněji zvládat hrozící zdravotní komplikace. Léčba také bývá intenzivnější, protože se využívá souběžně více postupů např. skupinová terapie, principy terapeutické komunity, relaxačních technik, rodinná terapie, socioterapeutický klub (Nešpor, 2000, s. 161).

Pro ústavní léčbu jsou vhodné osoby s výraznými důsledky na tělesném a duševním zdraví nebo ve společenských vztazích, osoby se závislostí na více drogách (alkohol, léky), osoby s těžkými důsledky na tělesném a psychickém zdraví, tzv. somatický psychosyndrom, osoby s těžkými primárními nebo sekundárními změnami osobnosti, osoby, kterým ambulantní léčba nepomáhá, které ji nezvládají, špatně spolupracují a opakovaně recidivují. Ústavní ochranná léčba, ať už ve střediscích ministerstva spravedlnosti nebo ve specializovaných zařízeních ministerstva zdravotnictví, má trvat tak dlouho, dokud nesplní svůj účel. V každém případě na ústavní ochrannou léčbu navazuje léčba ambulantní, která je prováděna, jak už bylo řečeno, v OAT. (Nešpor, 2000, s. 161).

Dalším způsobem léčby je denní stacionář, kam pacient dochází na léčbu podobně jako do práce. Přejde např. v 7,00 a odchází v 15,00 hod. Pacient je v pracovní neschopnosti. Tento stacionář se může využít na závěr léčby, kdy se tímto usnadňuje přechod do normálního života. Denní stacionáře fungují samostatně nebo při ambulantních zařízeních. Jsou

často mezistupněm mezi ústavní a ambulantní léčbou. Výhodou je trvalý kontakt s rodinou (Nešpor, 2000, s. 162).

Noční stacionář je forma léčby, kdy pacient přichází do zařízení po pracovní době. V zařízení zůstává přes noc a ráno odchází do zaměstnání. Tato forma léčby je však pro lidi, kteří jsou v dobrém stavu, nemají však kde bydlet nebo mají velké rodinné problémy. Noční stacionáře mohou pracovat samostatně nebo opět navazovat na ústavní léčbu. Nejsou ovšem, bohužel, u nás rozšířeny (Nešpor, 2000, s. 162).

Záchytná stanice je to preventivní instituce. Má za úkol detoxikaci zachycených osob dopravených na záchytnou stanici, protože byly „nebezpečné“ sami sobě nebo okolí. Záchytná stanice zasílá záznamy o každé zachycené osobě příslušné ordinaci AT. Intoxikované osoby jsou ponechány a sledovány tak dlouho (10 – 24 hodin), dokud neproběhne detoxikace organismu. V případech, kdy jde o těžký stav intoxikace (bezvědomí) je nejprve osoba ošetřena na ARO nebo JIP .

3.2 Léčba závislosti

3.2.1 Biologická léčba

V dřívějších dobách byla při léčbě uplatňována tzv. averzivní terapie (chemická averzivní léčba, elektroaverzivní léčba). Tato terapie je založena na vnímání alkoholického nápoje lidskými smysly (pozorování, čichání, ochutnávání) ve spojení s nepříjemnými pocity, které jsou způsobeny podáním chemické látky nebo elektrošokem.(Skála, 1987, s. 77)

Zatímco averzivní terapie funguje na principu vytvoření podmíněného reflexu, senzibilizující terapie si klade za cíl zvýšení citlivosti organismu na alkohol, čehož je dosahováno léky. Takovým lékem je například nejznámější antabus, který způsobuje vědomé zábrany vůči konzumaci alkoholických nápojů. Po porušení abstinence při současném užívání antabusu dojde k reakci organismu, která se projevuje zčervenáním tváří, krku a hrudníku, prokrvení spojivek, bušení srdce, pocení a zvracení.(Marhounová, Nešpor, 1995, s. 82)

3.2.2 Psychoterapie

Pojmy psychoterapie a psychoterapeutická léčba bývá chápán v širším a užším pojetí. Psychoterapií v širším smyslu rozumíme vše, co není spojeno s medicínskou formou

léčby, jsou to všechny druhy terapie od denního režimu až po ergoterapii. V užším smyslu ji chápeme jako působení psychoterapeuta na jedince (individuální psychoterapie) nebo větší počet osob (skupinová psychoterapie, kolektivní psychoterapie). (Řehan, 1994, s. 62)

Sugestivní psychoterapie používá sugesci, která se opírá o autoritu terapeuta anebo jím záměrně navozený stav. Nejčastěji se využívá autogenní trénink, který spočívá v navození psychického uvolnění a nacvičení svalové relaxace.

Abreaktivní psychoterapie zapojuje emoce a jejím cílem je katarze a odreagování emočního napětí. Navozuje znovuprožití emočních prožitků, které vedly nebo podpořily vznik závislosti. Používá se právě v případech, kdy prožitá traumata psychického rázu vedla k závislosti. (Marhoulová, Nešpor, 1995, s. 83)

Skupinová psychoterapie

Při skupinové terapii závislostí se často používají techniky kognitivně-behaviorální, gestalt terapie, strategická terapie, psychodrama (např. nácvik zvládnání obtížných situací), někdy najdou uplatnění i prvky dynamické terapie. I při požívání různých postupů podle situace a orientace terapeutů existují u skupinové terapie závislých některé společné rysy. (Nešpor, 2000, s. 13)

Rysy skupinové terapie

Obvyklá je větší strukturovanost skupin. Terapeut bývá aktivnější, přináší podněty a měl by práci skupiny častěji podněcovat. Terapeut se po kruhu ptá jednotlivých členů na názor, volí určitá vhodná témata a přináší náměty. Někdy terapeut krátce pracuje s individuálními problémy, pak se obrací na skupinu s dotazem, kdo zažil něco podobného apod. Teprve později, když skupina začne dobře pracovat, se terapeut stahuje do pozadí. Skupina by měla být bezpečným místem, kde je možné se svěřit, aniž by člověk riskoval posměch nebo odmítnutí. Zkušený terapeut dokáže vhodně chránit členy skupiny a vnášet do vzájemné interakce prvek respektu. Konfrontace nebývá vhodná a nese s sebou riziko recidiv a předčasného odchodu z léčby. Pokud už ke konfrontaci dojde, měla by být vyváжена emoční podporou a empatií. Terapeut by měl podporovat soudržnost a vzájemnou emoční podporu ve skupině. Neměl by ale posilovat identifikaci členů skupiny s alkoholovou nebo drogovou subkulturou. Pomáhá neagresivní humor, pozitivní zpětná vazba, posilování sebevědomí a změna vztahového rámce. Terapeutický vztah by měl trvat dlouhodobě. Spíše než ho ukončovat, je vhodnější převést ho na vyšší rovinu, kdy z déle abstijnujících pacientů se

stávají prospěšní laičtí terapeuti. Psychoterapie závislostí má dlouhodobý charakter, velmi zhruba lze říci, že prochází třemi stadii, z nichž každé může trvat jeden rok i déle. V prvním stadiu je vhodné klást důraz na udržení abstinence, což bývá často nutným předpokladem pro pokroky v jiných oblastech. Ve druhém stadiu pracuje pacient především se svými psychologickými i jinými problémy. Ve třetím stadiu pak využívá své nadání, rozvíjí svoji osobnost a realizuje svůj potenciál. Trvání jednotlivých stadií je ovšem individuální a hranice mezi nimi jsou neostré (Nešpor, 2000, s. 13-14).

Skupinová psychoterapie vzhledem k individuální psychoterapii vykazuje vyšší účinnost a také zasahuje do určitých osobnostních rysů osob závislých na alkoholu. Za cíl skupiny se nepovažuje jen abstinence, ale pracuje se zde na překonávání obranných mechanismů, na motivaci, prožívání a vytváření nových životních perspektiv, s emocemi, s pocity viny, s hostilitou, úzkostí a depresivními náladami. Skupinová psychoterapie na rozdíl od individuální psychoterapie obsahuje tzv. korektivní emocionální zážitek. Ten vyvolává v pacientovi silnou emoci a zároveň představuje značné riziko. Toto riziko jedinec za pomoci skupiny překonává.

Rodinná a manželská terapie

Manželská terapie je formou psychoterapie, zaměřující se na manželskou dvojici. Za cíl si stanovuje zvládnutí problémů, které ve vztahu nastaly, zvládnutí partnerovy závislosti, vyrovnat se s ní a řešit ji. Terapeut oba partnery povzbuzuje, motivuje, dodává jim síly k překonání problému. Rodinná terapie se zaměřuje na vztahy rodičů a dětí. Velmi důležitou roli hraje přítomnost rodiny, či partnera v průběhu léčby, kdy pacientovi pomáhají při překonávání závislosti. Během dlouhodobého léčebného efektu má nezastupitelnou roli rodina a partner, kdy doléčování intenzivně navazuje na ústavní nebo ambulantní léčbu.

Rekondiční pobyt

Pacienti dostávají nabídku rekondičního pobytu, v trvání 7-14 dnů, po ukončení ústavní léčby. Během tohoto pobytu má pacient možnost osvěžení si získaných informací a návyků z léčby, komunikuje s ostatními pacienty o své zkušenosti s abstinencí. Hned po nástupu na oddělení je zařazen do činnosti terapie, psychoterapeutických skupin, má nárok na výhody /vycházkou, dovolenky apod./. Doporučuje se, aby pacient postoupil první rekondiční pobyt do 4 měsíců od ukončení řádné léčby. K rekondičnímu pobytu lze přijít bez doporučení lékaře.

Setkávání na A klubech

A-klub jsou obecně prospěšná společnost poskytující pomoc a podporu osobám závislým na alkoholu, lécích a hazardním hráčství, včetně pomoci jejich rodinám a blízkým. Poskytuje informace, sociální poradenství, terapeutický léčebný program, následnou péči a pomoc s hledáním zaměstnání. Služby jsou poskytovány zdarma a jsou založeny na principu respektu vůči klientovi. Na A klubech je přítomen odborný personál, je možnost pohovorů, bývalí pacienti se podělí o své zkušenosti s abstinencí.

Anonymní alkoholici

„Anonymní alkoholici“ je svépomocná organizace, která vznikla v roce 1935 v e Spojených státech amerických. Od té doby vzniklo nesčetně dalších organizací, které fungují na stejném principu. Primární je přiznat si svou závislost na droze, zavázat se k upřímnosti a mít odhodlání s problémem bojovat a nebát se požádat o pomoc. Na rozdíl od Anonymních alkoholiků jsou socioterapeutické kluby vedeny nebo podstatně ovlivňovány profesionálními pracovníky.

„AA je společenství mužů a žen, kteří se navzájem dělí o své zkušenosti, síly a naděje, aby mohli řešit svůj společný problém a pomáhat ostatním uzdravovat se z alkoholismu. Jedinou podmínkou pro členství je přání přestat pít. Prvořadým cílem je zůstat střízliví a pomáhat ke střízlivosti jiným alkoholikům“ (Anonymní alkoholici, 1996, s. 2)

V rámci PL v Kroměříži funguje projekt „Pomoc v závislosti...pomůžeme, poradíme“ pod vedením prim. MUDr. Adély Stoklasové. Na stránkách oddělení pro léčbu závislostí PL Kroměříž, www.pomocvzavosloti.cz, jsou informace pro lidi, kteří se rozhodli řešit problémy se závislostí na alkoholu, drogách a dalších, závislost způsobujících, látkách. Nabízí také ambulantní léčbu v AT ambulanci.

I. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

V praktické části své práce budu zpracovávat data týkající se hospitalizovaných pacientů k léčbě závislosti na alkoholu. Jedná se o statistická data získaná z archivu PL Kroměříž za období let 2000 – 2011 a to se souhlasem náměstka ředitele PL prim. MUDr. Bořka Špačka. Pro účel této práce jsme data dále zpracovávali a podrobili sekundární analýze s následným vyhodnocením.

4.1 Výběrový soubor

Z archivu PL v Kroměříži jsme vybrali data, která vyhovují naší práci a to počet pacientů do věku 25ti let, kteří se podrobili léčbě abúzu alkoholu v letech 2000 – 2011 a další informace jsme získali z ÚZIS ČR - Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Celkem bylo v tomto období zaznamenáno $n= 15419$ (100%) pacientů, kteří se podrobili léčbě v PL v Kroměříži, z toho pacienti do 25ti let $n= 1258$ (8,16%), z toho mužů $n= 980$ (8,27%) a žen $n= 278$ (7,54%).

ÚZIS je organizační složkou státu a zřizovatel je MZ. ÚZIS je ve spolupráci s asociacemi nemocnic, sdruženími lékařů, odbornými lékařskými společnostmi, zdravotními pojišťovnami a dalšími organizacemi. Na mezinárodní úrovni ÚZIS spolupracuje s organizacemi WHO, OECD, OSN, EUROSTAT.

