

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ**  
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

**Institut mezioborových studií Brno**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**BRNO 2008**

**Igor Bychler**

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ**  
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

**Institut mezioborových studií Brno**

**Alkoholismus střední generace**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Vedoucí bakalářské práce:**  
**Mgr. Iva Slabá**

**Vypracoval:**  
**Igor Bychler**

**Brno 2008**

## **Prohlášení**

Prohlašuji tímto, že jsem bakalářskou práci na téma "Alkoholismus střední generace" vypracoval samostatně s použitím uvedených informačních zdrojů.

.....  
Igor Bychler

## **Poděkování**

Rád bych vyjádřil poděkování vedoucí bakalářské práce paní Mgr. Ivě Slabé za velmi cenné rady, připomínky a užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytla při vypracování této bakalářské práce.

Moje poděkování patří lékařům MUDr. Ronaldu Markovi, prim. MUDr. Pokorovi, prim. MUDr. Juraji Tkáčovi a prim. MUDr. Ivanu Weinbergerovi za jejich laskavou a účinnou pomoc a spolupráci, bez níž bych praktickou část této práce nemohl uskutečnit.

## **OBSAH:**

<b>ÚVOD</b>	<b>3</b>
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST</b>	<b>5</b>
<b>1. Alkohol</b>	<b>6</b>
1.1 Role alkoholu v historii lidské společnosti	6
1.2 Sankce za abúzus alkoholu v dějinách	7
1.3 Historie alkoholu u nás	9
<b>2. Závislost</b>	<b>10</b>
<b>2.1 Teorie vzniku závislosti</b>	<b>10</b>
2.1.1 Biologické teorie	10
2.1.2 Sociologické teorie	11
2.1.3 Psychologické teorie	13
2.1.4 Shrnutí	14
<b>2.2 Co je to závislost, stádia typy</b>	<b>15</b>
2.2.1 Definice závislosti (na alkoholu)	15
2.2.2 Vývoj závislosti na alkoholu	16
<b>2.3 Typy alkoholismu</b>	<b>18</b>
<b>2.4 Rozdíl v alkoholismu mužů a žen</b>	<b>19</b>
2.4.1 Historická souvislost	19
2.4.2 Statistické ukazatele	19
2.4.3 Vztah tělesné dispozice ženy a alkoholu	19
2.4.4 Požívání alkoholu během těhotenství	20
2.4.5 Žena alkoholička, rozdíly oproti muži alkoholikovi	20
2.4.6 Nevýhody a výhody žen oproti mužům při překonávání návyku	21
<b>3. Rozdíly v léčbě alkoholismu před rokem 1989 a dnes</b>	<b>22</b>
<b>3.1 Ambulantní léčba před rokem 1989</b>	<b>22</b>
3.1.1 Záchytné stanice (ZS) před rokem 1989	23
<b>3.2 Ambulantní léčba dnes</b>	<b>23</b>
3.1.2 Záchytné stanice (ZS) dnes	24
<b>3.3 Ústavní léčba před rokem 1989</b>	<b>25</b>
<b>3.4 Ústavní léčba dnes</b>	<b>26</b>
<b>3.5 Doléčování, následná péče před rokem 1989</b>	<b>26</b>
<b>3.6 Následná péče dnes</b>	<b>27</b>
<b>3.7 Souhrn, poznatky z praxe</b>	<b>27</b>

<b>4. Statistické údaje</b>	<b>30</b>
4.1 Vývoj spotřeby alkoholu u nás	30
4.2 Spotřeba alkoholu ve srovnání s Evropou	30
4.3 Nejnovější statistická data	31
4.4 Možnosti řešení problému alkoholismu	33
4.5 Shrnutí	34
<b>I I. PRAKTICKÁ ČÁST</b>	<b>35</b>
<b>5. Realizace výzkumu</b>	<b>36</b>
5.1 Cíl výzkumu, hypotézy	36
5.1.1 Plán výzkumu	37
5.1.2 Použité metody	37
5.1.3 Struktura dotazníku, typy otázek	38
5.1.4 Způsob zadávání dotazníků	38
5.1.5 Způsob zpracování dat	38
5.1.6 Popis výsledků	39
5.2 Dotazník pro pacienty léčící se ze závislosti na alkoholu	39
5.3 Interpretace výsledků speciálního dotazníku	45
5.4 Obecný dotazník ke zjištění vztahu běžné populace k požívání alkoholu	46
5.5 Interpretace výsledků obecného dotazníku	55
<b>Závěr</b>	<b>56</b>
<b>Resumé</b>	<b>59</b>
<b>Anotace</b>	<b>60</b>
<b>Literatura a prameny</b>	<b>61</b>
<b>Seznam příloh</b>	<b>63</b>

## ÚVOD

Lidská společnost a její rozvoj, zejména v posledních stoletích a desetiletích, odhlédneme-li od nezpochybnitelného pokroku v oblasti vědy a techniky, je na druhé straně (společenské) vroubena kromě všeobecně známých skutečností, týkajících se násilí, mocenských bojů a válek, také (ne)méně známými skutečnostmi o (zne)užívání omamných látek, na prvním místě alkoholu. Do jaké míry spolu tyto dvě věci souvisí (tedy násilí, až po to válečné, a zneužívání alkoholu) už dnes můžeme jen vzdáleně dovozovat z dochovaných dobových zdrojů, které jsou v tomto ohledu na informace (snad i pochopitelně) skoupé.

Jakkoli je dnes alkohol vnímán ve společnosti jako legální, tedy státem povolená omamná látka, to jest droga, nemění to nic na jejím účinku, který alkohol na člověka má. A protože je ve společnosti tolerance k užívání této látky skutečně vysoká, kdy je alkohol brán jako běžná součást života, tak nezřídka končí běžný konzum alkoholu jeho zneužíváním, postupně nadužíváním až závislostí.

Ve své práci jsem se zaměřil zejména na společenský aspekt nadužívání alkoholu, protože se domnívám, že abúzus alkoholu, (v naší společnosti stále spíše nazývaný alkoholismem), je pohříchu daleko více společenským problémem, než si jsme ochotni připustit.

Položil jsem si několik podotázek na jednu základní otázku: **Odkud se bere tak velká spotřeba alkoholu v naší společnosti?**

Odpovědi na ně bych chtěl formulovat i za pomoci výsledků dotazníkového šetření v praktické části práce. Jedná se o tyto otázky:

*Je to špatnou výchovou v rodinách, neznalostí a podceňováním účinků alkoholu, v narušených vztazích v rodině?*

*Je to vysokou tolerancí společnosti k požívání alkoholu?*

*Je to tím, že lidé mají stále více volného času?*

*Časovou zkušeností s požíváním alkoholu, nedodržováním hranice 18- ti let?*

*Může to souviset s rezignací na volnočasové aktivity, jako je například sport, kultura?*

*Nedostatečnou prevencí - neznalostí škodlivosti a rizik?*

*Je to společenskou konvencí, kdy si posezení s přáteli či rodinou neumíme bez alkoholu představit?*

*Může to být vlivem reklamy na alkoholické nápoje v médiích?*

*Nedostatečnou psychohygienou pracovníků exponovaných profesí?*

Podle mého názoru je na tomto "poli neoraném" možnost, řekl bych snad i povinnost, působení sociální pedagogiky, sociálních pedagogů. Jestliže si sociální pedagogika jako svůj primární úkol klade společenskou prevencí (prosociální výchovou a vzděláváním), potom není asi více tak zanedbaných oblastí, jakou je prevence proti jakémukoli požívání alkoholu u dětí a mládeže mladší 18 let. A jak to souvisí s alkoholismem střední generace? Hodně, i když to tak na první pohled možná nevypadá. Podle názorů odborníků, kteří se problematikou léčby závislých na alkoholu u nás zabývají řadu let, se k nim do psychiatrických léčeb a ambulantních ordinací (dříve AT ordinace), dostávají pacienti s diagnózou závislosti na alkoholu průměrně po deseti až patnácti letech abúzu alkoholu. Tedy nejčastěji kolem třicátého, ale i čtyřicátého roku věku, přitom u žen je tato hranice o něco posunuta. Výše uvedeným chci jen poukázat na skutečnost, že právě alkoholismus střední generace je onou pověstnou

viditelnou špičkou ledovce problematiky zneužívání až nadužívání alkoholu u nás, bohužel často už od dětských let.

V teoretické části práce jsem provedl shrnutí dosavadních poznatků o alkoholu a jeho vlivu na člověka a o relevantních souvislostech, jak je uvádějí různí odborníci od nás i ze zahraničí. Na základě analýzy rozličných teorií vzniku a vývoje závislosti jsem se snažil odpovědět na základní otázku: **Je vůbec alkoholismus nemoc?** (Nebo porucha chování?) A pokud ano, je to nemoc jednotlivce, nebo je nemocná společnost a alkoholismus je jen jedním z jejich viditelných syndromů?

V praktické části jsem provedl, za neocenitelné pomoci lékařů, dotazníkové šetření v PL v Brně a Jihlavě, Městské psychiatrické protialkoholní a protidrogové ordinaci (dříve AT ordinace) a Denním psychoterapeutickým sanatoriu Elysium v Brně. Zde jsem použil pro pacienty, kteří se léčí ze závislosti na alkoholu, dotazník, který obsahoval devět otázek. Pět otázek bylo s mnohonásobnou volbou odpovědi, jedna otázka škálová a tři otázky s uzavřenými odpověďmi. Dále jsem použil pro náhodně vybrané osoby obecný dotazník týkající se postojů k užívání alkoholu, který obsahoval 19 otázek, kdy devět otázek bylo s mnohonásobnou volbou odpovědi, pět otázek škálových a pět otázek uzavřených. Tyto dotazníky by mně měly pomoci zodpovědět základní otázky uvedené na začátku, které považuji za stěžejní v celé své práci. .

Vyhodnocením dotazníků jsem získal soubor empirických dat, jejichž výsledek je uveden ve výkladové části. Ke každé otázce je vyhotovena tabulka s procentuelním rozložením odpovědí, případně s grafickým vyobrazením, které je součástí přílohy.

Na základě takto zpracovaných výsledků dotazníkového šetření jsem se pokusil odpovědět na otázky položené v úvodu a formulovat tak relevantní závěry.

Cílem této práce je snaha o zjištění příčin neudržitelného stavu vysoké spotřeby alkoholu a s tím souvisejícího alkoholismu, v naší společnosti. A to na základě analýzy získaných poznatků z různých odborných zdrojů v teoretické části a analýzy empirických dat získaných v dotazníkovém šetření v části praktické.



# **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1. Alkohol

Alkohol je čirá bezbarvá látka, jejíž chemické označení je  $C_2H_5OH$ , tedy etanol. Jedná se o jednoduchou a malou molekulu, která se snadno rozpouští ve vodě. Je to přírodní látka, která vzniká kvašením cukrů za účasti souboru fermentů.

## 1.1 Role alkoholu v historii lidské společnosti

S určitou nadsázkou lze říci, že pití alkoholu je stejně staré jako lidstvo samo. Jak už bylo řečeno, alkohol je přírodní látka, která vzniká kvašením cukrů. Kvasinky, které umožňují vznik etanolu jsou alkoholem při koncentraci vyšší jak 16 procent, zabíjeny. To znamená, že naši předkové ve starověku mohli znát pouze přírodní alkoholické nápoje právě do této koncentrace. Nejstaršími zdroji alkoholu pravděpodobně byly med, datle nebo míza. Technologie výroby vín byla jednoduchá - prosté zkvašení.