4.2 Výzkumná strategie

Pomocí literatury jsme získali přehled o dané problematice a stanovili jsme teoretická východiska našeho výzkumu. Podkladem pro objasnění problému abúzu alkoholu nám posloužila odborná literatura a publikace. Sekundární analýza získaných statistických dat nám poskytla důležité informace, se kterými jsme dále pracovali pomocí analýzy, procentuální komparace a následně jsme je zobrazili pomocí tabulek a grafů.

Čerpali jsme z knihy M. Chráska, která se zabývá metodami pedagogického výzkumu. Ke zpracování dat jsme použili kvantitativní výzkum, který se zaměřuje na hledání vztahu mezi dvěma či více proměnnými. (Chráska, 2007, s. 69)

„Pokud uvažujeme o vědeckém výzkumu v pedagogice, lze jej vymezit jako záměrnou a systematickou činnost, při které se empirickými metodami zkoumají (ověřují, verifikují, testují) hypotézy o vztazích mezi pedagogickými jevy.“ (Chráska, 2007, s. 12)

4.3 Výzkumný plán

V roce 2012 jsme po stanovení priorit práce začali využívat literaturu k nastudování potřebných informací. Následně jsme stanovili teoretická východiska práce. V roce 2013 jsme podali žádost pro zpracování dat a práci s osobními daty pacientů s prohlášením o mlčenlivosti na ředitelství PL v Kroměříži. Po kladném vyřízení naší žádosti jsme přistoupili k samotnému sběru dat z období od 1. 1. 2000 do 31. 12. 2011. Výsledky průzkumu jsme zpracovali kvantitativní analýzou.

4.4 Metody analýzy dat

Získaná data jsme zpracovávali pomocí programu Microsoft Excel 2010. Výsledky průzkumu jsme převedli do tabulek a uvedli výpočty relativní četnosti. V práci jsou použity grafy spojnicové a výsečové, které zachycují změny v porovnání jednotlivých položek. Absolutní četnost (n) v tabulce vyznačuje počet jedinců v určitém období. Relativní četnost (%) v tabulce oznamuje, jak velká část z celkového počtu připadá na uvedenou hodnotu.

4.5 Popis místa realizace výzkumu

Dne 11. července 1909 byl předán nově dokončený Zemský léčebný ústav císaře Františka Josefa I. v Kroměříži prvnímu řediteli MUDr. Vincenci Návratovi. Kroměřížská psychiatrická léčebna byla vždy sto obhájit svou nenahraditelnost v péči o duševně nemocné na Moravě. Poděkovat za to můžeme nesmírné vitalitě dané především obětavou prací zaměstnanců a vysokou odbornou úrovní poskytované péče. Kroměřížská psychiatrická léčebna držela krok s nejmodernějšími způsoby léčby a v celé délce svého trvání si stále udržovala jedno z předních míst mezi ostatními léčebnami v celé naší republice. Psychiatrická léčebna v Kroměříži patří mezi nejrozsáhlejší a nejucelenější secesní urbanistický soubor budov v naší republice.

Proč právě Kroměříž? Jaké byly podmínky výběru? Leccos nám napoví dr. Kolb, který v *Sammelatlas für den Bau von Irrenanstalten* / volně přeloženo *Návrhy staveb ústavů pro choromyslné/* požaduje: “Poloha ústavu má být volena poblíž menšího města z ohledů praktických i z ohledu na potřeby funkcionářů ústavu, s dobrou komunikací, terénem, pitnou a užitkovou vodou, zdravým okolím...” Po zvážení návrhu ředitelů MUDr. Schuberta a MUDr. Hellwiga rozhodl moravský zemský výbor v roce 1902 schválit výstavbu třetího

ústavu pro choromyslné. Výběr místa omezil s ohledem na spádová území brněnského a šternberského ústavu na jihovýchodní Moravu. Po podrobném zkoumání celé řady míst byly do užšího výběru zařazeny Bystřice pod Hostýnem, Frenštát pod Radhoštěm, Kroměříž a Vsetín.

Ottův malý slovník naučný uvádí:

Bystřice pod Hostýnem: okresní město, 3 857 obyvatel českých, několik německých. Továrny na nábytek, 2 pivovary, zámek.

Frenštát pod Radhoštěm: okresní město, 5 757 českých obyvatel, tkalcovská škola, sídlo moravského bavlnářství a plátenictví, železnice.

Kroměříž: město vlastního statutu na Moravě, 13 935 obyvatel českých, něco německých. Hejtmanství, okresní soud, české a německé gymnasia i reálky, arcibiskupský seminář. Stroje, pivovary, cukrovar, plynárna, cichorie / rozuměj výroba kávoviny cikorky /. Gotický chrám, radnice, arcibiskupský palác s knihovnou, archivem a parky, z nejkrásnějších na Moravě. Podívejme se na počty lůžek v jednotlivých psychiatrických zařízeních na počátku roku 2008. Pro lepší srovnání je uveden i stav z roku 1963, kdy tato zařízení v převážné většině dosáhla nejvyššího počtu lůžek. (plkm.cz, 2013, [online])

Název ústavu	Počet lůžek	
	rok 1963	rok 2008
Psychiatrická klinika v Brně	85	119
Psychiatrická klinika v Olomouci	93	70
Psychiatrická léčebna v Brně - Černovicích	1100	551
Psychiatrická léčebna v Jihlavě	740	600
Psychiatrická léčebna v Kroměříži	1960	1100
Psychiatrická léčebna v Opavě	1450	1015
Psychiatrická léčebna ve Šternberku	700	555
Psychiatrická léčebna v Bílé Vodě	170	150
Dětská psychiatrická léčebna ve Velké Bíteši	50	50
Psychiatrické oddělení Jemnice - nemocnice v Třebíči		60
Celkem	6303	4270

Tabulka 2.: Srovnání počtu lůžek v roce 1963 a v roce 2008 (Zdroj:

www.plkm.cz)

4.5.1 Protialkoholní oddělení

Základní informace:

Oddělení 17b nabízí odbornou, specializovanou péči pro muže závislé na alkoholu. Léčba probíhá na renovovaném pavilonu, který má 31 lůžek. Přijímá klienty, kteří se rozhodli ve spolupráci s tavním terapeutickým týmem řešit dlouhodobé potíže, které jim závislost na alkoholu způsobila. Během terapie se pomáhá klientům změnit rizikový životní styl, vytvořit smysluplnou náplň volného času a rovněž zlepšit chování i vztahy k sobě a druhým lidem. Snahou je spolupracovat s rodinou a blízkými osobami, je zde pomoc v řešení konkrétních pracovních nebo vztahových problémů. Základní protialkoholní léčba trvá tři měsíce, délka pobytu se řídí individuálními potřebami našich klientů. K přijetí je nutná střízlivost a abstinence během léčby.

Poskytuje se režimová léčba v terapeutické komunitě, která vytváří bezpečné prostředí s určitým pevným řádem a konkrétními pravidly, dále je zde možné zúčastnit se různorodých činností, které pomáhají změnit často stereotypní nebo pasivní životní styl. Jde zejména o sportovní aktivity, činnostní terapie a společné kulturní programy. Součástí pravidelných komunitních setkání je poskytování odborných informací o bezprostředních a dlouhodobých účincích alkoholu, nacvičují se techniky na zvládnání stresu, nebo konkrétní postupy na snížení bažení (cravingu) a ovlivnění příp. recidivy.

Rodinné a manželské poradenství formou pravidelných setkání s blízkými osobami klientů. Hlavním cílem těchto schůzek je nejenom poskytnutí informací o léčbě, ale rovněž možnost společného řešení aktuálních konfliktů, které se v průběhu chorobné „závislosti“ hromadily. Mezi nejčastější problémy v partnerském vztahu patří vzájemné odcizení, agresivní jednání a sexuální nesoulad. Máme zkušenosti, že spolupráce s rodinou pomáhá zlepšit vzájemnou komunikaci a vytvořit zdravější vztahy, které usnadní abstinenci.

Speciální psychoterapeutické metody, které umožňují odreagování, podporují tvořivé schopnosti, snižují vnitřní napětí nebo nabízí řešení pro určité zátěžové situace. Důležitou součástí léčby jsou pravidelná relaxační cvičení formou autogenního tréninku nebo společných meditací, což vede postupně ke zlepšení celkové výkonnosti i k navození pocitu klidu. Klade se důraz na každodenní účast v terapeutických skupinách, kde je možné naučit se vyjadřovat otevřeně svoje pocity, názory, rozpoznávat vlastní agresivní, sebedestruktivní jednání nebo svěřit se s osobními problémy a získat podporu i přátele.

Doléčovací programy probíhají po absolvování základní protialkoholní léčby. Pomáháme klientům vytvořit si individuální plán, který zahrnuje další kroky k cílům, které si během léčby stanovili. Nabízíme rovněž rekondiční pobyty přímo na odd.17b a dále A-kluby, kde je možné prodiskutovat své problémy s ostatními. Pro klienty, kteří se rozhodli absolvovat další terapii kvůli osobní změně (jde hlavně o sebepoznání, potřebu žít jinak a prožívat větší spokojenost bez alkoholu), se poskytuje ambulantní individuální psychoterapie.

4.6 Výzkumný problém a výzkumné otázky

Předmětem výzkumu je zjistit úspěšnost léčby abúzu alkoholu. Objektem výzkumu jsou pacienti do věku 25ti let, kteří se podrobili léčbě v letech 2000- 2011 v psychiatrické léčbě v Kroměříži, jsou to pacienti bez ohledu na nejnižší vstupní věk.

Hlavní výzkumnou otázkou je:

„Jaké byly tendence výskytu pacientů s abúzem alkoholu ve věku do 25ti let, kteří prošli léčbou v PL KM v letech 2000-2011?“

V rámci výzkumného šetření byly stanoveny následující dílčí výzkumné otázky:

„Jaký byl výskyt vzniku abúzu alkoholu u lidí ve věku do 25ti let v letech 2000-2011 dle pohlaví?“

„Jaký byl počet léčených pacientů do 25ti let v PL KM z abúzu alkoholu v průběhu let 2000 – 2011?“

„Jaká byla úspěšnost léčby abúzu alkoholu u lidí ve věku do 25ti let v letech 2000-2011 dle pohlaví?“

„Jaká je úspěšnost léčby vzhledem k opakovaným vstupům k léčbě u lidí ve věku do 25ti let v letech 2000- 2011?“

5 VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

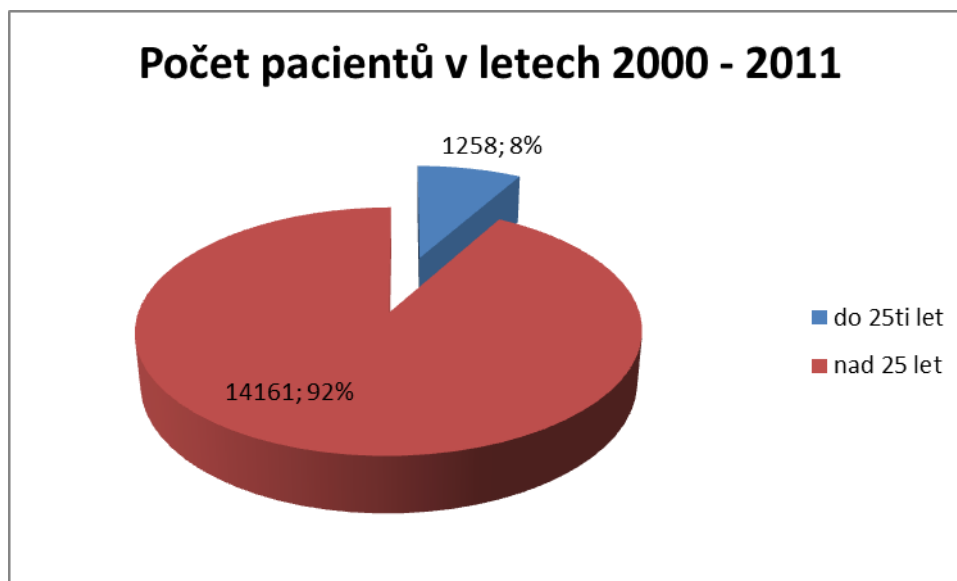
V následující části je přehled výsledků získaných v rámci výzkumné činnosti a v rámci podkapitol jsou zveřejněny výsledky a závěry k jednotlivým výzkumným otázkám. V poslední kapitole je závěrečné zhodnocení a doporučení pro praxi.

5.1 Počet léčených pacientů do 25- ti let věku v průběhu let 2000 – 2011 v PL KM pro abúzu alkoholu

Následující tabulka zobrazuje počty pacientů do věku 25ti let, kteří se v letech 2000-2011 podrobili léčbě abúzu alkoholu.

	počet pacientů "n"	%
do 25ti let	1258	8,16
nad 25 let	14161	91,84
celkem	15419	100

Tabulka 3.: Počet pacientů v letech 2000-2011 (zdroj: archiv PL v KM)



Graf 1.: Počet pacientů v letech 2000-2011(zdroj: archiv PL v KM)

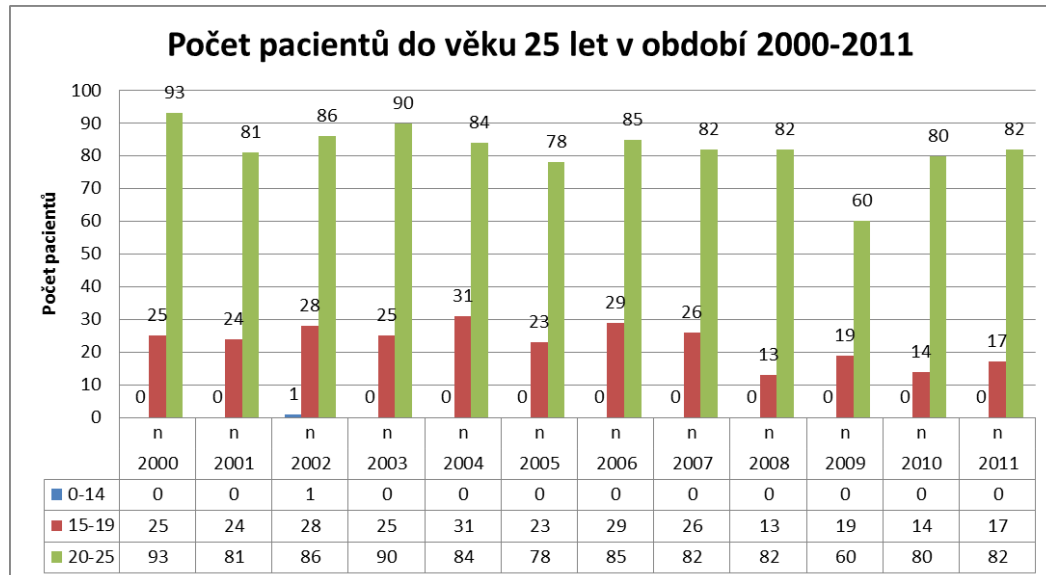
Výše uvedená tabulka a graf znázorňuje počet pacientů do 25ti let $n=1258$ (8,07%) vzhledem k celkovému počtu pacientů $n= 15419$ (100%), kteří se podrobili léčbě abúzu alkoholu v PL v KM v letech 2000-2011.

roky	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
věk	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0-14	0	0	0	0	1	0,08	0	0	0	0	0	0
15-19	25	1,98	24	1,9	28	2,22	25	1,98	31	2,46	23	1,82
20-25	93	7,93	81	6,43	86	6,83	90	7,15	84	6,67	78	6,2
celkem	118	9,91	105	8,33	115	9,13	115	9,13	115	9,13	101	8,02

Tabulka 4.: Počet pacientů do 25ti let v jednotlivých letech (zdroj: archiv PL v KM)

roky	2006		2007		2008		2009		2010		2011	
věk	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0-14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15-19	29	2,3	26	2,06	13	1,03	19	1,51	14	1,11	17	1,35
20-25	85	6,75	82	6,51	82	6,51	60	4,76	80	6,35	82	6,51
celkem	114	9,05	108	8,57	95	7,54	79	6,27	94	7,46	99	7,86

Tabulka 5.: Počet pacientů do 25ti let v jednotlivých letech (zdroj: data z archivu PL v KM)



Graf 2.: Počet pacientů do věku 25 let v období 2000- 2011(zdroj: data z archivu PL v KM)

věk	pacienti	
	n	%
0-14	1	0,08
15-19	274	21,78
20-25	983	78,14
celkem	1258	100

Tabulka 6.: Shrnutí počtu pacientů do 25ti let věku (zdroj: data z archivu PL v KM)

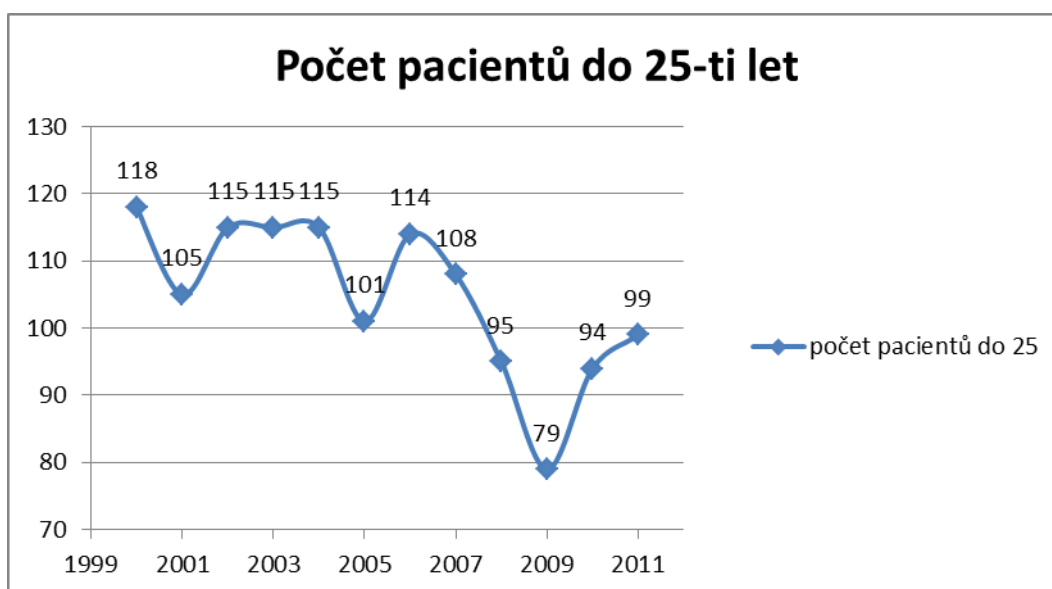
Výše uvedené tabulky zobrazují počet pacientů ve věku do 25ti let podrobněji se léčbě abúzu alkoholu v PL v KM v letech 2000-2011 rozdělených dle věkových skupin 0-14 let, 15-19 let a 20-25 let. Kde počet pacientů ve věku 0-14 let za celé zkoumané období je 1 pacient, ve věku 15-19 let je 274 pacientů a ve věku 20-25 let je 983 pacientů. Z výše uvedeného vyplývá, že největší zastoupení pacientů je ve věku 20-25 let a to 78,14%, na druhém místě jsou pacienti ve věku 15-19 let a to 21,7% a nejmenší zastoupení je ve věku 0-14 let a to 0,08% . Procentuální vyjádření je poměr všech pacientů do věku 25ti let a počet pacientů v daném roce a věkové skupině. Je alarmující, že z celé skupiny pacientů do 25ti let je celých 21,7% ve věku mezi 15-19 lety. Je zde patrné, že chybí, je nedostatečná, nebo málo propagovaná prevence užívání alkoholu na středních školách a učilištích.

5.2 Tendence vzniku abúzu alkoholu u pacientů do věku 25ti let, kteří prošli léčbou v PL v KM v letech 2000-2011

Následující výzkum je zaměřen na to, jaká je tendence vzniku abúzu alkoholu u pacientů do věku 25ti let, kteří prošli léčbou abúzu alkoholu v PL v KM v letech 2000-2011. V tabulce a grafu jsou uvedeny počty pacientů ve věku do 25ti let, kteří se podrobili léčbě v PL v KM ve zkoumaném období 2000-2011 a zkoumali jsme jakou tendenci má tento výskyt.

rok	počet pacientů "n"		
	do 25	celkem	%
2000	118	1211	9,75
2001	105	1348	8,26
2002	115	1407	8,35
2003	115	1362	8,44
2004	115	1363	8,44
2005	101	1316	8,41
2006	114	1326	8,59
2007	108	1239	8,61
2008	95	1372	7,62
2009	79	1169	6,76
2010	94	1123	8,38
2011	99	1183	8,39
celkem	1258	15419	100

Tabulka 7.: Počet pacientů do věku 25 let ve srovnání se všemi přijatými pacienty v období 2000-2011 (zdroj: data z archivu PL v KM)



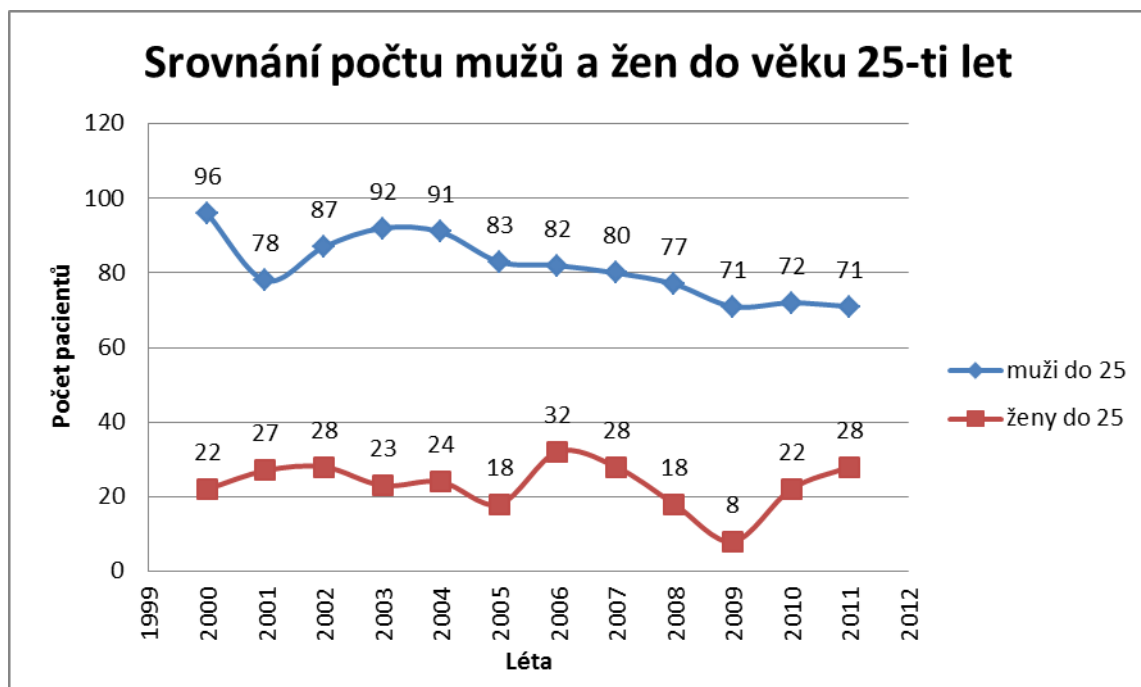
Graf 4.: Počet pacientů do věku 25 let v období 2000-2011 (zdroj: data z archivu PL v KM)

Z výše uvedené tabulky a grafu je patrné, že počet všech pacientů do 25ti let věku ve zkoumaném období 2000- 2011 má klesající tendenci. Můžeme si povšimnout, že počet pacientů se snižuje v roce 2008. Můžeme se domnívat, že tento stav je způsoben zavedením regulačních poplatků od 1. 1. 2008, kdy za den pobytu v nemocničním zařízení bylo zpoplatněno částkou 60,- korun českých.

V dalším šetření jsme srovnali tendence vzniku abúzu alkoholu v závislosti na pohlaví. Následující tabulka je zobrazením pacientů do věku 25ti let rozdělených do jednotlivých let a dle pohlaví.

	muži do 25	ženy do 25
2000	96	22
2001	78	27
2002	87	28
2003	92	23
2004	91	24
2005	83	18
2006	82	32
2007	80	28
2008	77	18
2009	71	8
2010	72	22
2011	71	28
celkem	980	278

Tabulka 8.: Srovnání počtu mužů a žen do věku 25ti let v jednotlivých letech
(zdroj: data z archivu PL v KM)



Graf 5.: Srovnání počtu mužů a žen do věku 25ti let v jednotlivých letech
(zdroj: data z archivu PL v KM)

Výše uvedená tabulka a graf znázorňují počty pacientů do věku 25- ti let, kteří prodělali léčbu abúzu alkoholu v PL v KM. Zde je patrné že, graf znázorňující počet pacientů – mužů - ve zkoumaném období má klesající tendenci a u žen tato křivka kolísá a největší propad je v roce 2009 a následně pak opět vzrůstá.

U žen je tato tendence kolísavá, spíše na vzestupu, což může být způsobeno „dnešní dobou“, kdy dříve žena v restauračním zařízení u piva byla tabu, což bylo pravděpodobně zapříčiněno výchovou, ale dnes je to celkem běžný jev. Další teze by mohla být ta, že tato kolísavá, až mírně vzestupná tendence může být způsobena větší otevřeností a že jsou sto si přiznat „svůj problém“ a řešit ho léčbou, kdežto dříve se jednalo o skryté pití a ženy se to styděli.

Důvodem proč ženy sahají po alkoholu v tomto věku, může být i samotný akt mateřství, kdy dochází ke zvýšení psychické zátěže na ženu, ztráta společenského života, pocit samoty, nevyžitelnosti, určitého nedocení apod., což může vést k nadužívání alkoholu.