"Alkohol a jeho účinky poznali lidé již ve starověku. Ve formě vína je znám lidstvu více než osm tisíc let. Je o něm zmínka již v eposu o Gilgamešovi, který pohází z 3. - 4. tisíciletí před naším letopočtem. Také na hliněné tabulce pocházející z roku 2200 před n. l. je uveden předpis lékaře na přípravu medicijního vína. O blahodárných účincích alkoholu najdeme svědectví v pracech antického lékaře Hippokrata (460-370 před n. l.) a filozofa a lékaře Ibn Síny (Avicenny) (980-1037)... " (Šedivý V., Válková H, 1988:22)

K čemu tedy alkohol původně lidem sloužil? Z počátku zřejmě člověk zjistil na základě zkušenosti, že nápoje které přešly kvašením lze uchovávat mnohem delší dobu aniž by se staly nepoživatelnými. Přitom jistě nemohla člověku uniknout skutečnost, že takovéto nápoje mají povzbudivý až povznášející účinek. Jejich úloha v minulosti byla mimořádná. V dobách, kdy začala vznikat města, byl každý zdroj vody nevyhnutelně brzy kontaminován odpadem. Mnoho lidí tak umíralo v důsledku neznalosti smrtelného nebezpečí požívání takto znečištěné vody na nejrůznější infekce, včetně cholery, tyfu a dalších. „Bezpečným pitím“ byly nápoje obsahující alkohol.

Později alkohol, převážně ve formě vína, jako součást lodních zásob "pitné vody", umožnil i zámořské plavby, včetně objevení Ameriky. To znamená, že alkohol přinášel lidstvu původně daleko více užitku, nežli škod.

Jak se pravděpodobně vyvíjel vztah člověka k alkoholu v dobách, kdy lidstvo skončilo s kočovným způsobem života, vystihují následující slova:

"Alkoholické nápoje se nepožívaly běžně, ale jen ve vyhrazených situacích a dobách, spojených s *rituálními obřady*. Ty se pravděpodobně se stále větším prosazováním usedlého (zemědělského) způsobu života vztahovaly především k setbě, sběru úrody dešťům aj., což znamenalo poměrnou stabilizaci během roku." (Řehan V. 1994:14)

*Podíváme-li se na současnou společnost, musíme konstatovat, že tato rituálnost v užívání alkoholu je zachována dodnes. Alkoholické nápoje se užívají při všech rodinných příležitostech jako jsou narození dítěte, úmrtí v rodině, svatby, oslavy výročí a podobně.*

Díky postupnému zakotvení člověka na jednom místě, obděláváním půdy, postupným rozvoji zemědělství, dochází k přebytku v produkci plodin a s tím spojenou

výrobu potravin. Skončila doba, kdy člověk vyprodukoval zemědělské produkty stěží jen pro vlastní spotřebu. To vedlo postupně k tomu, že se také alkoholické nápoje stávaly součástí běžného života i součástí běžné stravy.

Ale vraťme se ještě na skok zpět do starověku, odkud máme první dochované písemné zmínky, nebo indicie v podobě archeologických nálezů.

"Bible popisuje seslání potopy, kterou vyvolený Noe přežil v Arše. Když vody opadly, mezi prvními skutky, které Noe vykonal, bylo vysazení vinice, sklizeň hroznů a výroba vína. Noe ho poté vypil tolik, se v důsledku nemírného požití opil a zůstal ve své chýši ležet nahý. Tak ho tam našel jeho syn Chám ... Příčinou Božího zklamání a hněvu, projeveného sesláním potopy, bylo vedle dalších nepravostí modloslužebnictví, které si jen s obtíží lze představit bez konzumace opojných prostředků. Z archeologických nálezů vyplývá, že první stopy přípravy a zpracování vína jsou datovány do mezolitu (asi 10.000 let před n.l.), za kolébku je považována oblast Kaspického moře, což konvenuje s místy přistání Noemovy Archy (Ararat)" (Řehan V. 1994:15).

V této souvislosti snad stojí za poznámku, že biblická Archa se, alespoň podle některých vědců, skutečně nalézá v horách oblasti Araratu na území východního Turecka, kde letecké snímky této oblasti, (pořízené už koncem padesátých let) z velké výšky, odhalily v horách oblasti Araratu strukturu podobnou lodi. Teprve zemětřesení v roce 1958 a 1977 způsobilo částečné odkrytí zbytků zkamenělé archy.  
(<http://www.biblickearcheologickenoviny.cz/index.html>)

Tím se nechci pouštět do obhajoby biblických příběhů, jen chci poukázat na to, že archeologické nálezy z této oblasti, týkající se mimo jiné i výroby prvních alkoholických nápojů - vína, mohou mít širší historický kontext (legendy a báje často obsahují pravdivý základ, převyprávěný do srozumitelné řeči té doby). Každopádně faktem je, že víno znali i starověcí Řekové, Římané, Egypťané (i pivo), Indové. A to jsou kultury, které se zapsaly do světových dějin nesmazatelným písmem a světu daly takový pokrok (nejen) v myšlení, že mnohé filosofické myšlenky, ale i například právní zásady, jsou platné dodnes. Na tomto místě se vtírá otázka, o kolik by tyto kultury mohly přinést světu více, kdyby nebylo zneužívání alkoholu? Dějiny antického Řecka (v době, kdy se stalo po vnitřním rozkolu součástí římské říše) a Říma (v období principátu a zejména pak v období dominátu) jsou přímo prosáklé abúzem alkoholu v širokých vrstvách společnosti.

## 1.2 Sankce za abúzus alkoholu v dějinách

Lidé si byli pravděpodobně už ve starověku dobře vědomi toho, jak zrádný může alkohol být. O tom svědčí už zmínka ve známém Chamurabbiho zákoníku (1700 před n. l.), kdy jsou uváděny i tresty šidivým šenkýřkám a hospodským: vhození provinilce do vody. Trest to byl přísný, vzhledem k tomu, že v Mezopotámii zdaleka ne každý uměl plavat. Chamurabbiho zákoník obsahuje i pasáže o trestu smrti pro výčepního za to, když neudrží ve svém výčepu pořádek a dopustí, aby se hosté opili. To skutečně svědčí o tom, jaké ohrožení viděla už tehdejší společnost v abúzu alkoholu. Podobné přísné normy nacházíme i u dalších vyspělých kultur starověku. Ve starém Římě nesměli pít víno muži mladší třiceti let a ženy vůbec, za doby republiky v 5. století před

n. l. byl sepsán a platil zákon 12 desek, kde jsou přísné tresty za opilost. Každý (svobodný) Říman, který přistihnul svou ženu opilou ji měl právo zabít. Také ve starověké Indii byly za abúzus alkoholu stanoveny přísné sankce. Chronologicky seřazeno:

- 1220 př. n. l. – Čína – smrt každému, kdo je přistižen opilý
- Athény – za opilost smrt.
- Opilý otrok byl trestán 80 ranami holí, opilý svobodný člověk 40 ranami. Byli i záměrně opijeni otroci a ti byli ukazováni mládeži jako odstrašující příklady - Sparta
- kol. 5 stol př. n. l. - Každý Říman měl právo zabít svou ženu, pokud ji přistihl opilou.
- 5. a 6. století – Konfucius a Budha: zakázali pití alkoholických nápojů.
- Indie (nedatováno) – při přistižení v ebrietě byli opilci nuceni pít vařící víno, vodu, kraví moč nebo vřelé mléko až k smrti
- Indické ženě, která byla přistižena v opilosti žhavým železem vypálili do kůže čela podoba nádoby, z níž alkohol pila. Pak byla vyhnána.
- polovina 7. století n. l. - Mohamed zakázal pít alkohol.
- Papežové se snažili zabránit pití alkoholu tím, že dali příkaz k vylití sudů s alkoholem do řek.
- 8. století n. l. Karel Veliký – opilci trestáni, pokud pili dál, byli popraveni.  
([http://alkoholismus.zbynekmlcoch.cz/historie\\_alkoholismu.htm](http://alkoholismus.zbynekmlcoch.cz/historie_alkoholismu.htm))

Z výše uvedeného je tedy patrné, že už starověké vyspělé společnosti se snažily vymezit hranici mezi ještě přijatelnou mírou úzu alkoholu a jeho naprosto nepřijatelným abúzem.

Zůstává však smutným faktem, že k odstranění zneužívání alkoholu přísnými pravidly a zákazy se lidská společnost v průběhu staletí nedopracovala.

Čistý alkohol (destilát-IB) byl poprvé získán až v 11. století n. l. na jihu Itálie. Dostal název "al kuhul, což je arabský výraz pro "něco lepšího"."  
(Šedivý V., Válková, H. 1988:22)

Autoři zde míní pravděpodobně počátky první destilace v Evropě, protože historikové, ale i další odborníci např. z oblasti medicíny, se shodují v tom, že zlomem v celkově pozitivní historii alkoholu se stal objev destilace, který kolem r. 600 n.l. učinili arabští alchimisté (al kohl - podstata jakékoli látky). O jeho přenos do Evropy kolem r. 1100 n.l. se zřejmě nejvíce zasloužila lékařská škola v italském Salermu. Což jen potvrzuje historicky doloženou skutečnost, že alkohol byl lidskou společností vnímán původně více jako lék a používal se hlavně v medicíně.

Ano, objev destilace byl průlomový moment v historii lidstva, tedy co se alkoholu týče. Protože do té doby bylo procentní množství etanolu v nápojích vyráběných

přírodní cestou do čtrnácti až šestnácti procent. Nápoje připravované kvašením mají přirozený limit obsahu alkoholu – 16%, protože vyšší koncentrace je pro kvasinky smrtící. Destilací byla tato hranice zlomena, protože touto cestou lze získat alkoholický nápoj až o 95% koncentraci čistého etanolu. Alkoholické nápoje vyráběné člověkem uměle, tedy destilací, se staly vysoce koncentrovanými a o to nebezpečnějšími.

Lze říci, že k nadužívání i zneužívání alkoholu začalo docházet v dějinách lidstva v masovém měřítku a v některých případech na úrovni přímo státní. Jako výrazný příklad cíleného zneužívání alkoholických nápojů může posloužit násilná kolonizace amerického kontinentu, zejména pak severní Ameriky, kdy alkohol, v tomto případě reprezentovaný destiláty, byl zneužit k podrobení domorodého obyvatelstva - Indiánů. Podávání "ohnivé vody" měl na populaci indiánů rychlý a devastující účinek, protože domorodé obyvatelstvo nemělo žádné zkušenosti s výrobou a požíváním alkoholu. Velmi vysoké procento abúzu alkoholu je jasně patrné i v současných indiánských rezervacích na území USA.