5.3 Vznik abúzu alkoholu u lidí ve věku do 25ti let v letech 2000-2011 dle pohlaví

V následujícím šetření jsme se zabývali problematikou věku a vzniku abúzu alkoholu v letech 2000-2011 u pacientů do 25ti let věku, kteří se podrobili léčbě v PL v KM. Porovnávali jsme počty mužů a žen ve zkoumaném období a jejich sklon ke vzniku abúzu alkoholu.

Níže uvedené tabulky č. 9 a č. 10 zobrazují rozložení mužů a žen dle věku v letech 2000- 2011. Nutno podotknout, že ve věku od 13-15 let jsou ženy, resp. dívky ve vedení v oproti chlapcům v poměru 7:1, kde se vyskytuje jedna dívka 13- ti letá a 6 dívek 15- ti letých, kdežto v tomto věkovém rozptylu je jediný chlapec, a to ve věku 15- ti let.

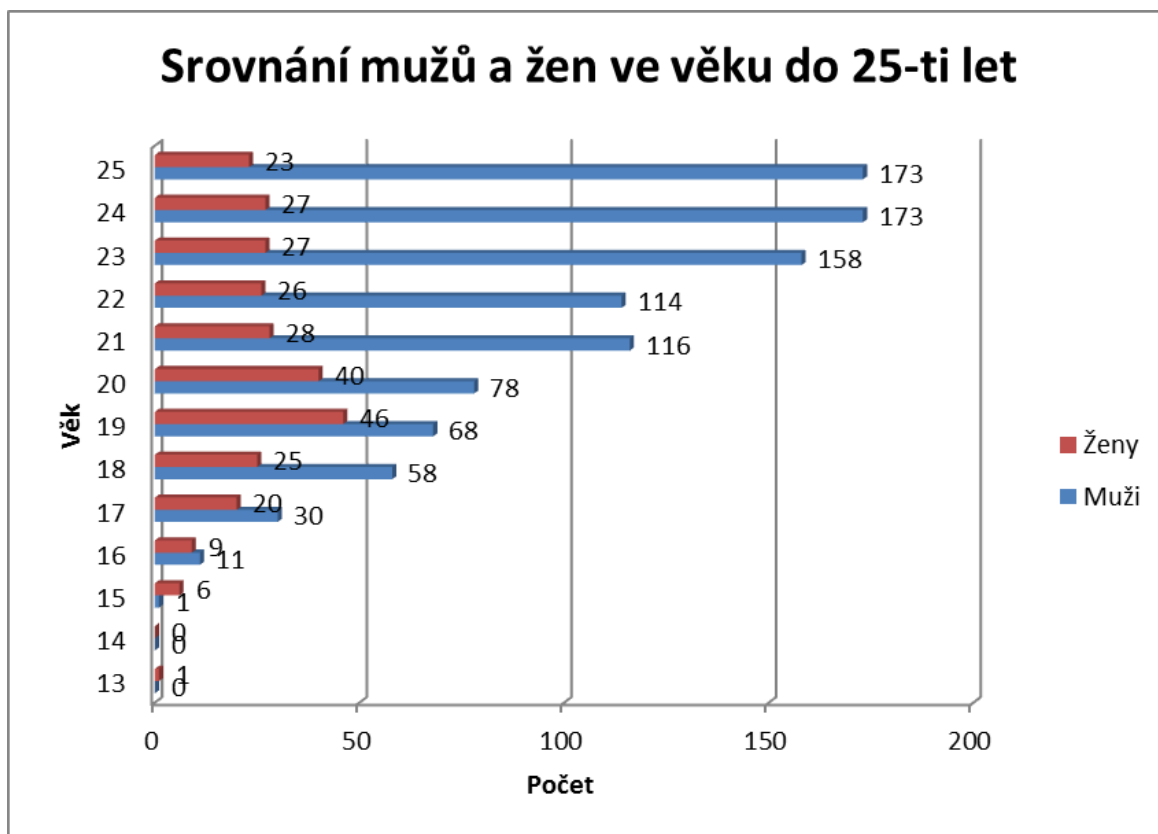
V tabulce č. 9 a grafu č. 6 je patrné, že ženy- dívky ve věku 13-19 let jsou v těsném závěsu za muži v témže věku, ale pak se tento rozdíl zvětšuje a začátkem 20. roku věku má klesající tendenci.

věk	muži		ženy	
	n1	%	n2	%
13	0	0	1	100
14	0	0	0	0
15	1	14,29	6	85,41
16	11	55	9	45
17	30	60	20	40
18	58	69,88	25	30,12
19	68	59,65	46	40,35
20	78	66,11	40	33,89
21	116	80,55	28	19,45
22	114	81,43	26	18,57
23	158	85,41	27	14,59
24	173	86,5	27	13,5
25	173	88,27	23	11,73

Tabulka 9.: Procentuální zastoupení mužů a žen dle věku a letopočtu léčby (zdroj: data z archivu PL v KM)

		roky	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
13	muži	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ženy	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
14	muži	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ženy	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	muži	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	ženy	0	2	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6
16	muži	0	0	3	0	1	0	1	0	0	4	0	2	0	11
	ženy	0	2	2	2	0	1	0	0	0	0	0	2	0	9
17	muži	4	0	2	2	2	4	2	2	2	5	4	1	0	30
	ženy	2	3	1	2	2	1	1	2	1	1	3	1	0	20
18	muži	5	4	5	8	11	8	4	8	1	3	0	1	0	58
	ženy	4	2	2	1	3	1	2	2	1	1	3	3	0	25
19	muži	5	8	7	7	10	4	4	8	6	3	1	5	0	68
	ženy	4	3	4	2	2	3	15	4	2	2	1	4	0	46
20	muži	11	6	5	9	7	8	2	9	10	3	3	5	0	78
	ženy	2	3	1	4	5	2	2	5	3	4	3	6	0	40
21	muži	7	12	13	3	10	13	10	13	3	16	7	9	0	116
	ženy	3	3	3	1	1	1	3	3	4	0	2	4	0	28
22	muži	12	7	8	14	7	10	16	11	6	5	9	9	0	114
	ženy	0	2	2	3	2	3	2	2	5	0	2	3	0	26
23	muži	23	10	6	14	9	17	13	10	10	10	18	18	0	158
	ženy	3	1	6	1	6	1	2	3	1	0	1	2	0	27
24	muži	10	18	20	17	18	11	16	7	23	9	18	6	0	173
	ženy	3	2	1	6	1	1	3	4	1	0	4	1	0	27
25	muži	18	13	18	18	16	8	14	12	16	13	12	15	0	173
	ženy	1	4	3	0	2	3	2	3	0	0	1	4	0	23
Celkem			118	105	115	115	115	101	114	108	95	79	94	99	1258

Tabulka 10.: Počet mužů a žen rozdělených dle věku a seřazených dle roku léčby (zdroj: data z archivu PL v KM)

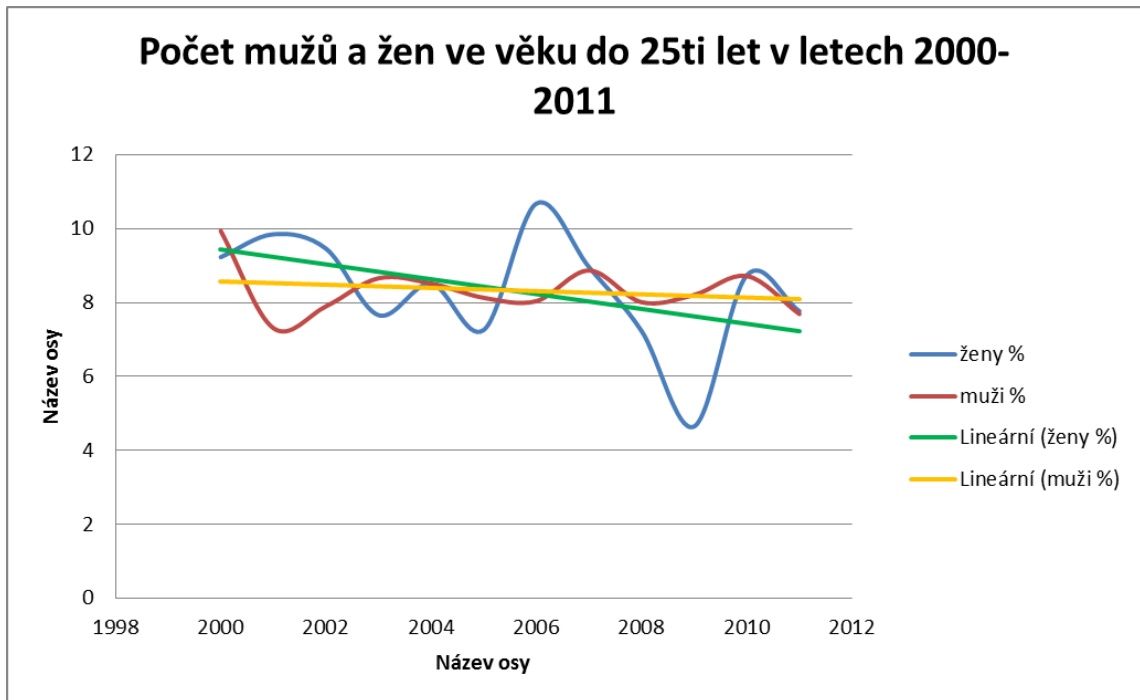


Graf 6.: Srovnán počtu mužů a žen ve věku do 25ti let věk (zdroj: data z archivu PL v KM)

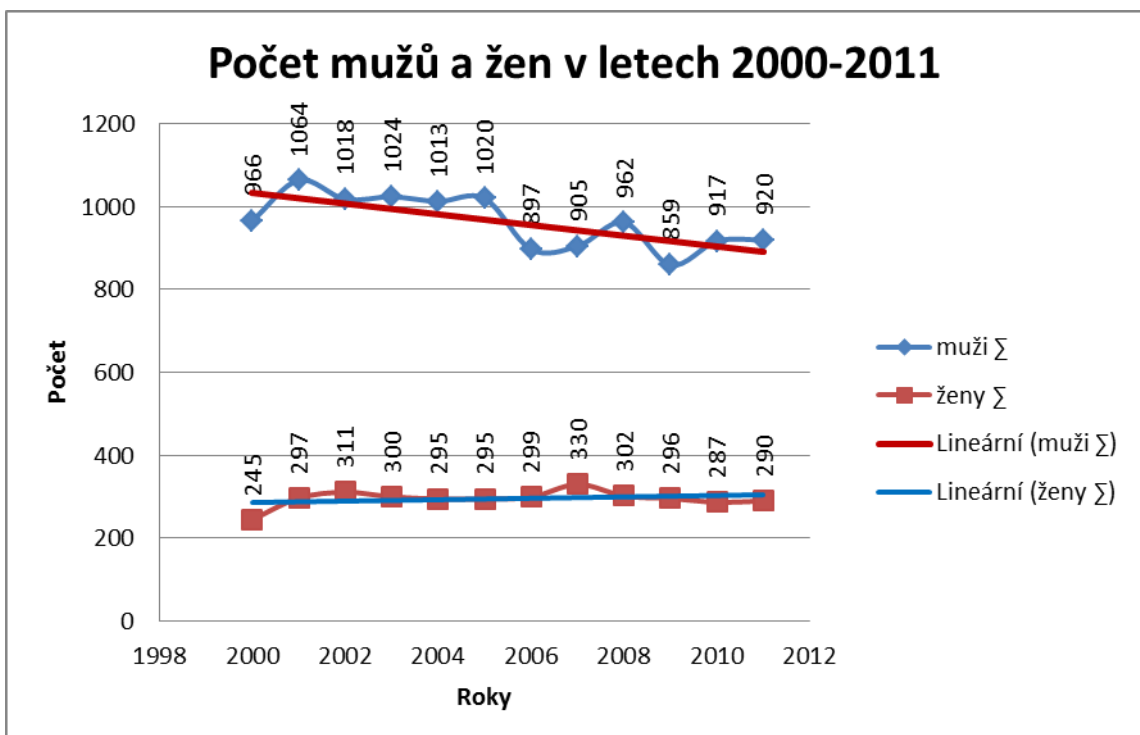
V následujících grafech je znázorněno jaký sklon ke vzniku abúzu alkoholu mají muži a ženy do věku 25ti let ve zkoumaném období.

	muži do 25	muži %	ženy do 25	ženy %
2000	96	9,94	22	9,23
2001	78	7,31	27	9,85
2002	87	7,9	28	9,46
2003	92	8,66	23	7,66
2004	91	8,52	24	8,51
2005	83	8,13	18	7,26
2006	82	8,04	32	10,68
2007	80	8,87	28	8,96
2008	77	8,01	18	7,23
2009	71	8,21	8	4,65
2010	72	8,72	22	8,74
2011	71	7,69	28	7,77
celkem	980	100	278	100

Tabulka 11.: Srovnání počtu mužů a žen do věku 25ti let (zdroj: data z archivu PL v KM)



Graf 7.: Znázornění vzniku abúzu alkoholu dle pohlaví a pacientů do 25ti let v procentech (zdroj: data z archivu PL v KM)



Graf 8.: Znázornění vzniku abúzu alkoholu dle pohlaví a všech pacientů (zdroj: data z archivu PL v KM)

vztah mezi počtem celkem přijatých pacientů a pacientů do věku 25ti let rozdělených dle pohlaví ve zkoumaném období. Dle znázorněných křivek můžeme určit, jaký byl vývoj

vzniku abúzu alkoholu u zkoumaného vzorku a je patrné, že křivka ženské populace má klesající tendenci a mužské populace mírně vzrůstající. Toto ale platí pouze u pacientů ve věku do 25- ti let. V porovnání se všemi přijatými pacienty je trend opačný. Ke srovnání, přikládáme graf č. 8, kde je znázorněn počet všech přijatých pacientů rozdělených dle pohlaví a zde je patrné, že u mužů dochází k poklesu vzniku abúzu alkoholu, kdežto u žen k mírnému vzestupu abúzu alkoholu ve zkoumaném období.

5.4 Úspěšnost léčby abúzu alkoholu u pacientů do věku 25-ti let

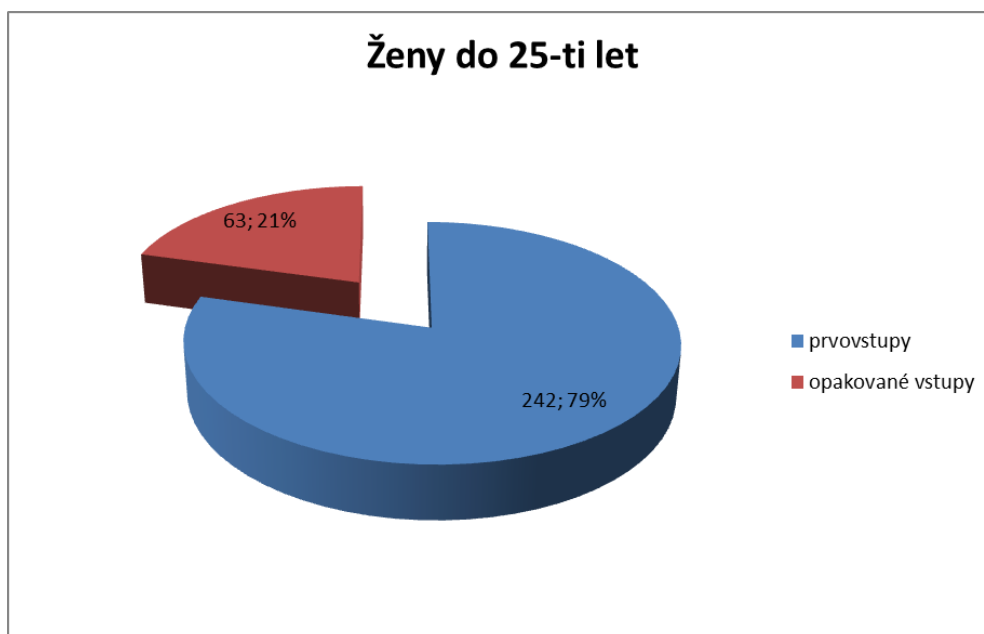
V následujícím šetření se zabýváme úspěšností léčby abúzu alkoholu u pacientů do věku 25- ti let rozdělený dle pohlaví, kteří prošli léčbou v letech 2000-2011. Porovnáváme počet přijatých pacientů, kteří byli přijati k léčbě jen jednou (n1) a pacientů, kteří se opakovaně podrobili léčbě (n2).

Níže uvedená tabulka 11 a graf 9 zobrazují zastoupení vstupů k léčbě u žen do 25ti let v celém zkoumaném období 2000-2011. Prvostupy k léčbě v tomto období byly zastoupeny n1= 242 (79%) a opakované vstupy v počtu n2= 63 (21%).

Můžeme tedy léčbu v tomto období označit za úspěšnou u 79% pacientů.

zkoumané období 2000-2011	prvostupy		opakované vstupy		vstupy Σ
	n1	%	n2	%	n1+n2
	242	79	63	21	305

Tabulka 11.: Prvostupy a opakované vstupy k léčbě u žen do věku 25ti let (zdroj: data z archivu PL v KM)

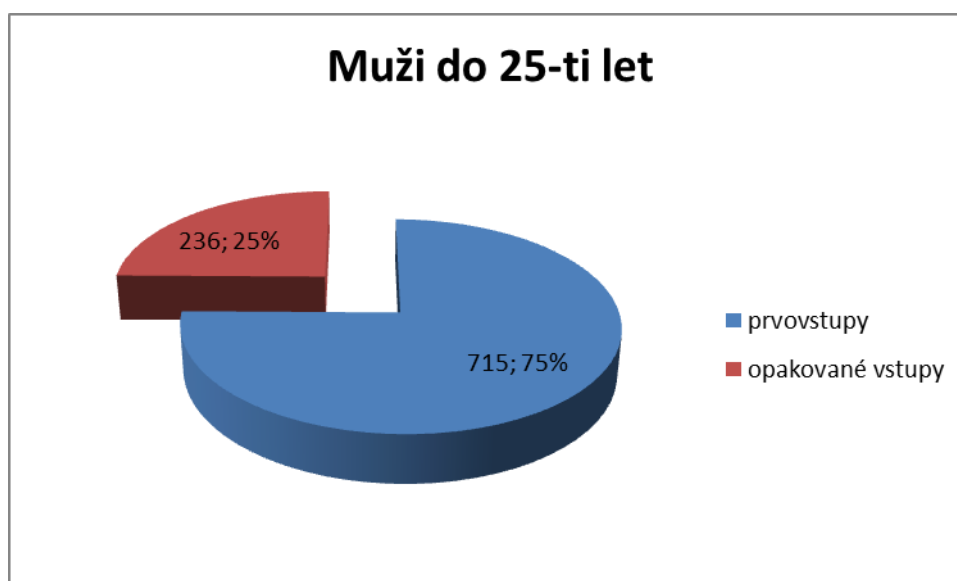


Graf 9.: Prvovstupy a opakované vstupy u žen v období 2000-2011 (zdroj: data z archivu PL v KM)

V tabulce 12 a grafu 10 jsou znázorněny prvovstupy $n_1 = 715$ (75%) a opakované vstupy $n_2 = 236$ (25%) u mužů v letech 2000-2011, kteří byly podrobeni léčbě abúzu alkoholu.

zkoumané období 2000-2011	prvovstupy		opakované vstupy		vstupy Σ
	n1	%	n2	%	n1+n2
	715	75	236	25	951

Tabulka 12.: Prvovstupy a opakované vstupy k léčbě u mužů do věku 25ti let (zdroj: data z archivu PL v KM)



Graf 11.: Prvovstupy a opakované vstupy u mužů v období 2000-2011 (zdroj: data z archivu PL v KM)

Z výše uvedené tabulky a grafu vyplývá, že úspěšnost léčby je 75% a můžeme ji tedy označit za úspěšnou.

5.5 Frekvence opakovaných vstupů u mužů a žen

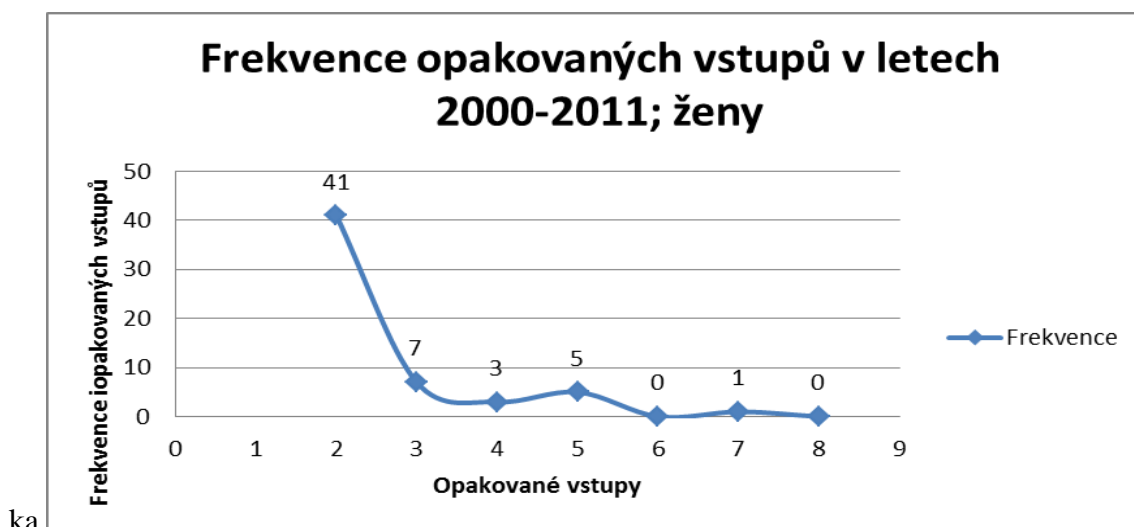
V následujícím šetření jsme se zabývali úspěšností léčby vzhledem k frekvenci opakovaných vstupů k léčbě abúzu alkoholu u mužů a žen ve zkoumaném období 2000-2011, tzn. kolik je třeba opakovaných vstupů, abychom mohli počítat léčbu za úspěšnou.

Frekvencí opakovaných vstupů rozumíme, kolikrát se pacienti dostavili k léčbě abúzu alkoholu, kde vstupy v počtu 2 jsou dva vstupy, vstupy v počtu 3 jsou tři vstupy atd., a frekvence vyjadřuje, kolikrát bylo nastoupeno k léčbě 2krát, 3krát atd.

Opakované vstupy	Frekvence
2	41
3	7
4	3
5	5
6	0
7	1
8	0

Tabulka 13. : Frekvence opakovaných vstupů – ženy (zdroj: data z archivu PL v KM)

Dle výše uvedené tabulky 2x léčbu nastoupilo 41 pacientek, 3x nastoupilo 7 pacientek, 4x nastoupili 3 pacientky, 5x nastoupilo 5 pacientek, 7x nastoupila 1 pacient-



Graf 11.: Frekvence opakovaných vstupů – ženy (zdroj: data z archivu PL v KM)

Opakované vstupy	Frekvence
2	120
3	25
4	12
5	2
6	2
7	0
8	2
9	0
10	1
11	1
12	1

Tabulka 14.: Frekvence opakovaných vstupů – muži (zdroj: data z archivu PL v KM)

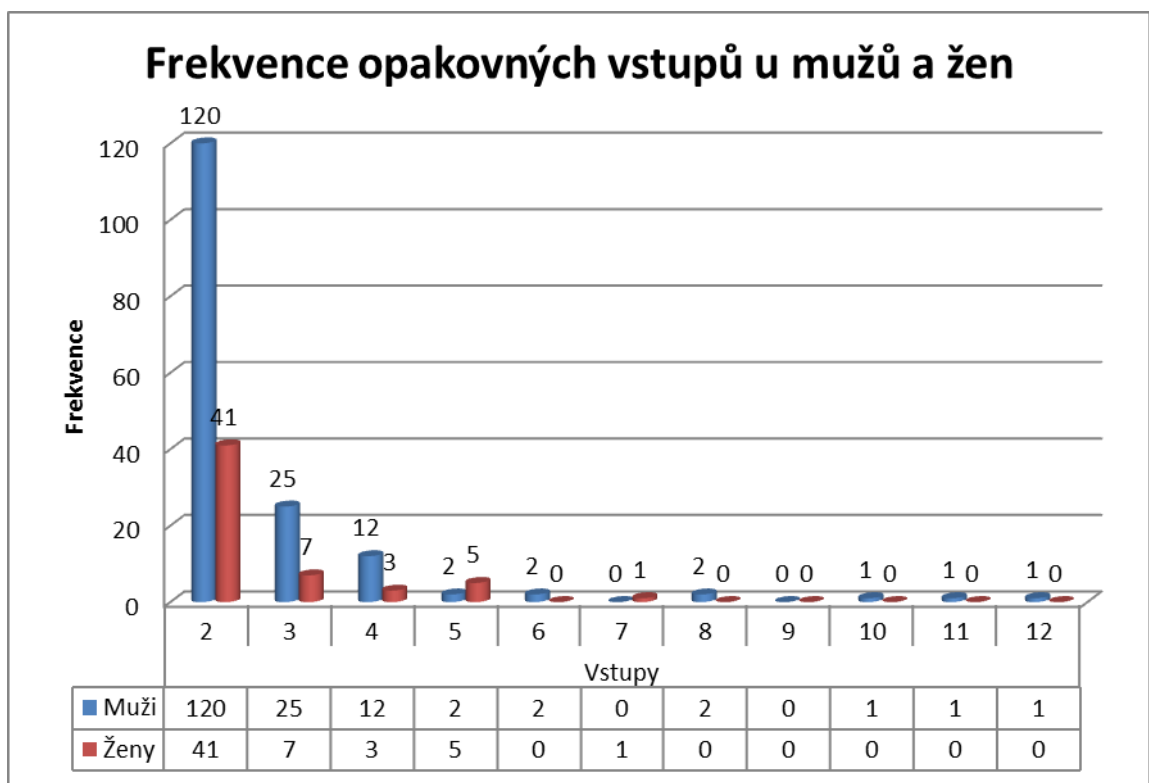
Dle výše uvedené tabulky 2x léčbu nastoupilo 120 pacientů, 3x nastoupilo 25 pacientů, 4x nastoupilo 12 pacientů, 5x nastoupili 2 pacienti, 6x nastoupili 2 pacienti, 8x nastoupili 2 pacienti, 10x nastoupil 1 pacient, 11x nastoupil 1 pacient a 12x nastoupil 1 pacient.