Kolonizace jižní Ameriky proběhla o nějaké to století dříve a neměla na tamní domorodé obyvatelstvo takový degradující účinek. Pravděpodobně jednak proto, že jihoameričtí Indiáni alkohol znali, vařili po staletí kaktusové "pivo", a jednak španělští a portugalské kolonisté přivezli do jižní Ameriky hlavně réвовé víno, které nejčastěji sami konzumovali. (Jako zdroj nezávadné pitné vody)

### 1.3 Historie alkoholu u nás

Na našem území jsou zmínky o alkoholu z doby, kdy se na území dnešní české republiky usadily slovanské kmeny. Z dob již stabilizovaného osídlení je jako oblíbený alkoholický nápoj známa medovina, tedy zkvašený med smíchaný s vodou. Později se velmi oblíbeným nápojem stalo pivo z obilného sladu nebo žaludů. S poměrně brzkým nástupem křesťanství na našem území byly pohanské rituály tryzen a hodokvasů k uctění nejrůznějších bůžků a další kultovní praktiky spojené s požíváním alkoholických nápojů, vystřídány novou koncepcí křesťanské morálky. Ta se na jedné straně navenek projevovala jasnými a přísnými morálními pravidly - viz desatero, na straně druhé se tato pravidla ve skutečném - světském životě, nedodržovala.

Krvavé dějiny prvních Přemyslovců až příliš často odrážely porušování všeho - kolik hostin spojených s bezuzdným pitím alkoholických nápojů bylo přímo zinscenováno jako prostředek oslabení protivníka, který byl pak nemilosrdně pobit, oslepen, kastrován. Ambivalentnost morálních norem ve vztahu k abúzu alkoholu, tedy rozporuplnost mezi oficiálně uznávanou duchovností a askézí a reálnou tělesností a nestřídmostí, pokračovala po celý středověk. (Řehan V. 1994:18)

Vystoupení mistra Jana Husa proti církevním odpustkům a církvi hláсанému kázání vody, zatímco sama pila víno, jsou u nás každému všeobecně známa od školních let.

V této souvislosti se nabízí "kacířská myšlenka", zda už odtud nepramení ony typické rysy národní povahy - přetvářka (jinak se chovat na veřejnosti a jinak v soukromí, když není člověk pod společenskou kontrolou) a zásadní neochota uznávání autorit (co po nás můžou chtít ti "nahore", kteří by nám měli být vzory a jít příkladem, když se v soukromí, nebo aspoň mimo záběry kamer, chovají často hůř než pověstný dlaždič), potažmo zákonů a pravidel. Podle mého názoru tato ambivalentnost mezi tím, co se dělat má, smí, nebo musí (tedy dodržování zákonů, pravidel a morálních norem) a tím jak se tyto idey naplňují v reálném životě, nebyla v naší společnosti odstraněna dodnes. Ale to by bylo téma na jinou debatu.

## 2. Závislost

Je to každé nutkavé (craving-bažení) získávání a užívání předmětu zájmu (alkoholu, drog, výherní automaty) a to i přes uvědomované záporné zdravotní a společenské důsledky. Nejdůležitějším kritériem závislosti je neschopnost kontrolovat své chování.

### 2.1 Teorie vzniku závislosti

Během dvacátého století a především posledních desetiletích učinila věda důležitá poznání ve všech oborech lidské činnosti. Na základě nových a nových poznatků vznikaly teorie příčin vzniku závislosti, které lze v základě rozdělit do několika málo přístupů, s o to bohatšími varietami. Ty nejzákladnější uvádím v následující kapitole.

#### 2.1.1 Biologické teorie

Její nosnou ideou je hledání biologicky podmíněných dispozic organismu, které jsou příčinou zvýšeného ohrožení alkoholovou závislostí

Genetické teorie předpokládají, že se člověk rodí s určitými odchylkami vztahu k návykovým látkám, se změněným biologickým vybavením pro metabolizaci (přeměnu, odbourání) alkoholu. Na podporu této teorie slouží výzkumy typu sledování jednovaječných dvojčat, pokusy na zvířatech apod.

"Feuerlein uvádí práci švédského autora Kaije, který zjistil, že 54% sourozenců jednovaječných dvojčatjevilo známky závislosti na alkoholu, zatímco u dvouvaječných dvojčat tato shoda byla jen u 31%. ...dánsko-americká studie prokázala, že děti odloučené v dětství od svých biologických rodičů byly více postiženy v případech, kdy rodiče byli závislí na alkoholu. V dospělosti mezi nimi bylo signifikantně více těžkých alkoholiků, byly víckrát psychiatricky léčeny a byl u nich třikrát vyšší počet rozvodů."(Skála J. 1987:40)

Autoři publikace "Když mozek pracuje jinak" na podporu této teorie uvádějí výsledky posledních výzkumů, ze kterých vyplývá, že u dětí alkoholiků, které byly adoptovány náhradními rodiči bez potíží s abúzem alkoholu, existuje trojnásobně až čtyřnásobně vyšší pravděpodobnost vzniku alkoholismu. (Bragdon A. D., Gamon, D. 2006:24,25)

Dopamin endorfinová teorie vznikla na základě výzkumů, při kterých došlo k objevu opiátových receptorů v mozku. Ty reagují na endogenní, *vnitřní opiáty (endorfiny)*, které mají v organismu na starosti funkci uvolnění napětí při prožitém stresu, či fyzické námaze. Endorfiny mají modulační funkce centrální (spánek, nálada, analgezie) a periferní (endokrinní regulace). Působí jako neurotransmitery, což je nízkomolekulární chemická látka, která přirozeným způsobem vzniká v nervové soustavě živočichů a slouží v ní k přenášení vzruchů. Buňky nervové soustavy, neurony, jsou vybaveny speciálními receptory, citlivými na výskyt specifického neurotransmiteru. V okruhu

mozku touha-činnost-odměna, funguje jako odměna, stejně jako další neurotransmitér dopamin.

Během vývoje nabyt mozek schopností poskytovat odměnu a motivovat tak tělo k investicím energie do takových činností, které uspokojí základní potřeby nutné k přežití. Např. pocítíme-li hlad, vydáme se mimo dům, opatříme si potravu a tu pak sníme. Tento systém působí při uspokojování všech těchto základních potřeb - od sexu po vyměšování. *Bohužel však nepřestává spolehlivě působit ani tehdy, když se do něj "v přestrojení" vetřou drogy a začnou parazitovat na jeho fázích odměny a uspokojení.*

"Čím více víme o tom, co se děje v mozku osoby propadlé alkoholu, ... tím jasněji se ukazuje, jak je chybné považovat takového člověka jen za slabocha, který se příliš oddává požítkům. Podle názoru mnohých odborníků je zde správný a rozumný pouze přístup, který tyto **závislosti** vnímá **jako onemocnění mozku** - onemocnění sice možná nevyléčitelné, ale určitě zvládnutelné." (Bragdon A.D, Gamon D. 2006:24)

Enzymová teorie vychází z předpokladu, že biologickým podkladem závislosti na alkoholu jsou změny (poruchy) v působení základních enzymů odbourávajících etanol - alkoholdehydrogenáza, ADH

*Všechny další biologické teorie, jako je Hypotéza o endogenním (vnitřním) etanolu, která vychází z toho, že nepijáci mají vyšší hladinu vnitřního etanolu, než alkoholici, kteří se snaží zvýšit jeho hladinu exogenním příjmem, Neurotransmitterová teorie sleduje vylučování a hladinu neurotransmiterů noradrenalinu a dopaminu v mozku po podání alkoholu, kdy po napití alkoholu se zmírňuje deprese vyvolaná poklesem hladiny těchto neurotransmiterů, *rovněž vnímají závislost na alkoholu jako **onemocnění mozku**.**

## 2.1.2 Sociologické teorie

obracejí v souvislosti s abúzem alkoholu pozornost na společnost, společenské vztahy a zákonitosti.

Klasické sociologické teorie (Bacon, Bales) se soustředí obecně na společenský pohyb, migraci obyvatel do velkých měst, rozvoj masové komunikace a masové kultury, společenský tlak na výkon, odcizení člověka, malá frekvence a úzký segment společenských kontaktů. To vede k tenzi, nejistotě a vzájemné podezíravosti a alkohol podle těchto teorií může plnit integrující funkci vedoucí ke zmírnění těchto tenzí. Názory na požívání alkoholu ve společnosti vymezil Bales (1946) do čtyř kategorií:

- abstinentní názor - alkohol je chápán jako ohrožení základních sociálních norem a hodnot
- rituální názor - požívání alkoholu je spojené s rituálními či náboženskými obřady
- konviviální názor - pití odráží solidaritu a vyjadřuje vzájemnou dobrou vůli
- utilitární názor - konzumace alkoholu slouží k uvolnění jedince, pomáhá osobnímu uspokojení

Teorie distribuce spotřeby alkoholu, podle které lze dovodit, že zhruba 50% spotřeby alkoholických nápojů zkonsumuje asi jen 10% populace, logicky tedy zbylých 50% veškeré spotřeby alkoholu zkonsumuje 90 % populace. Teorie distribuce spotřeby dále dovozuje, že čím vyšší spotřeba alkoholu, tím vyšší nemocnost, čím více je ve společnosti konzumentů, tím více bude i alkoholiků a o to větší škody alkohol způsobí, spotřeba na obyvatele a rok poskytne spolehlivý odhad počtu alkoholiků ve společnosti. Platnost této teorie není zcela jistě absolutní.

Vliv rodiny a jiných malých neformálních skupin v dětství a dospívání - empirické studie ukazují, že v relevantně výrazně zvýšeném počtu případů osoby závislé na alkoholu měly dominantní matku a pasivního otce a v rodině další nepříznivé okolnosti, oproti osobám, které nemají žádné problémy s užíváním alkoholu.

Teoretické predikce i empirické výzkumy ukazují, že nadměrný konzum alkoholu úzce souvisí s vlivem kamarádských skupin v době dospívání i později. Velmi závažný je vliv pijáckých part, ve kterých začalo silně konzumovat alkohol 84 % mužů závislých na alkoholu, což vyplývá z provedených výzkumů. (Skála, J. 1987:36,37)

Teorie anómie predikuje nárůst spotřeby alkoholu a s tím následně spojený zvýšený výskyt alkoholiků ve společnosti, která prošla rozpadem doposud platných společenských norem následkem revolucí, válek, náhlých dramatických sociálních změn. Mertonova modifikace této původní Durkheimovy teorie ji rozšiřuje o stav, kdy značná část lidí dané společnosti nemá dostatek prostředků k zajištění cílů, pro společnost žádoucích a jí uznávaných. Tento předpoklad Merton verifikuje na studii provedené v USA, kdy relativně vyšší procento problémů s alkoholem spadalo na nejchudší část společnosti. (Řehan, V. 1994:28)

Také v naší společnosti, která po roce 1989 prochází razantní změnou společenského systému se všemi dopady s tím spojenými, je nárůst spotřeby alkoholu, která byla už na konci 80. let i tak dost vysoká, jasně na vzestupu. Stačí jen zvednout oči od plných nákupních vozíků u kteréhokoli hypermarketu v republice, abychom viděli živé důkazy nesporného vlivu prudkých společenských změn na nárůst abúzu alkoholu u nás. Místní bezdomovci nemají prakticky žádné příjmy, přesto alkoholu propadla naprostá většina z nich. V malých skupinkách společně propijí celé dny.

Otázkou není, zda mají pijácké party vliv na zvýšený abúzus alkoholu, jejich vliv je nesporný, otázkou je, proč tyto party vznikají a proč jich neustále přibývá.

Není nic neobvyklého, spíše je to dnes pravidlem, že i parta kamarádů, kolegů z práce, kteří si jdou po náročném dnu společně zasportovat, vybit nahromaděnou (negativní) energii, skončí po sportování v hospodě, kde urazí "pár piv". Bohužel to platí i pro nejednoho profesionálního sportovce

Vliv sociálního prostředí na abúzus alkoholu, a jeho konsekvence s ostatními teoriemi vzniku závislosti, asi nejlépe vystihují následující řádky:  
"Málo spornou se zdá být hypotéza Jellinekova: V sociálním prostředí, jež je tolerantní k silnému dennímu konzumu alkoholu, jsou vystaveni riziku závislosti i lidé s nepatrnou somatickou či psychickou predispozicí." (Skála, J. 1987:33)



### 2.1.3 Psychologické teorie

hledá příčiny rozvoje závislosti například v teorii redukce tenzí, teorii učení, tedy naučené vzorce chování, zpevňované "pozitivním" vlivem alkoholu, odměnou která se po napití dostavila.

Zejména hlubinná psychologie zkoumá osobnost člověka závislého na alkoholu, hledá výrazně prealkoholickou osobnost, která by předurčovala takový typ osobnosti k závislosti na alkoholu.

Teorie redukce tenze je to velice rozšířená teorie, která vychází ze dvou hypotéz: 1. Alkohol redukuje tenzi. 2. Organizmy pijí alkohol, aby využili jeho schopnosti redukovat tenzi (strach, úzkost stres, frustraci). Tato teorie je spjata se jménem Massermana a jeho experimentů na toto téma ze čtyřicátých let. Kritickou analýzu provedl v roce 1973 Cappell, který zpochybnil zejména experimentální výsledky svého předchůdce Massermana, které ukazují, že alkohol často vyvolává u abuzérů negativní emoce. V lepším případě se jeví teorie redukce tenze jako jednostranná, v horším jako přímo nesprávná. Alkohol působí jako odměna i když tenze chybí. Jedna z novějších teorií předpokládá, že alkohol vyvolává příjemné emoce jen u osob, které nejsou v tenzi a požíly malé dávky alkoholu, dále byl potvrzen významný vliv kognitivních procesů, neboť člověk často prožívá takové účinky, které apriori očekává. (viz analogie s placebo efektem - IB) (Skála, J. 1987)

Hlubinná psychologie pracuje s hypotézou specifické neurotické struktury osobnosti alkoholika. Zkoumá osobnost člověka závislého na alkoholu z hlediska nalezení a prokázání typu výrazně prealkoholické osobnosti, která by predisponovala svého nositele k závislosti na alkoholu. To se však těmto teoriím nalézt nepodařilo.

Behaviorální psychologie a teorie učení vychází z teorie redukce tenze. Snížení napětí je dosaženo jako *zpevňující odměna* za požívání alkoholu. Závislost na alkoholu je tedy podle těchto teorií *naučenou reakcí*, nebo *chováním*, kdy se postupně osobám, které jsou náchylnější k tenzi, *po odměňujícím požití alkoholu* a následné redukci této tenze, *upevňuje vzorec* (osvědčeného) *chování*. Novější poznatky z provedených výzkumů se soustředily na anesteziující (tlumivé) vlivy alkoholu v organismu, kdy funkce posílení se přesunula právě na anesteziující vliv alkoholu, který tak zpevňuje (na)učenou variantu chování.

Nejnovější poznatky v této oblasti mají za následek, že psychologové od platnosti těchto teorií ustupují, opouštějí myšlenky jakési universální funkce alkoholu, namísto toho se zkoumají jeho rozličné individuální vlivy a napovrch vystupují stále více kognitivní souvislosti. Přestože má alkohol stále stejnou chemickou strukturu, na každého jedince působí jinak a toto *individuální prožívání* se promítá do jeho *chování*. Ani stejný člověk nemusí vnímat alkohol stejným způsobem v různých situacích a to se v důsledku projeví v odlišném pijáckém chování. Klinicky bylo prokázáno, že sledovaní alkoholici dokázali v některých specifických situacích udržet poměrně kontrolovaný konzum. To výrazně odporuje teorii naučeného vzorce chování.

Pokud bychom připustili, že chování alkoholika je naučený vzorec pak je možné ho přeučit a padá tedy hlavní teze medicíny o nevratnosti ztráty kontroly pití alkoholu. (Z pohledu medicíny: Pro alkoholika je mnohem snazší trvale abstinovat než konzumně -

umírněně pít).

"Koncepte *behaviorální psychologie a teorie učení* byly ve své době nejčastěji využívány *ke zpochybnění pojetí alkoholismu jako choroby*. ... Dnes se jedná o oprávněnou interpretaci (pouze) některých vývojových souvislostí, současně se však uplatňují a prokazují jiné než behaviorální koncepty a to včetně konceptu závislosti na alkoholu jako onemocnění." (Řehan, V. 1994:31)

## 2.1.4 Shrnutí

Z výše uvedeného je zřejmé, že pokud se ani specialisté v oboru adiktologie nedokáží shodnout na příčinách vzniku alkoholismu, má v tom o to větší nejasnosti neodborná veřejnost, tedy většina společnosti. Možná i proto se ještě stále v naší společnosti nahlíží na úzus i misúzus alkoholu jako neškodnou společenskou zábavu patřící k běžnému způsobu života a na člověka, který se stal na alkoholu závislým jako na individuum, které se v prvé řadě neumí ovládat, nemá vychování. Paradoxně je potom tentýž člověk, který podstoupil úspěšnou léčbu a musí doživotně abstinovat, opět považován většinovou společností za individuum podezřelé a dostává se často znovu (dříve kvůli excesům spojených s jednáním v ebrietě) do společenské izolace.

Různí autoři, odborníci, zabývající se problematikou alkoholismu, na příčiny vzniku závislosti na alkoholu, tedy nahlízejí z poněkud odlišných pozic, z pohledu svých profesí. Ale dnes už se drtivá většina z nich shodne na tom, že **závislost na alkoholu** (stejně jako na drogách nealkoholového typu) je **onemocněním**, které si žádá léčbu komplexní, zahrnující somaticko-psychickou stránku, tedy *osobnost* (medikamenty, Antabus, psychoterapie ..), stránku environmentální, tedy *prostředí* (specializované oddělení PL, pracovní komunity, následně ambulantní péče a na prvním místě rodina...) a stránku režimovou, tedy pevná přesná a přísná *pravidla* (přesný denní režim v PL, prac, komunitě, systém odměn a naproti tomu přísných trestů za porušení daných pravidel).

Nestačí pouze medicínská léčba následků, převážně za pomoci disulfiramu (Antabus), podobných přípravků, psychofarmak a psychoterapie, ale i odstranění příčin rizikového chování, tedy nevhodného prostředí, starých rizikových vazeb a jejich nahrazení novými zájmy vztahy a činnostmi (což s psychoterapií úzce souvisí - ta musí nemocného na tyto nové zájmy a vztahy připravit po psychické stránce).

"Zvládnutí biologické závislosti, tj. abstinčního syndromu, je záležitostí medicínskou, která trvá relativně krátkou dobu. Obtížnější a dlouhodobější je léčba psychické závislosti, překonání návyku řešit problémy alkoholem a změna životního stereotypu.

Česká škola J. Skály zdůrazňuje psychoterapeutický přístup, který vede k postupné resocializaci, změně životního stylu a k náhledu na situaci. Důležité je uchování podstatných mezilidských vztahů, rodinného zázemí, které by alkoholika dokázalo motivovat a podpořit. Je však třeba pracovat i s rodinnými příslušníky, aby jejich zafixované chování nevedlo k podpoře stále stejného způsobu reagování a k recidivě. Manželský partner potřebuje vědět, jaké chování je za této situace vhodné. Potřebuje se naučit, jak má v různých zátěžových situacích reagovat. Už neplatí, že je třeba léčit jen závislého alkoholika, ale celý rodinný systém.

Účelnou pomoc poskytují dobrovolné skupiny vyléčených alkoholiků, které nabízejí porozumění i podporu v počátcích abstinence, kdy se ruší veškeré bývalé kontakty (obyčejně spojené s užíváním alkoholu)." (Vágnerová, M. 2000:296)

Na otázku položenou v úvodu mé práce, zda je vůbec alkoholismus nemoc, je moje odpověď po analýze uvedených teorií a přístupů odborníků jednoznačná:

**Příčinou závislosti** bývá často **vliv prostředí a (souvisejícího) rizikového chování, následkem je však vždy** problém medicínský, tedy vznik **onemocnění** (poruchy mozku).

A lidé, kteří jsou nemocní, potřebují pomoc. Naše společnost jim musí pomáhat (a to i ve vlastním zájmu!), a ne je odsuzovat, zatracovat jako selhávající jednotlivce, kteří nemají ve "slušné" společnosti místo.

Paradoxem je, že nálepku alkoholika u nás běžně nedostává skutečný, neléčený alkoholik, ale až člověk, který po úspěšném absolvování léčby v protialkoholní léčebně trvale abstínuje.

## 2.2 Co je to závislost, stádia, typy

Na závislost lze pohlížet hned z několika různých úhlů pohledu. Nejběžnější je pohled medicínský, dlužno dodat, že po právu.

Chování závislého je ale předmětem zkoumání sociologů, pedagogů a sociálních pedagogů. Posledně jmenovaných zejména v prevenci takového chování, které je nebezpečné pro vznik závislosti jakéhokoliv druhu.

### 2.2.1 Definice závislosti (na alkoholu)

Člověka závislého na alkoholu bychom mohli definovat jako člověka, kterému požívání alkoholických nápojů zavinuje trvalý problém v některé oblasti jeho života - v zaměstnání, rodině, partnerském vztahu.

Definice podle Světové zdravotnické organizace - 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.

Existuje jedno společné kritérium, významný příznak závislosti, který spočívá v nutkavém získávání a užívání alkoholu, drog, a to i přes uvědomované záporné zdravotní a společenské důsledky

Osoby pijící alkohol můžeme rozdělit do čtyř skupin podle toho, co od alkoholu žádají:

- a) **Abstinent** - odmítá z jakéhokoliv důvodu alkohol, žízeň hasí např. minerálkou. Občas nejsou společností správně pochopeni.

- b) **Konzument** - většina lidí pijících „příležitostně.“ Pijí pro tekutinu a chuť.
- c) **Piják** - žádá účinky alkoholu – tj. především euforii.
- d) **Alkoholik** - pije vše co mu přijde pod ruku, pije denně, je to droga. - pije

## 2.2.2 Vývoj závislosti na alkoholu

„Pijácká kariéra“ má čtyři období. Každé z nich je vyznačeno určitými příznaky. Zjistíme-li je, můžeme celkem bezpečně usoudit, o které její údobí jde. Nazýváme je vývojovými stadii podle E. M. Jellinka (dříve označované jako vývojové fáze):

### I. První vývojové stadium je stadium počáteční

Alkohol je zde drogou, kterou si piják buď sám ordinuje, aby potlačil nepříjemné psychické stavy, nebo aby (což je nejčastější) dosáhl ve společnosti příjemného stavu, dobré nálady a přiblížil se lidem nebo lépe řečeno svým spolupijákům. Frekvence abúzu alkoholu a dávky alkoholických nápojů během času stoupají (zvýšená tolerance), nedochází však dosud k alkoholické intoxikaci, nýbrž jen k subintoxikaci („špičce“). V tomto stadiu se piják neopíjí a konzumuje jen tolik alkoholu, kolik potřebuje k podnapilosti. Alkohol je sice pro něj drogou, která mu však zatím jenom "dává, ale nic nebere".