Graf 12.: Frekvence opakovaných vstupů – muži (zdroj: data z archivu PL v KM)

Vstupy	Frekvence	
	Muži	Ženy
2	120	41
3	25	7
4	12	3
5	2	5
6	2	0
7	0	1
8	2	0
9	0	0
10	1	0
11	1	0
12	1	0

Tabulka 15.: Srovnání opakovaných vstupů mezi muži a ženami (zdroj: data z archivu PL v KM)



Graf 13.: Srovnání opakovaných vstupů k léčbě mezi muži a ženami (zdroj: data z archivu PL v KM)

Z výše uvedených znázornění opakovaných vstupů můžeme vyslovit smělou domněnku, že vzhledem k největšímu počtu druhého vstupu k léčbě abúzu alkoholu, se jedná o selhání jedince, než neúčinnost léčby jako takové.

Na druhou stranu je nasnadě otázka, zda po druhém absolvování léčby dojde k uvědomění si závažnosti situace, nebo naopak, podlehnouti iluzi, že jakákoliv intervence zvenčí problém nevyřeší, a proto se věnují nadužívání alkoholu dál, aniž by měli zájem o nápravu věci. Mezi muži jsou jedinci, kteří nastupují 10- 12x k léčbě. Zde můžeme uvažovat i o hospitalizaci ze sociálních důvodů, kdy tito jedinci nastoupí k léčbě pouze v období nepříznivého, zimního počasí (listopad – březen) a dají se tzv. „do pořádku“ a pak začnou zase nanovo.

5.6 Shrnutí výsledků výzkumu

Na hlavní výzkumnou otázku „*Jaké byly tendence výskytu pacientů s abúzem alkoholu do věku 25ti let, kteří prošli léčbou v PL KM v letech 2000-2011?*“ můžeme odpovědět, že ze zkoumaného vzorku pacientů $n= 15419$, kteří prodělali léčbu abúzu alkoholu v PL v Kroměříži v letech 2000- 2011, bylo 1258 pacientů do věku 25 let, což je 8,16%. Kdy v roce 2000 nastoupilo léčbu 118 pacientů a ve zkoumaném období došlo k poklesu počtu pacientů až na 99 v roce 2011. Můžeme tedy konstatovat, že tato tendence je klesající.

6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Prevence je důležitější než následná léčba a péče, na kterou je vynakládána nemalá část finančních prostředků, což uvádíme v tabulce 14. S prevencí je důležité začít již v útlém věku a to nejen stran rodičů, ale ve školkách, školách v mimoškolních aktivitách apod. „Prevence“ pochází z latinského slova „praevenire“, což znamená předcházení. Můžeme tedy takto označit veškeré činnosti, které vedou ke snižování a zabraňování daného negativního jevu

„Odhadnuté náklady zdravotních pojišťoven (identifikovatelné i neidentifikovatelné) na léčbu uživatelů alkoholu (dg. F10) v letech 2007–2009 rostly, a to z 1 032 mil. Kč v roce 2007 na 1 214 mil. v roce 2009, v roce 2010 došlo k jejich snížení na 1 173 mil. Kč. Identifikovatelné náklady na celkových nákladech spojených s dg. F10 se ve sledovaném období podílely více než v 70 %. Největší podíl na celkových nákladech měla léčebná péče (téměř 72 %), která se dělí na péči lůžkovou s podílem necelých 64 % a na ambulantní péči s podílem téměř 8 % na těchto nákladech, téměř pětinnový podíl měly výdaje na léky. Podíl ostatních druhů péče (např. rehabilitační, dlouhodobá, podpůrné služby) byl nízký. Odbornosti spojené s psychiatrickou a AT péčí se podílely na lůžkové péči o uživatele alkoholu více než 88 %, na ambulantní péči více než polovinou“. (ÚZIS, Aktuální informace č. 44/2012, s. 2)

Následující tabulka uvádí celkové náklady zdravotních pojišťoven na dg. F10 podle druhu péče v letech 2007- 2010 (v tis. Kč).

Druh péče	Náklady na dg. F10			
	2007	2008	2009	2010
Léčebná péče	742 256	762 689	865 818	838 716
Lůžková péče	661 429	679 806	769 353	740 381
Lůžková intenzivní péče	28 707	24 180	35 081	41 324
psychiatrie	1 304	759	1 233	1 448
ostatní	27 403	23 421	33 848	39 876
Lůžková standardní péče	82 193	85 788	101 975	77 548
psychiatrie	41 060	41 041	41 663	26 964
dětská psychiatrie	0	42	27	18
ostatní	41 133	44 705	60 285	50 567
Lůžková dlouhodobá péče	549 929	568 993	631 473	620 282
AT	129 963	111 778	146 783	147 998
psychiatrie	417 930	455 162	481 351	468 909
dětská psychiatrie	14	0	2	30
ostatní	2 022	2 053	3 336	3 346
Jednodenní péče	600	846	824	1 226
Ambulantní péče	78 910	79 380	94 544	96 074
Primární péče ¹⁾	1 427	1 050	1 599	1 684
Stomatologie	302	285	1 165	362
Ambulantní specializovaná péče	60 456	62 405	74 641	75 998
AT	8 684	7 234	7 798	7 692
psychiatrie	37 845	37 407	36 170	35 503
dětská psychiatrie	132	99	112	94
ostatní	22 479	24 899	38 359	40 401
Další ambulantní specializovaná péče	9 358	11 063	10 438	11 371
klinická psychologie	8 034	8 401	9 317	10 292
psychoterapie	0	0	1	6
ostatní	7	3	23	39
Domácí péče ²⁾	1 317	2 658	1 097	1 034
Rehabilitační péče	620	635	7 287	9 342
Rehabilitační péče - lůžková	208	224	2 375	2 144
Samostatné pracoviště ergoterapeutů	0	0	4	90
Rehabilitační péče - ambulantní	412	411	4 908	7 108
Dlouhodobá péče	11 249	18 816	18 842	21 686
Dlouhodobá péče - lůžková	9 846	17 166	15 336	18 039
Dlouhodobá péče - domácí	1 403	1 650	3 505	3 647
Podpůrné služby	50 007	51 128	61 510	65 155
Laboratoře	18 263	19 315	25 265	27 745
toxikologie	4 350	4 104	5 083	4 852
ostatní	13 914	15 210	20 181	22 893
Zobrazovací metody ³⁾	7 777	7 643	10 027	10 392
Doprava a ZZS ⁴⁾	23 966	24 171	26 218	27 018
Léky a PZT	221 376	204 878	251 232	229 155
Léky ⁵⁾	207 129	192 004	232 952	213 467
PZT ⁶⁾	14 247	12 873	18 281	15 688
Prevence ⁷⁾	6 398	14 265	9 708	8 115
Neznámá péče	823	2 078	650	2 549

Pozn: ¹ praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost, LSPP; ² domácí péče poskytovaná lékaři a sestrami, porodní asistentka; ³ pracoviště nukleární medicíny a radiologie; ⁴ zdravotnická záchranná služba; ⁵ léčiva a ostatní zdravotnické zboží na předpis; ⁶ prostředky zdravotnické techniky; ⁷ pracoviště lékařské genetiky, akreditovaného centra asistované reprodukce, prevence přenosných nemocí (očkování, preventivní prohlídky), pracovní lékařství, transfuzní služba, preventivní programy a fondy pojišťoven

Tabulka 16.: Celkové náklady pojišťoven na dg. F10 (zdroj: ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 44/2012, s. 4)

Doporučení pro praxi je tedy následující:

- působení na psychiku jedince pomocí informační činnosti, preventivních programů s využitím volného času a tím předejít kontaktu s alkoholem
- u lidí, kteří se pohybují v rizikovém prostředí je nutný individuální přístup odborných pracovníků
- omezení dostupnosti alkoholu z hlediska věku, místa, času prodeje, reklamy a následné sankce a to vše s důslednou oporou v legislativě - omezení reklamy v novinách, časopisech, v televizi apod.
- je nezbytné nabízet negativní informace o rizicích a nebezpečí závislosti a to nejen mladým lidem, ale zároveň jim nabídnout jak žít zdravě a smysluplně za pomoci a spolupráci s politiky, sportovci, známými osobnostmi
- dalším cílem je omezit vlastní experimentování s alkoholem u dětí školního věku, protože zde převládá zvědavost, nuda, snaha zviditelnit se, zapadnout do party apod. je třeba především správná organizace volného času
- zvýšit vzdělání a informovanost učitelů v této problematice
- prevence již od raného věku
- peer programy ve školách
- nácvik sociálních dovedností – umění odmítnout alkohol, kamarády, spolužáky užívající alkohol, nestydět se za toto odmítnutí
- využití interaktivních filmů, programů, her,
- prevence v rodině má nezastupitelnou roli – budování silných rodinných vztahů, důvěry, bezpečí, posilovat zdravé sebevědomí u dětí
- pro rodiče pořádání kurzů, přednášek, cvičení, modelové situace apod.

Závěr

Tématem bakalářské práce bylo léčba abúzu alkoholu v PL v Kroměříži v letech 2000-2011. Teoretická část nám dala informace o tom, co vlastně alkohol je, jeho historie, klady a zápory alkoholu. Nadměrné užívání alkoholu je v rámci léčení měřitelné a to tím, kolik pacientů, v jakém období a v jakém věku se léčbě podrobují. A na základě těchto informací jsme sto poskytnout a vyhodnotit informace jaký je věkový rozptyl pacientů, úspěšnost prodělané terapie, které pohlaví má větší sklony k začátku nadužívání alkoholu, které zase k opakovaným problémům s alkoholem, apod.

Cílem praktické části bylo vyhodnocení získaných informací poskytnutých o pacientech, kteří prodělali léčbu v protialkoholní léčebně v Kroměříži v letech 2000-2011. Z celkových 15419 pacientů jsme rozdělili pacienty dle pohlaví, věku, počtu nástupů k léčbě.

Z výsledků našeho šetření vyplývá, že počet léčených pacientů do 25ti let ve zkoumaném období tvoří 1258 osob (8,16% ze všech přijatých pacientů k léčbě), což je, domnívám se, velký podíl, vzhledem k tomu, že lidé v tomto věku začínají se životem „na vlastních nohou“ a takovýto start není zrovna nejlepší. Lepší zpráva je již o tom, že v tomto období má vznik abúzu alkoholu, v celkovém počtu přijatých pacientů, klesající tendenci, a to z počtu 118 pacientů (9,74% ze všech přijatých) v roce 2000 k číslu 99 pacientů (8,39% ze všech přijatých) v roce 2011. Rozdíly jsou však u vzniku abúzu alkoholu dle pohlaví, kdy u mužů je klesající tendence vzniku, kde z počtu 966 mužů v roce 2000 poklesl až na 920 v roce 2011 a maximum přijatých bylo 1064 v roce 2001, než u žen, kdy je tato tendence vzrůstající, kde bylo přijato 245 žen v roce 2000 a 290 v roce 2011 a maximum přijatých bylo 330 žen v roce 2007. Co se týče úspěšnosti léčby, tak je u obou pohlaví srovnatelná, kdy úspěšnost léčby mužů je 75% a u žen jen to 79%. Tzn., že 25% mužů a 21% žen se k léčbě vrací. 120 mužů a 41 žen nastupují k léčbě podruhé, což je nejčastěji opakovaný vstup. Pak již frekvence vstupů klesá.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ANONYMNÍ ALKOHOLICI Modrá kniha (Anonymní alkoholici) 2. vyd. New York: Alcoholics Anonymous World Services, New York, 1996. ISBN 0-916856-28-3
2. BRÁZDOVÁ, Z. *Výživa těhotných a kojících žen*. Brno: Vladimír Smrčka, 1999, 23 s. ISBN 80-901427-3-7.
3. BROŽOVÁ, J. *Ženy a muži v číslech zdravotnické statistiky*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2003. 63 s. ISBN 80-7280-262-3.
4. GÖHLERT FR.. – KÜHN CH., F. *Od návyku k závislosti.*, 1. vyd. Praha: Euromedia Group, k. s. - Ikar, 2001, 144 s. ISBN 80 – 7202 – 950 – 0
5. KOLB, H. *Sammelatlas für den Bau von Irrenanstalten*. Český překlad Haškovec, L.: Revue v neurologii, psychiatrii, ve fyzikální a diaetické terapii.roč.I, 1904
6. KVAPILÍK, J.; SVOBODOVÁ, A. *Člověk a alkohol*, 1. vyd., Praha, Avicenum, 1985. 240 stran.
7. MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K. *Alkoholici, fetišáci a gambleři*. Praha: Empatie, 1995, 110s., ISBN 80-901618-9-8
8. NÁVRAT, V. *Vývoj v choromyslnictví na Moravě a nový Zemský léčebný ústav císaře Františka Josefa I. v Kroměříži*. Praha 1908, 59s.
9. NECHANSKÁ, B. *Vývoj nákladů zdravotních pojišťoven na léčbu uživatelů alkoholu a nealkoholových drog v letech 2007-2010*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, Aktuální informace 44, 2012, s. 8
10. NEŠPOR, K. *Léčba návykových nemocí - interaktivní semináře*. Praha: Sportpropag, 2006. 65 s.
11. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2000. 151 s. ISBN 80-7178-432-X
12. NEŠPOR, K., *Zůstat střízlivý.*, 1. vyd. Brno: Host, 2006, 240 s. ISBN 80–7294 – 206 – 9
13. NEŠPOR, K.,. *Týká se to i mne?: Jak překonat problémy s alkoholem: (Svépomocná příručka)*. Praha: Sportpropag, 1992. 132 s.
14. PÁLKA, P. *Devadesát let Psychiatrické léčebny v Kroměříži.*, č. 2 str. 20-22