### II. Druhé, varovné stadium

Po kratší, nebo delší době - u někoho jde o roky, u někoho jen o měsíce, se velmi často piják doslova propíjí do druhého, tedy varovného stádia. Tolerance na alkohol dále stoupá, dochází nejdříve k občasným, později k stále častějším stavům opilosti, tj. k alkoholické intoxikaci. Piják pije rychleji, zejména v začátku požívání alkoholických nápojů a často přechází od méně koncentrovaných ke koncentrovanějším nápojům. Kdyby piják pil ze své sklenice nebo sklenky o samotě, byl by nápadný, což si také dobře uvědomuje. A tak hledá společníky, které v budoucnu označí jako „špatnou společnost“. V rozvoji tohoto stádia je však taková společnost víceméně nezbytná, jsou to kamarádi, pro které se objednává „runda“. Je pak nepsaným zákonem, že každý takovou štedrost a projev přátelství oplátí. Okénka jsou v tomto stadiu spíše výjimkou.

### III. Třetí, rozhodné stadium

Z rozvinutého druhého stádia se dostává přibližně každý 7. -10. piják dříve nebo později do třetího - rozhodného stádia, kdy se stává na alkoholu víceméně závislým.

V tomto stadiu se někdy objeví tzv. okénka - to je takové ovlivnění alkoholem, které se v průběhu pití nemusí projevovat ani příliš nápadnou opilostí. Abuzér pije a přitom

stále ještě dobře ví, co dělá - okolnost, na které si obzvláště zakládá. Druhý den po probuzení se však u něj objeví mezery ve vzpomínkách na to, co se stalo minulý týden v období, kdy pil, v období, které trvalo od čtvrt hodiny až do několika hodin.

Příčinou „okének“ se zdá být rychle stoupající hladina alkoholu v krvi a přecitlivělost chronicky (vlekle) poškozeného nervového systému. V tomto stadiu piják „ztrácí“ nad svým pitím kontrolu, přestává ovládat alkohol, zato alkohol už ovládá jeho. Jestliže mu dříve alkohol problémy „řešil“, nyní, v tomto stadiu, které trvá léta a někdy bohužel i desetiletí, mu alkohol všechny životní problémy jen komplikuje a znásobuje.

*Nadále roste tolerance, okénka jsou již pro toto stadium charakteristická.* Jestliže byl alkohol dříve na periférii zájmu, stěhuje se nyní do centra pozornosti, stává se ovládací záležitostí. Začínají se hromadit problémy, které si vynutí dočasnou kratší či delší abstinenci. V tomto stadiu ne již piják, ale člověk závislý na alkoholu považuje schopnost abstinence za důkaz své silné vůle a začíná vždy znovu a znovu pít s přesvědčením, že „bude alkohol ovládat“. Omyl. Počínaje tímto stadiem došlo u člověka závislého na alkoholu k rozhodujícímu obratu, který nazýváme změnou, sníženou či „ztracenou kontrolou“ v pití. Tato změna je trvalá, vyvíjí se celkem v krátkém časovém údobí od 6 do 12 měsíců.

Od této chvíle je pro závislého abstinence daleko snazší než *pití s mírou*, které natrvalo již nikdy nedokáže.

Tím se také závislý liší od pijáka, jímž by tak rád zůstal. Často pak trvá dlouhá léta, kdy závislý usiluje o nemožné: pít s mírou a zvládnout alkohol. Podle zkušeností *trvá 5–10 let, než pacient přizná* v tomto smyslu svou porážku a uzná, že jeho problém vyřeší jen trvalá abstinence. To však jen výjimečně dokáže sám, většinou potřebuje pomoc ve formě ambulantní nebo ústavní léčby.

#### **IV. Čtvrté, konečné stadium**

Ve čtvrtém, konečném stadiu dochází u závislého někdy k tzv. ranním douškům. Jednoho dne, aby byl schopen začít pracovat, neobejde se bez prvního doušku, který za několik hodin musí ovšem doplňovat dalšími. A tak, i když není zcela opilý, není také střízlivý a hladina alkoholu v jeho krvi často po několik dní neklesá na nulu. Jeho „tahy“ trvají nejčastěji 2–3 dny, ale i tak dlouho, dokud jej fyzicky nebo finančně úplně nezničí.

*Nejvýznamnějším rysem tohoto stadia je však snížení odolnosti vůči alkoholu.* V údobí předchozích stadií byl člověk závislý na alkoholu navyklý na rostoucí a velké dávky alkoholu. Toto zvýšení tolerance alkoholu je nyní poškozením jater i nervového systému vystřídáno pravým opakem. Nyní se opije i poloviční dávkou alkoholu oproti dřívějšímu, a to za okolností zcela nepřiměřených, např. při práci, před důležitým jednáním apod. Zhoršení zdravotního stavu se projevuje nepříjemnými třes rukou, pocitem strachu, křečemi v lýtkách, atd. V této situaci si již závislý na alkoholu dříve nebo později uvědomuje bezvýchodnost své situace. Jeho cesta až do tohoto stadia trvá zpravidla kolem 3, 10 až 15 let. To znamená, že jestliže člověk závislý na alkoholu opustil první stadium závislosti mezi patnáctým a dvacátým rokem, dostává se na práh čtvrtého stadia nejpozději ve svých pětaticeti letech. Statistiky říkají, že pokud člověk závislý na alkoholu neskončí s pitím navždy a včas, riskuje zkrácení věku o plnou čtvrtinu.

Pro čtvrté, konečné stadium je vhodný tzv. termín debaklu - bez alkoholu to nejde a s alkoholem také ne.

(Skála, J. 1988:44 - 46)

## 2.3 Typy alkoholismu

Popsaná vývojová stadia se vztahují na typy závislosti na alkoholu, jak je definoval americký psycholog E. M. Jellinek:

**Typ gama** - tzv. anglosaský typ závislosti, který se vyskytuje v USA, Kanadě, ve Skandinávii, ale z největší části i u našich závislých osob. Jeho hlavními příznaky jsou: zvýšená tkáňová tolerance (schopnost snášet určité látky) na alkohol a „ztráta“ kontroly v pití, naproti tomu je závislý schopen abstinovat.

**Typ delta** (pro tento typ se vývojová stadia nehodí) není zde charakteristická „ztráta“ kontroly, ale neschopnost abstinence. Při přerušení přísunu alkoholu dochází k odvykacím příznakům daleko výrazněji než při typu gama. Nositel tohoto typu nemusí být nikdy opilý, ale také nikdy střízlivý. Tento typ je rozšířen zejména v románských zemích, především ve Francii a v jiných zemích s velkou konzumací vína.

Gama a delta typ se vyskytují jako čisté typy málokdy, většinou jde o jejich kombinace s převahou jednoho typu.

**Typ epsilon** vyhradil Jellinek pro onen způsob abúzu, který je v učebnicích psychiatrie ještě stále označován jako dipsomanie. Zatím jde o nejméně prostudovaný typ abúzu a jedná se nejčastěji o symptomatickou závislost, která nasedá na jiná duševní onemocnění (schizofrenie, manická fáze cyklofrenie, progresivní paralýza, epileptické rozlady). Název dipsomanie je také nesprávně a neoprávněně používán pro ony bouřlivé projevy abúzu ve třetím vývojovém stadiu, ke kterým dochází mezi obdobími kratší nebo delší abstinence.

**Typ alfa** označuje abúzus z hlediska společenského již nedisciplinované pití, které může jednotlivci způsobit společenské problémy, nevykazuje však progresi, nevede ke „ztrátě“ kontroly, i když se takový exces (vybočení) opakuje. Lze tedy typ alfa ztotožnit s druhým stadiem Jellinkovým, ve kterém její nositel, tj. piják, zůstane prakticky doživotně, nepokročí do stadia třetího. Umí přece jen podle potřeby své pití regulovat, aniž by musel abstinovat. Nicméně přechod kontrolovaného typu alfa v nekontrolovatelný typ gama je možný a není vzácný. Pravý typ alfa představuje abúzus, který trvá např. 30—40 let, ale nevykazuje příznaky progresu, nestane se nikdy předstupněm typu gama.

**Typ beta** - v tomto abúzu se sice nevytváří ani psychická, ani somatická (tělesná) závislost na alkoholu, ale v průběhu dlouhodobého abúzu dochází k takovým zdravotním komplikacím, jako jsou polyneuritidy (záněty několika nervů), gastritidy (záněty žaludku) a cirhózy.

Přechod typu beta do typu gama nebo delta je podle Jellinka řídký a méně častý než u typu alfa. Nemocného typu beta najdeme spíše na interně, neurologii či na odděleních zabývajících se tuberkulózou než v psychiatrických zařízeních (jedná se pak o tzv. tichý či skrytý abúzus).

(Skála, J. 1988:46,47)

## 2.4 Rozdíl v alkoholismu mužů a žen

Vliv alkoholu na organismus muže a ženy je rozdílný. Projevuje se nejen po stránce fyzické, která je dána jinou stavbou somatické konstrukce muže a ženy, ale i po stránce psychické. Žena na jedné straně může alkoholu snáze podlehnout vlivem depresí, na straně druhé se rychleji léčí díky větší vnímavosti pro psychoterapii a relaxaci

### 2.4.1 Historická souvislost

Z historických doložených pramenů je všeobecně známo, že v lidské společnosti měla žena postavení, mírně řečeno, ne zcela rovnoprávné. Lidská společnost je od prvobytně pospolné, až po začátek 20. století, ve znamení dominantního postavení mužů.

Zatímco muž mohl po staletí volně užívat veškerých výtobytků své doby, pro ženu bylo podobné chování, pod hrozbou tvrdých trestů, zapovězeno. Zatímco muži pijí alkohol legitimně prakticky od jeho objevení, po celá tisíciletí, ženy tak činí teprve několik desítek let. (To by snad mohlo vysvětlovat i fakt, že žena nemá stejně účinný enzym pro odbourávání alkoholu jako muž)

### 2.4.2 Statistické ukazatele

Donedávna byl alkoholismus spíše mužským problémem, ale čísla statistik stále více ukazují, že přibývá žen, které pijí nad míru. V České republice vypije 13,5 % dospělých žen více alkoholu denně, než je odborníky uznávaná „bezpečná“ dávka. Až pět procent žen v české populaci překročí tuto dávku o polovinu.

Odborníci varují, že podíl alkoholiček mezi ženami neustále stoupá. Před dvaceti lety připadala na deset alkoholiků jedna žena, v současné době už jsou to pouze dva muži. Velmi často do této kategorie spadají ženy samostatné, úspěšné, podnikatelky, lékařky, učitelky, zdravotní sestry, reprezentantky společnosti - jako např. herečky.

### 2.4.3 Vztah tělesné dispozice ženy a alkoholu

Tělo ženy alkohol přijímá jinak než u muže, ženské tělo obsahuje více tuku, do kterého alkohol neprostupuje. Muž má v těle větší obsah vody, kde se alkohol více "naředí". Žena má v těle méně místa (méně vody) pro jeho metabolizaci a způsobuje jí (alkohol) rychleji opilost. Ženy nesnesou alkohol tolik jako muži mimo jiné i proto, že enzym, který štěpí alkohol (alkoholdehydrogenáza) nepůsobí jako u mužů, jejich trávicí systém pracuje s odlišnými enzymy a kromě toho je prokázáno, že na ženský metabolismus má velký vliv i menstruační cyklus. Hodně žen reaguje na alkohol citlivěji před menstruací. Ty, které užívají antikoncepční pilulky, by si měly dát na alkohol obzvlášť pozor. Některým ženám právě alkohol způsobil neplodnost.

Žena má oproti muži navíc menší játra a i díky tomu je stav opilosti rychlejší. Pro vznik jaterní cirhózy je pro ženy riziková již pravidelná konzumace dvou decilitrů vína

či půl litru dvanáctistupňového piva denně po dobu deseti až dvaceti let. Ten, kdo si nedokáže alkohol odepřít, by alespoň neměl pít pravidelně každý den. K regeneraci jaterních buněk je totiž nutná několikadenní přestávka.

Ženám ubližuje alkohol mnohem více než mužům. Poslední výzkumy ukazují, že alkoholičkám odumírají mozkové buňky mnohem rychleji, než mužům, kteří pijí stejně. Podle lékařů alkohol zvyšuje u žen riziko Alzheimerovy choroby a stařecké demence.

Mezi specifická rizika alkoholismu u žen patří rakovina prsu. Více než tři deci vína denně ji zvyšují až trojnásobně. U žen, které hodně pijí, je také mnohem větší riziko infarktu.

(<http://www.alkohol-alkoholismus.info>)

#### **2.4.4 Požívání alkoholu během těhotenství**

Není třeba zdůrazňovat, že během těhotenství je nutné alkohol vyloučit. Alkohol působí nejhůř během vytváření plodu v prvním trimestru. Alkohol volně prochází placentou a může dosahovat v krvi plodu i vyšší hladiny než u matky!, protože schopnost plodu odbourávat alkohol je nepatrná. (Skála J. 1987:101).

Pokud by o tomto byly těhotné ženy dostatečně informované, nemyslím si, že by se většina z nich vůbec alkoholu napila (mimo notorických alkoholiček).

Pití matky v průběhu těhotenství může mít nespočet negativních důsledků – vyšší riziko potratu, nízkou porodní váhu a v nejhorším případě fetální alkoholový syndrom (FAS). Ten se může projevit růstovými nedostatky, špatně formovanými kostmi a orgány, srdečními problémy, rozštěpem patra, zpožděným pohybovým a růstovým vývojem, mentální retardací.

Podle nových zahraničních výzkumů už i jednorázové požití alkoholu poškozuje mírně plod.

#### **2.4.5 Žena alkoholička, rozdíly oproti muži alkoholikovi**

Ženy alkoholičky se mnohem více snaží svůj návyk/závislost tajit a tutlat. Pijí velmi často v soukromí svého obydlí. Vyplývá to, že ženské pití je mnohem méně ve společnosti tolerováno a na ženu pijící alkohol je jinak pohlíženo než na muže.

Prvními příznaky je zanedbávání původně dobře udržovaného zevnějšku (oblečení, líčení), zanedbávání bytu (nepořádek), nezvládnutí výchovy potomků (ztráta mateřského citění). Nenechává manžela ani své děti uklízet, aby nenašli skrytý alkohol v obydlí.

V terminální, čtvrté fázi alkoholismu se ženy nestydí pít ani na veřejnosti, mentálně a citově zcela degradují, mohou být vulgární, zesměšňují přítomné, nejvíce manžela. Mohou se chovat hystericky. "Mezi lidmi stále převládá představa, že alkoholičky sedí doma a tajně nasávají z láhve ukryté pod matrací, ale to už dávno není pravda," říká brněnská psycholožka Eva Malá. "Spolu s tím, jak se alkohol stává čím dál, tím běžnější součástí našeho života a s postupující emancipací, se nikdo nepodivuje nad ženou popíjející na veřejnosti. Alkoholičky se proto postupně přesouvají ze soukromí domova na veřejnost."



Zatímco u mužů se alkoholismus vyskytuje hlavně u vrstev s nižším vzděláním, významná část alkoholiček se formuje z řad středoškolaček a vysokoškolaček. Obdobně se liší i způsoby pití mezi oběma pohlavími.

U mužů má alkoholismus společenštější charakter a chodí popíjet především do hospody do společnosti ostatních mužů. Konzumace alkoholu je u nich také "vyváženější" a frekvence popíjení se nemění.

Alkoholičky naopak ke konzumaci společnost nepotřebují a ačkoli se s pitím postupně přesouvají ze svých domovů na veřejnost, nedělá jim, podle odborníků problém sedět nad skleničkou samy. Navíc jejich popíjení častěji probíhá ve vlnách závislých na aktuálních okolnostech. **Výzkumy ukazují, že velkou roli v počátcích ženského alkoholismu hraje zřejmě přílišný tlak okolí a představa o tom, co by žena měla v rámci své role zvládnout.** Mnoho alkoholiček uvádí, že spouštěčem jejich závislosti byl pocit, že neuspěly jako partnerka, matka, nebo manželka, nebo například pocit, že si nedokáží najít partnera. Tomu odpovídají i statistiky, které ukazují, že velkou část mezi alkoholičkami zaujímají ženy svobodné, nebo rozvedené.

**Ženy tedy v daleko větší míře než muži vyhledávají alkohol pro jeho tlumící a odměňující účinky,** tj. příjemnou změnu nálady, obveselení, úlevu, odstranění potíží a duševního napětí, zapomnění, snaha o to si dodat odvalu a podobně.

Mnoho žen si vytváří návyk na alkohol vedle nebezpečně pijících mužů. Protože ženy jsou vůči alkoholu méně odolné, návyk u nich vznikne dříve. I v případě, že žena vypije stejné množství alkoholu jako muž, koncentrace alkoholu je v její krvi vyšší.

Jejich manželé, kteří je svým nebezpečným pitím svedli, je pak s návykem na alkohol opouštějí. Komplikovaná situace nastane, když žena s problémovým pitím přestane a její partner ve společné domácnosti v něm pokračuje.

U žen může být podnětem pro počátky návyku "opuštění hnízda", tj. když mají pocit nepotřebnosti, když je jejich děti opustí a začnou žít mimo mateřské bydliště.

(<http://www.alkohol-alkoholismus.info>)

## 2.4.6 Nevýhody a výhody žen oproti mužům při překonávání návyku

Nevýhody ve vztahu k alkoholu: již byly zmíněny, je to nižší odolnost vůči alkoholu, vyšší hladiny v krvi, po stejném množství, rychlejší rozvoj návyku a závislosti, tedy vše, co souvisí se slabší tělesnou konstrukcí ženy

Častější souvislost se zátěžovými životními událostmi, často kombinace s léky, což zdraví poškozuje ještě více. V rodině bývají větší problémy (role manželky a matky je obtížnější, než role muže), častý je sklon k depresím. Chátrající tělesný vzhled pijících žen, což má nepříznivý účinek na jejich sebevědomí.

Výhody při překonávání návyku: Problémově pijící žena na sebe spíše upozorní a může se do léčby dostat dříve. Většina žen má dobré nadání na relaxační techniky, jógu a umí využívat psychoterapii. Jen málo žen si komplikuje život trestnou činností pod vlivem alkoholu. Rodinné vztahy (k manželovi, dětem, vnoučatům nebo rodičům) jsou pro mnoho žen silným motivem k lepšímu životu. Rychlé zlepšování tělesného stavu i vzhledu při abstinenci povzbuzuje ženu, aby vytrvala v dobrých předsevzetích a abstinenci.

Pro většinu žen je také snazší odpoutat se od nevhodné společnosti pijících lidí a vytvořit si zdravější životní styl. (Nešpor, K., 1996:56)

### 3. Rozdíly v léčbě alkoholismu před rokem 1989 a dnes

#### 3.1 Ambulantní léčba před rokem 1989

Kritéria pro ambulantní léčbu:

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

Ambulantní péči poskytovaly ordinace protialkoholní a protitoxikomanické péče (dále ordinace AT), které byly zřizovány v rámci poliklinického psychiatrického oddělení nemocnic s poliklinikou II. a III. typu, popřípadě při psychiatrické léčebně.

Ambulantní péči poskytovala ordinace AT osobám, které byly k léčení navrženy rodinnými příslušníky, obvodními a závodními lékaři, popřípadě jinými zdravotnickými zařízeními státní zdravotní správy či zdravotnickými zařízeními ozbrojených sil při propuštění osob z činné služby do zálohy; ale i **nahlášení záchytnými stanicemi**, organizacemi, sociálními kurátory, orgány VB (policie), soudy, prokuraturami (dnes státní zastupitelství), orgány ROH (odbory), nebo jinými společenskými organizacemi, a osobám, které se k léčení přihlásily dobrovolně. (Skála, J. 1987:115)

Ordinace AT vedly evidenci osob závislých na alkoholu a jiných drogách a poskytovaly jim dispenzární péči. U dispenzarizovaných osob prováděly ordinace AT potřebná vyšetření i komplexní diagnostiku a navrhovaly léčebný postup. Pokud se osoba navržená k ambulantnímu léčení nepodrobila této péči dobrovolně, navrhla ordinace AT řediteli OÚNZu, aby vydal rozhodnutí o povinném ambulantním léčení. Pokud ambulantní péče nestačila, navrhla OAT ústavní péči.

Po skončení ústavní péče pokračovala ordinace AT v doléčování podle pokynů zařízení ústavní péče a sledovala, zda léčená osoba zachovávala abstinenci. Při recidivě zařídila ordinace AT urychlené umístění v zařízení ústavní péče, kde se nemocný podrobil základnímu léčení.

Ordinace AT vedly odděleně evidenci osob závislých na alkoholu a evidenci závislých na jiných drogách. Při přestěhování předávala evidované osoby do evidence příslušné ordinaci AT. Z evidence vyřadila osoby, které abstinovaly 5 let bez recidivy. Dále Ordinace AT sdělovaly údaje o evidenci osob, s výjimkou těch, které se k léčení přihlásily dobrovolně, organizacím, u nichž byly uvedené osoby v pracovním poměru. (Skála, J., 1987:115,116)

Z předchozího výčtu je evidentní, že stát se dříve aktivně zajímal o osoby závislé na alkoholu a poskytoval jim patřičnou dispenzární péči. Někomu může připadnout, že tato péče nebrala moc v potaz zájem (závislého) jednotlivce, byla až příliš zaměřená na ochranu společnosti, ale rozhodně byla systematická a měla výsledky, tj. mnoho rodin

zachráněných před rozkladem. Navíc osoby závislé na alkoholu takový ucelený, přísný přístup potřebují, samy, bez odborné pomoci, se se svým onemocněním nevypořádají

*V roce 1982 bylo v ČR 117 ordinací AT, které evidovaly 126 995 pacientů.*  
(Skála, J., 1987:114)

### 3.1.1 Záchytné stanice (ZS) před rokem 1989

ZS jako zdravotnické zařízení **byla otevřena jako první na světě svého druhu** zásluhou MUDr. Jiřího Skály v **květnu 1951** v budově protialkoholního oddělení PK v Praze. Nikde jinde na světě to nebylo zařízení primárně zdravotnické a preventivní. Všude jinde to byla spíše zařízení represivního typu.