15. POKORNÁ, J., BŘEZKOVÁ, V., PRUŠA, T.: *Výživa a léky v těhotenství a při kojení*. Brno: ERA group spol. s r. o., 2008., 132 s., ISBN 978-80-7366-136-6.
16. ŘEHAN, V. *Závislost na alkoholu a jiných drogách: psychologický přístup*, Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci, 1994, 77 s., ISBN 80-7067-359-1
17. SKÁLA, J., *Alkoholismus.*, 1. vyd. Praha: Stát. zdrav. nakladatelství, n. p., 1957, 232 s. ISBN 566314
18. SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum, 1987, 206s.
19. SKÁLA, J. *Až na dno?! : Fakta o alkoholu a jiných návykových látkách*. 3.přeprac. a dopl. vyd. Praha: Avicenum, 1988. 139s., ISBN 08 – 045 – 88
20. SKULA, E.: K dějinám psychiatrické léčebny ve Šternberku. In: Puzkailer, L., Skula, E. *Z dějin a současnosti psychiatrické léčebny ve Šternberku*. Olomouc 1983, 32 s.
21. ŠEDIVÝ, V., VÁLKOVÁ, H., *Lidé, alkohol, drogy.*, 1. vyd. Praha: Naše vojsko, n. p., 1988, 160 s. ISBN 28 – 049 – 88
22. ŠUBRT, F. *Malý Ottův slovník naučný dvoudílný*. Praha 1904, díl 1., 1257 s.
23. VAVŘÍNKOVÁ, B., BINDER, T. *Návykové látky v těhotenství*. Praha: Triton, 2006. 117 s. ISBN 80-7254-829-8.
24. VOKURKA, M a kol. *Velký lékařský slovník*. 6., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2006., 1017 s. Jessenius. ISBN 80-7345-105-0.
25. ÚZIS ČR, *Aktuální informace č. 44/2012, Vývoj nákladů zdravotních pojišťoven na léčbu uživatelů alkoholu a nealkoholových drog v letech 2007–2010.*, 2012, 8 s.

Internetové zdroje:

26. *Úvod* [online]. Projekt www.alkoholik.cz - Copyright © Eva Mlčochová 2003 – 2013. [cit. 10. 4. 2013]. Dostupné z: <http://www.alkoholik.cz/zavislost/>
27. *Naše léčebna* [online]. www.plkm.cz – Copyright © 2012 Psychiatrická léčebna v Kroměříži [cit. 13. 4. 2013]. Dostupné z: <http://www.plkm.cz/cs/nase-lecebna/historie-lecebny>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
AT	Alkohol - toxikománie
EUROSTAT	Statistický úřad evropské unie.
JIP	Jednotka intenzivní péče
OAT	Ordinace pro alkoholismus a jiné toxikomanie
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
OSN	Organizace spojených národů
KM	Kroměříž
PL	Psychiatrická léčebna

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1: Počet nehod a jejich členění podle hodnoty zjištěné hladiny alkoholu a pozitivních nálezů drog.	17
Tabulka 2.: Srovnání počtu lůžek v roce 1963 a v roce 2008.....	37
Tabulka 3.: Počet pacientů v letech 2000-2011	40
Tabulka 4.: Počet pacientů do 25ti let v jednotlivých letech	41
Tabulka 5.: Počet pacientů do 25ti let v jednotlivých letech	41
Tabulka 6.: Shrnutí počtu pacientů do 25ti let věku	42
Tabulka 7.: Počet pacientů do věku 25 let ve srovnání se všemi přijatými pacienty v období 2000-2011.....	43
Tabulka 8.: Srovnání počtu mužů a žen do věku 25ti let v jednotlivých letech	44
Tabulka 9.: Procentuální zastoupení mužů a žen dle věku a letopočtu léčby.....	46
Tabulka 10.: Počet mužů a žen rozdělených dle věku a seřazených dle roku léčby.....	46
Tabulka 11.: Srovnání počtu mužů a žen do věku 25ti let.....	47
Tabulka 12.: Prvovstupy a opakované vstupy k léčbě u mužů do věku 25ti let	50
Tabulka 13. : Frekvence opakovaných vstupů – ženy	51
Tabulka 14.: Frekvence opakovaných vstupů – muži.....	52
Tabulka 15.: Srovnání opakovaných vstupů mezi muži a ženami.....	53
Tabulka 16.: Celkové náklady pojišťoven na dg. F10).....	57
Graf 1.: Počet pacientů v letech 2000-2011	40
Graf 2.: Počet pacientů do věku 25 let v období 2000- 2011	41
Graf 3.: Počet pacientů do věku 25 let v období 2000- 2011	41
Graf 4.: Počet pacientů do věku 25 let v období 2000-2011	43
Graf 5.: Srovnání počtu mužů a žen do věku 25ti let v jednotlivých letech.....	44
Graf 6.: Srovnání počtu mužů a žen ve věku do 25ti let věk.....	47
Graf 7.: Znázornění vzniku abúzu alkoholu dle pohlaví a pacientů do 25ti let v procentech.....	48
Graf 8.: Znázornění vzniku abúzu alkoholu dle pohlaví a všech pacientů	48
Graf 9.: Prvovstupy a opakované vstupy u žen v období 2000-2011	50
Graf 10.: Prvovstupy a opakované vstupy u žen v období 2000-2011	50
Graf 11.: Prvovstupy a opakované vstupy u mužů v období 2000-2011	50

Seznam příloh

1. Klasifikace užívání alkoholu – Mezinárodní klasifikace nemocí
2. Text pacienta, který absolvoval léčbu na oddělení 15
3. Prohlášení o mlčenlivosti
4. Souhlas zástupce PL v Kroměříži se zpracováváním osobních dat pacientů

PŘÍLOHY

1. KLASIFIKACE UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU

Mezinárodní klasifikace nemocí

MKN-10. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Český statistický úřad ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví oznamuje s účinností od 1. ledna 2009 aktualizaci Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Níže najdete odkazy na českou aktualizaci MKN, která obsahuje podrobný seznam nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decenální revize (MKN-10), 2. aktualizovaného vydání z roku 2004 se zapracováním následných aktualizací vydaných WHO a platných k 1. 1. 2009.

Označení diagnóz písmenem F značí poruchy duševní a poruchy chování a označení F10 poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu.

F10.0 Akutní intoxikace

Stav po aplikaci psychoaktivní látky vedoucí k poruchám úrovně vědomí, poznávání vnímání, emotivity nebo chování, nebo jiných psychofyziologických funkcí a reakcí. Poruchy jsou vyvolány přímým akutním farmakologickým působením a časem mizí, s úplným návratem, pokud nedojde k poškození tkání, nebo se neobjeví jiné komplikace. Za komplikace počítáme: trauma, vdechnutí zvratků, delirium, kóma, křeče, eventuálně další zdravotní obtíže. Původ komplikací je odvislý od substance a způsobu použití.

Akutní opilost (u alkoholismu)

„Špatné cesty“ (faux pas) (drogy)

Opilost NS

Patologická intoxikace

Stavy transu a posedlosti při intoxikaci psychoaktivní látkou

F10.1 Škodlivé použití

Příklad užití psychoaktivní látky vedoucí k poruše zdraví. Poškození může být somatické (hepatitida při injekčním podání), nebo psychická (epizody sekundární deprese až těžký alkoholismus)

Abúzus psychoaktivní látky

F10.2 Syndrom závislosti

Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládnání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritizace užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí.

Chronický alkoholismus

Dipsomanie

Toxikomanie

F10.3 Odvykací stav

Skupina příznaků různého seskupení a stupně závažnosti, vyskytující se při absolutním nebo relativním odvykání psychoaktivní látky po jejím dlouhotrvajícím užívání. Nástup a průběh odvykacího stavu jsou časově ohraničeny a mají vztah k typu psychoaktivní látky a dávce, která byla užita bezprostředně před zastavením nebo redukcí užívání. Odvykací stav může být komplikován křečemi.

F10.4 Odvykací stav s deliriem

Stav, definovaný charakteristikou. 3 na čtvrtém místě, je komplikován deliriem, jak je definováno v F05.—. Mohou se také objevit křeče. Pokud je podezření, že organické faktory hrají roli v etiologii, stav by měl být zařazen do F05.8.

Delirium tremens (vyvolané alkoholem)

F10.5 Psychotická porucha

Soubor psychotických fenoménů, které se objevují během použití psychoaktivních látek nebo po něm, které však nelze vysvětlit pouze akutní intoxikací a nejsou součástí odvykacího stavu. Porucha je charakterizována halucinacemi (typicky sluchovými, ale často ve více než jen v jedné sensorické modalitě), percepčními zkomoleními, bludy (často paranoidní nebo persekující povahy), psychomotorickými poruchami (vzrušením nebo

stuporem) a abnormálním afektem, který se může objevit v rozsahu od intenzivního strachu až k extázi. Vědomí je obvykle jasné, ale určitý stupeň jeho zastření může být přítomen, nikoliv však těžký stav zmatenosti.

Alkoholická:

- . halucinóza
- . žárlivost
- . paranoia
- . psychóza NS

F10.6 Amnestický syndrom

Syndrom sdružený s výrazným chronickým postižením paměti na nedávné i vzdálené skutečnosti. Bezprostřední vybavování je obvykle zachováno a čerstvá paměť je typicky více poškozena než paměť dávná. Narušení pocitu času a řazení událostí jsou obvykle zřejmé, jako je porušena schopnost učit se novému. Konfabulace může být vyjádřena, ale není vždy přítomna. Jiné kognitivní funkce mohou být relativně dobře zachovány a amnestické defekty jsou v nepoměru k ostatním poruchám.

Amnestická porucha, vyvolaná drogami anebo alkoholem, Korsakovova psychóza nebo syndrom, vyvolané alkoholem anebo jinou psychoaktivní substancí nebo neurčeného původu.

F10.7 Psychotická porucha reziduální a s pozdním nástupem

Porucha, u níž změny v poznávání, afektu, osobnosti nebo chování, vyvolané alkoholem nebo psychoaktivní substancí, přetrvávají za období, kdy přímý účinek ve vztahu k psychoaktivní látce může být předpokládán. Nástup poruchy by měl mít přímý vztah k užití psychoaktivní látky. Případy, kdy se úvodní nástup stavu objevuje později než epizoda (epizody) užití látky, by měl být kódován zde jen tehdy, je-li dosažitelný jasný a přesvědčivý doklad, že tento účinek můžeme přisoudit reziduálnímu účinku psychoaktivní látky. „Flashbacks“ mohou být částečně odlišeny od psychotického stavu svou epizodickou povahou, běžně velmi krátkého trvání a svým opakováním dřívějších zkušeností ve vztahu k alkoholu nebo jiné psychoaktivní látce.