ZS představuje preventivní instituci a měla 2 hlavní úkoly:

1. Detoxikaci zachycených osob dopravených na ZS, protože byly např. „nebezpečné sobě nebo svému okolí“ apod.
2. Zasílat záznam o každé zachycené osobě příslušné ordinaci AT.

"Původní idea docenta Skály nespočívala ve vytvoření zařízení pro agresivní opilce, kteří někomu dělají problémy, nýbrž zařízení pro lidi, kteří mají vážné problémy s alkoholem a kteří potřebují pomoc." (MUDr. P. Popov: <http://grower.cz>)

Z psychoterapeutických důvodů do stanice docházeli a pomáhali v ní nemocní, kteří byli v protialkoholní péči psychiatrického oddělení nemocnice s poliklinikou, při němž je stanice zřízena. Tyto návštěvy řídil a terapeuticky je používal vedoucí lékař stanice.

Pacienti vidí sami sebe a služba na ZS jim přináší nejotřesnější zážitky z léčby, připomíná jim minulost. Ošetřovatelé ZS pomoc pacientů při své službě (i dnes) vysoce oceňují a vítají ji.

Účel záchytné stanice je v podstatě detoxikační, postup jejich pracovníků je konzervativní, tzn. že intoxikované osoby jsou ponechány a sledovány na ZS tak dlouho (10-24 hodin), dokud neproběhne ono údobí intoxikace, které je pro samotnou osobu i její okolí spojené s nebezpečím, přičemž do procesu detoxikace se zpravidla nezasahuje.

(Skála, J., 1987:122)

*V roce 1983 bylo na území Československa v provozu 64 ZS, na území ČR to byla asi polovina tohoto počtu.*

(Skála, J., 1986:39)

## 3.2 Ambulantní léčba dnes

Stali jsme se druhými největšími pijáky v Evropě. Podle posledních statistických čísel každý Čech včetně batolat vypije 10,2 litru tvrdého alkoholu ročně.

A ruku v ruce s prudkým nárůstem spotřeby se zvyšuje také počet alkoholiků. Situace je už tak daleko, že se léčebny potýkají s akutním nedostatkem lůžek a peněz na léčbu

alkoholiků. Výsledek? Vedou se poradníky a na nástup do léčebny se čeká. Od jednoho týdne, do měsíce a někdy i déle.

Pokud musí alkoholik čekat na přijetí do léčebny, hrozí obrovské riziko, že ztratí odhodlání i motivaci. Pít prostě nepřestane a když se do léčebny dostane, tak v podstatně zuboženějším stavu. A jeho léčba bude daleko dražší, uvedl docent Michal Miovský z Lékařské fakulty Univerzity Karlovy.

Léčba trvá v průměru tři měsíce a je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Podle Miovského jsou léčebny pod příliš velkým tlakem a léčba alkoholiků se zbytečně prodražuje. **Máme totiž zcela rozpadlou ambulantní síť. Po roce 1989 přestaly být ambulantní ordinace zákonem garantované a reorganizace, která měla následovat, se nestala. Mnohé ambulance se zprivatizovaly a lékaři se začali věnovat těm oborům, které jsou finančně výnosnější. A to léčba alkoholiků rozhodně není,** uvádí Miovský. Právě ambulance výrazně pomáhaly jak samotným závislým, tak i léčebnám, kterým ulevily v náporu klientů.

"Moje letitá zkušenost je taková, že počet lidí, kteří jsou schopni zvládnout svůj problém v ambulantním systému, je poměrně malý. To souvisí s určitým náhledem na nemoc, kdy si je pacient vědom svého problému a ten ještě není tak hluboký," vysvětluje primář ženské protialkoholní léčebny v Bohnicích Václav Dvořák. ([www.alkohol-alkoholismus.info](http://www.alkohol-alkoholismus.info))

***V roce 2006 bylo v ČR léčeno ambulantně 27 440 pacientů.***

([www.alkohol-alkoholismus.info](http://www.alkohol-alkoholismus.info))

Což je při srovnání s rokem 1982 (126 995 pacientů) víc než alarmující číslo! Hlavně vzhledem k tomu, že spotřeba alkoholu u nás, a logicky i počet závislých na něm, od 80. let neustále roste.

### **3.2.2 Záchytné stanice (ZS) dnes**

ZS představuje i dnes preventivní instituci, plní už jen jeden úkol:

Detoxikaci zachycených osob dopravených na ZS.

Účel záchytné stanice je v podstatě detoxikační, stejně jako před rokem 1989. Plní podobné funkce při léčbě pacientů PL. Už ale po roce 1990 neohlašuje zachycené osoby místně příslušné ordinaci AT (protože jednak ATO zanikly a jednak pro to už není opora v zákoně), ani neinformuje zaměstnavatele (ochrana osobních údajů, změna zákoníku práce)

Původní myšlenka doc. Skály o zařízení pro osoby, které mají problém s alkoholem a potřebují pomoc je v dnešní roztržité a rozpadlé struktuře příslušných zařízení zcela mimo hru. Záchytky fungují jen jako zařízení pro detoxikaci osob, které se tam dostaly většinou po zásahu Policie ČR, nebo městské policie. Po vystřízlivění se, podle toho k jakému porušení zákona došlo, zachycená osoba propustí, nebo ji převezme Policie ČR k dalším (restriktivním) opatřením.

Se zachycenými osobami už dál zdravotníci nepracují, jejich problém se nedostane ke specialistovi, protože AT ordinace už většinou neexistují a hlavně ZS bez svolení pacienta tyto informace dnes zasílat nikam nesmí, ani jeho ošetřujícímu lékaři.

ZS zůstaly už jen v některých městech. **K 1. lednu 2006 bylo v České republice podle údajů Ministerstva zdravotnictví v provozu 16 ZS**, přičemž nejvíce jich je v Moravskoslezském kraji, rovných pět. Provozovatelem protialkoholních záchytných stanic jsou ze zákona kraje. ([www.alkohol-alkoholismus.info](http://www.alkohol-alkoholismus.info))

### 3.3 Ústavní léčba před rokem 1989

Kritéria pro ústavní léčbu:

1. Osoby s těžkými důsledky na tělesném či psychickém zdraví.
2. Osoby s výraznými důsledky ve společenských vztazích (rodina, práce, zákon).
3. Osoby s těžkými primárními nebo sekundárními změnami osobnosti.
4. Osoby se závislostí na více drogách (např. alkohol a léky).
5. Osoby, kterým ambulantní léčba nepomáhá, protože ji nezvládají, špatně při ní spolupracují, opakovaně recidivují.

ÚL poskytovaly psychiatrické léčebny, na kterých byly zřizovány oddělení pro protialkoholní a protitoxikomanickou péči (dále jen oddělení AT) a nemocniční psychiatrická oddělení nemocnic s poliklinikou II. a III. typu, kde se zřizují pracoviště AT.

Oddělení a pracoviště AT poskytovaly ústavní péči osobám, které se léčily dobrovolně a kterým bylo uloženo ochranné léčení (OL) podle § 72 tr. zák. Dále osobám na základě lékařského doporučení a povinně na základě rozhodnutí ONV (výměrem).  
(Skála, J. 1987:116)

Po úvodní detoxikaci (hned od počátku dostává pacient vysoké dávky vitamínů B a C, nastoupí aktivní léčba (Antabus - disulfiram, antidepresiva), která ulehčuje abstinenci pro první měsíce, souběžně nasupuje psychoterapie, která má za účel přesvědčit pacienta o trvalé a důsledné abstinenci.

Po celou dobu, tedy hned po nástupu pacient plní důsledný a náročný **denní program** plný psychické i fyzické zátěže - učí se prožívat příjemné psychické zážitky bez alkoholu - pacient je veden k odpovědnosti, vytváří se u něj nový systém hodnot, prožívá svou pozici při psychoterapii v malých skupinách.

Léčba má přesně daný **režim**: jsou zařazeny všechny terapeutické metody, formy a techniky v jeden celek. Pomocí biologických léčebných metod pacient získává nesnášenlivost až odpor k alkoholu (Antabus, averzivní léčba). Zvyšuje si fyzickou i psychickou kondici, aby si osvojil prospěšné návyky a učil se zdravému životnímu stylu. Při všech svých činnostech je stimulován, aktivizován a kontrolován, aby byla odvrácena jeho přílišná pozornost od vlastních zájmů k zájmům o:

malý celek = skupina pacientů, rodina,

větší celek = terapeutická komunita, pracoviště

velký celek = socioterapeutický klub (KLUS - Klub usilující o střízlivost), o společnost  
(Skála, J., 1988:71,72,77,86)

### 3.4 Ústavní léčba dnes

Záviseleho přivede do léčebny nezřídka až konflikt se zákonem nebo léčba v nemocnici. Tam nemá pacient přístup k alkoholu a v plné míře se projeví závažné abstinenci příznaky.

Po zbavení se toxických látek mění pacient svůj postoj k léčbě a při rozumném tlaku ze strany příbuzných a odborníků se může vytvořit předpolí pro zahájení léčby. Po úvodní detoxikaci, která trvá čtyři až pět dní, začíná psychoterapie, buď skupinová, nebo individuální.

"Při ní se snažíme zpracovat jeho minulost, jeho psychická traumata, která nasbíral během života," vysvětluje primář ženské protialkoholní léčebny v Bohnicích Václav Dvořák. Také se zde učí jinému řešení problémů, než na jaké byl dříve zvyklý. Doplnkem léčby je i podávání například antidepresiv, která pomáhají předcházet výkyvům nálady, někde se používá proslulý Antabus. Ten nepotlačuje touhu po pití, zato v kombinaci s alkoholem přivodí závislému tak nepříjemný stav, že se příště pivo nebo vínu raději vyhne. (www.alkohol-alkoholismus.info)

Vlastně je léčebný režim prakticky shodný s tím, který se osvědčil už před listopadem 1989 (např. v léčebně U Apolináře v Praze), dnes se oproti minulosti o něco více prosazuje individuální psychoterapie.

*V roce 2006 bylo hospitalizováno 11 748 pacientů v celkem sedmnácti psychiatrických léčebnách s protialkoholním oddělením, jejichž kapacita nestačí.* (www.alkohol-alkoholismus.info)

### 3.5 Doléčování, následná péče před rokem 1989

Doléčování navazuje na základní, intenzivní ambulantní, ale především ústavní péči. Doléčování sleduje dlouhodobý efekt léčby a zdůrazňuje proto prevenci recidivy.

Jednou z forem doléčování jsou tzv. socioterapeutické kluby a intenzivní léčebné pobyty v přírodě (ILPP).

Pacienta nestačí léčit a pak se o něj dále nestarat. Naopak, sledování a dlouhodobá péče o něj jsou nakonec důležitější než několik měsíců ústavní léčby, i když během ní byl učiněn nezbytný začátek.