Alkoholická demence NS

Chronický alkoholický mozkový syndrom

Demence a jiné lehčí formy přetrvávajícího poškození kognitivních funkcí

„Flashbacks”

Psychotická porucha s pozdním začátkem vyvolaná psychoaktivní látkou

Posthalucinogenní percepční porucha

Reziduální:

. afektivní porucha

. porucha osobnosti a chování

F10.8 Jiné duševní poruchy a poruchy chování

F10.9 Neurčené duševní poruchy a poruchy chování

2. TEXT PACIENTA, KTERÝ ABSOLVOVAL LÉČBU NA ODDĚLENÍ 15

Tento text je určen třem skupinám – léčeným alkoholikům, neléčeným alkoholikům a široké veřejnosti.

Léčba

Protialkoholní léčba má smysl pouze v tom případě, když si uvědomíš, že jsi závislý a léčíš se dobrovolně. Minimum lidí už s tímhle vědomím nastoupí na první léčbu, další ho na první léčbě získají, někteří k němu dojdou až při opakované léčbě po recidivách a poslední skupina si to bohužel nepřizná nikdy. Dobrovolně neznamená to, že mi manželka dala nůž na krk, takže jsem si řekl, že to ty tři měsíce vydržím. Dobrovolně znamená to, že už mne nebaví být závislý a chci se změnit. Pokud si toto člověk během léčby uvědomí, pak má šanci nejen se vrátit do plnohodnotného života, ale získá proti ostatním ještě výhody – lepší znalost sebe sama a mezilidských vztahů.

Jen minimum lidí si všechno uvědomí ještě před léčbou, velkým úspěchem je, když člověk k touze se změnit dospěje na své první léčbě. Pokud jsi už alespoň pochopil, že máš s alkoholem problémy a tvoji blízcí na tebe tlačí, abys s tím něco dělal, je dobrým základem do budoucna to vyzkoušet. Teď tomu asi noc nevěříš, ale jestli se cítíš unavený ze svých problémů v práci a ve vztazích, ruce tě po ránu neposlouchají, nemůžeš pořádně spát, nechutná ti jíst a už tě nebaví vymýšlet jak před ostatními zamaskovat každou sklenku, kterou vypiješ, tak si to budeš v léčbě užívat.

Nemysli na to, že budeš nějak omezovaný, že ti bude někdo něco vnucovat, že se nebudeš moci věnovat tomu, co tě baví. Pokud tomu dáš šanci, nebudeš se cítit omezený, budeš dychtivě brát sám a bude tě bavit to, co budeš mít k dispozici. Navíc se ocitneš v prostředí lidí, kde se budeš cítit příjemně a přirozeně a nebudeš se muset přetvařovat tak jako dosud. Když tomu dáš šanci, začneš se sám měnit a ostatní „přijde samo“.

Základní protialkoholní léčba na Patnáctce trvá tři měsíce, a pokud už se rozhodneš ji nastoupit, vyplatí se absolvovat ji celou nebo si třeba i nějaký týden navíc přidat. Pokud budeš chtít odejít dříve, neuděláš dobře a ublížíš sám sobě. Po šesti týdnech má člověk často pocit, že je ze všeho venku, je mu fyzicky skvěle, ale připravený ještě není. Až v těch týdnech, kdy se zdánlivě nic zásadně nemění, totiž uvnitř v mozku probíhá to nejdůležitější, člověk se ztotožňuje se změnami a připravuje na návrat do tvrdé reality.

Samotná léčba má mnoho součástí, kromě fyzické detoxikace jde o nastavení základní životosprávy pobytem na režimovém oddělení, psychoterapii, pracovní terapii, sport, relaxace a informační osvětu. Absolvovat tři měsíce na Patnáctce jako vzorný pacient není pro průměrně inteligentního člověka žádný problém, první měsíc na vojně je mnohem náročnější. Kromě toho, že den dostane jasnou strukturu a člověk je chráněn, se léčba na Patnáctce v podstatě nijak zásadně neliší od normálního života, i zde je to o vztazích, o práci, o soubojích, o odměnách a trestech. Je to vlastně taková příprava na nový život, počítačová hra, ve které má člověk čtyři životy.

Režim

Hlavním pilířem protialkoholní léčby je režim. Za provinění proti režimu se neudělují tělesné tresty ale minusové body, zákazy vycházek a dovolenek. Proti běžnému životu a systému hodina sem hodina tam je to trochu změna, ale ve chvíli, kdy z člověka spadnou veškeré starosti, které jej trápily venku, si na jasný řád rychle zvykne. Podnikavý člověk si samozřejmě najde skuliny, nikde nejsou kamery a každému za zády nemůže stát dozorce, je věcí každého, jestli bude poctivý sám k sobě.

Kromě samozřejmého zákazu alkoholu v jakékoliv formě, je vyžadováno přesné dodržování času jednotlivých činností, řádné plnění svěřených povinností a respektování zákazu kouření a pití kávy mimo vyhrazenou dobu a místo. Porušení režimu je trestáno udělením minusového bodu, který navíc znamená zákaz vycházení na 24 hodin a zrušení následující dovolenky. Čtvrtý minusový bod má za následek disciplinární propuštění z léčebny. Na dodržování režimu dohlíží samospráva pacientů, tresty udělují zdravotní sestry a psycholog.

Program všedního dne na oddělení 15 PL Kroměříž:

06:00 – 06:30 Budíček a osobní hygiena

06:30 – 06:45 Rozsvička

06:45 – 07:30 Stlaní postelí a úklid rajonů

07:30 – 08:00 Snídaně a výdej léků

08:00 – 08:30 Bodování

08:30 – 09:30 Ranní komunita

09:30 – 11:40 Pracovní terapie
12:00 – 12:30 Oběd a výdej léků
13:00 – 14:00 Relaxace
14:00 – 15:00 Psychoterapie
15:00 – 16:00 Osobní volno
16:00 – 17:00 Vycházka
17:00 – 18:00 Sportovní aktivity
18:00 – 18:30 Večeře
18:30 – 19:10 Osobní hygiena
19:10 – 19:30 Úklid rajonů
19:30 – 20:00 Televizní noviny
20:00 – 21:30 Televize, volno
21:30 – 22:00 Osobní hygiena
22:00 Večerka

Víkendy jsou mnohem volnější, budíček je v 7:30, večerka až ve 23:00. Mimo areál léčebny se pacient dostane ve středu po dvou týdnech pobytu, první dovolenku získá po splnění všech podmínek přibližně po pěti týdnech léčby. Dovolanky je možno čerpat každý druhý víkend, dvakrát za léčbu může pacient využít tzv. existenční volno, což je jednodenní propustka pro zařízení úředních a pracovních záležitostí. Při aktivním přístupu lze navíc získat mimořádná volna.

Terapie

Psychoterapie je společně s režimem alfou a omegou léčby závislosti. Hlavní psychoterapie probíhá pod vedením psychologky ve skupině čítající cca patnácti lidí dvakrát týdně. Obsah těchto psychoterapeutických skupin je těžké jakkoliv přiblížit, každá je totiž jiná. Někdy je celá skupina zaměřená na jednoho pacienta, jehož problém se do hloubky rozebírá, jindy se řeší problémy společné a ke slovu se dostane každý. Někdy jsou tématem různé psychologické hříčky, simulace reálných vztahů členy komunity, atd. Účelem psychoterapeutické skupiny je otevřeně popsat problémy a za účasti ostatních pacientů je řešit. Kromě klasické

psychoterapie přibližně dvakrát týdně probíhá životopisná skupina. Také ta čítá cca patnáct lidí a jejím účelem je rozpitvat jednoho pacienta až do morku kostí. Skupinu vede zdravotní sestra a je zahájena přečtením životopisu pacienta. Nejedná se o životopis, jaký se předkládá při hledání práce, ale o jakési slohové cvičení na téma "Můj život s alkoholem". Životopisná skupina je pravděpodobně nejtěžší zkouškou každého pacienta, probíhá přibližně po měsíci od nástupu léčby a je pro pacienta obrovským přínosem. Člověk se úplně odhalí a pak téměř hodinu čelí reakcím ostatních pacientů. Dobrá životopisná skupina Tě dokáže neuvěřitelně vyčerpat na několik dní, ale taky Tě obohatí o nové myšlenky, pocity a přinese obrovskou úlevu.

V plném počtu 40 až 50 lidí probíhají další formy terapie. Páteční Volná tribuna slouží k tomu, aby se každý vyjádřil k tomu, co pro něj znamenal uplynulý týden, jakých pokroků dosáhl a jaké problémy ho potkaly. Pondělní Osvěta je přesně o tom, co napovídá název. Řeší se alkoholické desatero, možnosti, jak zvládat bažení, jak se bránit recidivám, atd. Specifickou formou terapie jsou ranní komunity. Také ty probíhají v plném počtu pod vedením psycholožky a kromě denního programu se řeší poklesky a úspěchy pacientů. Komunita trvá 30 až 90 minut.

Každý pacient je navíc zařazen v malé psychoterapeutické skupince čítající 4 až 6 lidí. Tyto skupinky probíhají jednou týdně pod vedením zdravotní sestry. Formou psychoterapie je také středeční velká vizita pod vedením primáře a každý pacient má možnost využít i individuální sezení s psycholožkou, pokud má problém, o kterém je mu zatěžko mluvit před ostatními pacienty.

Doléčování

Pokud očekáváš, že úspěšné zvládnutí tříměsíční protialkoholní léčby znamená, že máš definitivně vyhráno, budeš asi zklamán. Většina z nás okusila hořkost recidivy, a ačkoliv jde o cennou zkušenost, každá recidiva přináší spoustu bolesti nejen Tobě, ale i Tvým blízkým. Nejlepší prevencí návratu k alkoholu přitom je doléčování tedy trvalý kontakt s léčebnou. Oddělení 15 v tomto směru nabízí celou řadu možností, dlouhou tradici mají tzv. A kluby, na kterých se každý poslední čtvrtek v měsíci setkávají bývalí pacienti se současnými a v družné zábavě si navzájem předávají zážitky a zkušenosti.

Novinkou posledních let jsou rekondiční pobyty. Po uplynutí tří měsíců od úspěšného ukončení léčby, máš možnost (v případě, že se Ti daří abstinovat) nastoupit na dvoutýdenní rekondiční pobyt, na kterém si oživiš důležité vědomosti a odpočineš od shonu každodenního života. Z vlastní zkušenosti víme, že rekondiční pobyt je pro každého velmi příjemný, člověk na vlastní kůži pocítuje odměnu za svůj pokrok, vrací se na místo činu v nové roli, personál je vlídnější a nováčci Tě obdivují za to, čeho jsi dosáhl, a Ty máš dobrý pocit, že můžeš předat zkušenosti dále. Ani poctivé doléčování neznamená jistotu úspěchu, protože nikdo z nás neví, jaké zkoušky nám život připraví a zda budeme dost silní, abychom se s nimi poprali. Úspěšná léčba, trvalý kontakt s léčebnou a z něho vyplývající pokora ovšem znamená šanci. Možnost vést plnohodnotný život, který nebude ve znamení toho, co kvůli své závislosti ztrácím, ale co díky poznání sebe sama získávám.

Když budeš hledat pomoc, budiž Ti naše zkušenosti k dispozici. Budeme rádi, když díky úsilí, které jsme věnovali tomuto textu, užiješ světélko na konci tunelu.

(Psychiatrická léčebna v Kroměříži, *Text pacienta, který absolvoval léčbu na oddělení 15*

Pomocvzavislosti.cz [online]. © 2011 [cit. 2013-03-27], dostupné z :

<http://www.pomocvzavislosti.cz/cs/akt/text-pacienta--ktery-absolvoval-lecibu-na-oddeleni-15>)

Příloha 3: PROHLÁŠENÍ O MLČENLIVOSTI

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ O MLČENLIVOSTI

Já níže podepsaná/ý Martin Dvořák trvale bytem Popovice 104, datum narození 3.2.1979, číslo OP 251019717....., student 3. ročníku UTB ve Zlíně, obor studia Sociální pedagogika tímto

prohlašuji,

že v souladu s ustanoveními zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a § 55 odst. 2 písm. d) zákona č. 20/1966 Sb., o zdraví lidu se zavazuji odborně nakládat se všemi citlivými údaji, nepředávat tyto citlivé údaje třetím osobám a zachovávat během zpracování své bakalářské práce zcela a bezvýhradně mlčenlivost, a to i po jejím skončení. Toto prohlášení se týká zejména všech skutečností, o nichž se dozvím.

v Kroměříži dne 3.12.2012

Martin Dvořák


student

Příloha 4: SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ

SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH A CITLIVÝCH ÚDAJŮ

Já, níže podepsaný, vyjadřuji výslovný souhlas s tím, aby Martin Dvořák /1979/ shromáždil a zpracovával údaje/ pohlaví, rok, narození, datum léčby/ týkající se osob, které prošly protialkoholní léčebnou v KM, a to pro účely zpracování bakalářské práce po dobu nezbytnou ke zpracování této práce, nejvýše však do 30. června 2013.

**PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA
V KROMĚŘÍŽI**
prim. MUDr. Bořek ŠPAČEK
náměstek ředitele pro LPP


jméno, funkce, razítko