#### SOCIOTERAPEUTICKÉ KLUBY

Nejen v Praze, ale i v řadě jiných měst v republice byly zřízeny kluby léčených pacientů a jejich rodinných příslušníků. Členové těchto klubů mají dvě povinnosti: sami abstinovat a druhým k abstinenci pomáhat. Např. socioterapeutický klub v Apolináři (nazývaný KLUS - klub usilujících o střízlivost) měl v letech 1948-1985 již 1 850 diskusí

V souladu s koncepcí tehdejšího zdravotnictví pracovali v klubech na úseku AT péče zásadně společně zdravotníci i jejich pacienti. Většina klubů byla zřízena při OAT, menší část, hlavně v ČR, při lůžkových zařízeních PL. (Skála, J., 1987:93,94)

## INTENZÍVNÍ LÉČEBNÉ POBYTY V PŘÍRODĚ (ILPP)

Protialkoholní oddělení PK v Praze v Apolináři organizovalo ILPP pro své pacienty počínaje rokem 1962. Za období 20 let (1962-1981) se jich zúčastnilo kolem 5 000 osob, tj. každý šestý až sedmý pacient mužského či ženského oddělení. ILPP byly organizovány v následujících formách jako je: hromadná posilovací léčba mužů či žen (opakovačky), manželská a rodinná terapie, letní tábory dětí pacientů, společná komunita pacientů právě léčených a pacientů abstinujících 3 i více let. (Skála, J., 1987:94)

### 3.6 Následná péče dnes

Třetí součástí léčby závislosti na alkoholu je následná péče, pravidelný režim, který je tolik potřebný, aby se po propuštění z léčebny mohl nemocný zařadit do běžného života. Několik týdnů v léčebně zdaleka neznamená, že je dotyčný definitivně vyléčený (ostatně to není nikdy) Až při střetu s realitou se pozná, jak dokáže svému předsevzetí abstinence dostát.

Člověk po absolvování ústavního léčení **může** docházet do ambulance psychiatra, ale také využít nabídky některé ze svépomocných skupin. Takovou jsou například sdružení Anonymních alkoholiků (AA).

Sdružení 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. Není spojeno s žádnou církví ani jinými organizacemi a jejím jediným cílem je podporovat své členy v odhodlání přestat pít.

14. prosince 1989 byla oficiálně založena česká skupina AA v Praze pod názvem „Serenity Group“. Od roku 1991 začaly vznikat další skupiny AA v České republice: v Ostravě, Karlových Varech, Brně, Pacově atd. V současné době je v České republice 32 skupin AA v osmnácti městech. (<http://www.sweb.cz/aacesko/>)

Podle odborníků z protialkoholní praxe (MUDr. J. Tkáč, MUDr. Pokora, MUDr. Marek) dnes už žádné z protialkoholních oddělení PL pro své (bývalé) pacienty ILPP - léčebné pobyty nepořádá. *To by měly mít dnes na starosti neziskové organizace -terapeutické komunity ...* Podmiňovací způsob je zcela na místě, protože prakticky ani jedna komunita v republice se neorientuje na alkoholovou závislost. Prakticky všechny se soustředí na osoby užívající nealkoholové, nelegální drogy.

***V celé republice k 31. 12. 2003 působilo 24 terapeutických komunit a pobytových zařízení*** (Lejčková, P., Mravčík, V., Radimecký, J., 2004)

### 3.7 Souhrn, poznatky z praxe

Je zřejmé, že dnes nemají lidé, kteří prošli ústavním léčením žádnou povinnost navštěvovat ambulantně psychiatrii, poradnu, nebo některou zbylou AT ordinaci. Vše je postaveno na dobrovolnosti a uvážení jednotlivce. (Vyjma případů ochranného léčení podle § 72 tr. zákona) Navíc se ukazuje, že pro osoby závislé na alkoholu **se po roce 1989 celkově možnosti léčby, zejména ambulantní a následné, podstatně zhoršily.**

A to jsou varovné ukazatele v době, kdy alkoholismu ve společnosti neustále přibývá.

V neformálním rozhovoru k této problematice s předními odborníky oboru, MUDr. Tkáčem z PL Jihlava a MUDr. Weinbergem z MPPPO Brno, mně tito lékaři potvrdili, že náš stát (příslušné odbory ministerstva zdravotnictví a práce a sociálních věcí) po roce 1990 přestal sledovat alkohol jako drogu a veškerá pozornost byla upřena na očekávanou invazi nealkoholových, tedy nelegálních drog, ačkoli zákon o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi č. 37/1989 Sb. platnosti nepozbyl. (Ústavní soud rozhodl dne 30. září 1997 pouze o zrušení § 9 odst. 4 zákona č. 37/1989 Sb. Tento § ve 4. odstavci hovořil o povinnosti podrobit se ústavní péči z rozhodnutí ONV... - IB) Přesto stát, resp. ministerstvo zdravotnictví, zcela od protialkoholní politiky ustoupil a nechal zavedený a zcela funkční ucelený systém prevence a léčby alkoholiků, samovolně rozložit.

V celé republice zůstalo jen několik aktivních lékařů, kteří se alkoholovou závislostí zabývají. Na dotaz, zda je v posledních letech, kdy spotřeba alkoholu neustále stoupá, nějaká nová koncepce ministerstva zdravotnictví k potírání vysoké míry alkoholismu, mně pan doktor Weinberger řekl, že žádná od listopadu 1989 nebyla a není. Pouze za poslední asi tři roky byl postupně alkohol opět vzat na vědomí jako problém, jako droga, i když jí pochopitelně nikdy nepřestal být. Žádné kroky k určité revitalizaci systému dispenzární péče, nebo snad zvýšený tok finančních prostředků, alespoň do stávajících zařízení, vedoucí k rozšíření péče, učiněny nebyly, na to nejsou peníze... Prioritou státní politiky v boji proti drogám zůstaly nelegální, nealkoholové drogy. K tomu MUDr. Tkáč doplňuje: "Profesionálové zabývající se závislostmi mají každý rok konferenci adiktologie (nauky o závislostech), kde je hlavním tématem některá oblast závislostí. Od roku 1990 nebyl jako hlavní téma alkoholismus ani v jednom případě a za tuto dobu bylo zmíněno okrajově pouze jedenkrát."

Na dotaz, zda se nenaplnují obavy MUDr. Nešpora z Bohnické PL, že jakmile projde reforma a bude se platit za návštěvu i pobyt v léčebně, stane se lékařská pomoc pro mnohé nedostupná, odpověděl primář MUDr. Pokora z PL Brno, že tato obava se zatím v brněnské léčebně nepotvrdila. Dále mně potvrdil, že zatím je stále pacient v léčebně brán jako nemocný a proto pobírá nemocenské dávky v plné výši, jako každý kdo je v pracovní neschopnosti. V této souvislosti musím poznamenat, že nedávno se v televizní debatě jeden z poslanců, či senátor, vyjádřil na dotaz moderátora, zda nemají vybírané poplatky v protialkoholních léčebnách dopad na odliv pacientů, tak že on by pro tyto lidi poplatky zvýšil na trojnásobek, protože si za svou závislost mohou jen oni sami... To je ovšem z úst zákonodárce hodně špatný signál pro už tak dost neinformovanou, řekl bych spíše často matenou, veřejnost.

"Pochopitelně politici říkají: "No, tak dělejte více prevence." To je pochopitelně názor velmi komický, protože když si vezmeme rozpočet Státního zdravotního ústavu, a to, co z toho rozpočtu je možné vynaložit na nějakou prevenci, letáčky a osvětu ... a porovnáte to s výdaji, které vydává alkoholový průmysl na reklamu, no, tak to je mravenec versus obrněný transportér ... za těchhle podmínek v podstatě zdravotníci mohou hasit požáry a snažit se ty škody aspoň trochu mírnit, ale to podstatné by byl třeba zákaz reklamy alkoholických nápojů, určitě teda v době, kdy elektronická média sledují nezletilí"

([http://alkoholismus.zbynekmlcoch.cz/rozhovor\\_s\\_nesporem.htm](http://alkoholismus.zbynekmlcoch.cz/rozhovor_s_nesporem.htm))

S výše uvedeným souvisí tak zvaná **mediální gramotnost**, tedy schopnost člověka



využívat sdělovací prostředky, (zejména poskytované informace), ale nenechat se jimi manipulovat. (Nešpor, K., Pernicová, H., Csémy, L., 1999:73)

Myslím si, že v naší společnosti je mediální gramotnost na poměrně nízké úrovni obecně. O to horší je situace u dětí. Pokud se nechají manipulovat médii, jimi nabízenou masovou kulturou, dospělí, rodiče, kdo potom může učit děti kritickému postoji, kritickému vnímání přijímaných informací? To platí o to více při kontaktu se všudypřítomnou reklamou. I to je jeden z velkých úkolů sociální pedagogiky, který má před sebou v rámci primární společenské prevence, přímo související se vzděláváním a výchovou dětí od nejútlejšího věku.

## **4. Statistické údaje**

Statistické údaje spotřeby alkoholu nevyznívají pro naši malou zemi vůbec příznivě. Prvenství je sice obecně ceněné, ale tohle není sport, to je hra o zdraví. Být první na světě v pití piva asi nebude tou zlatou medailí, na kterou bychom měli být pyšní...

## 4.1 Vývoj spotřeby alkoholu u nás

Problémy s nadměrnou spotřebou alkoholu nejsou u nás ničím novým. Výrazný nárůst zaznamenali statistikové už v 70. letech minulého století. Ani dnes není situace lepší, ba právě naopak. Po určitém poklesu spotřeby alkoholu v 80. letech, začala jeho spotřeba po listopadu 1989 znovu stoupat. A dnes patříme se spotřebou 10 litrů 100% alkoholu na obyvatele a rok (včetně novorozenců) ke státům s nejvyšší spotřebou alkoholu na světě. Naše světové prvenství v roční spotřebě piva na osobu (160 litrů / rok a osobu (včetně novorozenců)) je notoricky známo v celé populaci.

### *Vývoj celkové spotřeby alkoholu (v litrech na osobu) v České republice*

	1980	1985	1990	1995	2000	2003
<b>100% alkohol</b>	9,0	9,0	8,9	9,4	9,9	10,2
<b>destiláty (40%)</b>	6,8	6,6	7,2	7,9	8,3	8,4
<b>pivo</b>	148,5	146,9	155,2	156,9	159,9	161,7
<b>vino</b>	14,1	15,3	14,8	15,4	16,1	16,3

Zdroj: [ČSÚ](#)

Nadměrné požívání alkoholu nemá negativní vliv jen na samotného člověka závislého na alkoholu a jeho rodinu, ale potažmo na celou společnost. Podle studie [Světové zdravotnické organizace \(WHO\)](#) a [Světové banky](#) patří alkohol mezi všemi návykovými látkami na první místo v počtu ztracených let v důsledku nemoci nebo smrti, způsobené jejich užíváním. **Užívání alkoholu podle odhadů celosvětově působí v důsledku nemoci a smrti 3,5 procent ztracených let produktivního věku,** jenom vyspělé země takto přicházejí přibližně o devět procent produktivních let. Vzhledem k vysoké spotřebě alkoholu **v České republice se tato ztráta odhaduje na více než 10 procent.**

Podle amerických odhadů z první poloviny 90. let minulého století, zaplatí stát za problémy působené alkoholem dvojnásobek toho, co vybere za alkohol na daních. Podle japonských odhadů jsou tyto ztráty v poměru 3:1 a švédské odhady uvádějí poměr ještě horší. (Nešpor., K., Csémy, L. 1995:114).

Vzhledem k tomu, že u nás je spotřeba alkoholu stále na vzestupu, dá se předpokládat, že jsou tyto ztráty, ve formě výdajů ze státního rozpočtu, ještě vyšší.

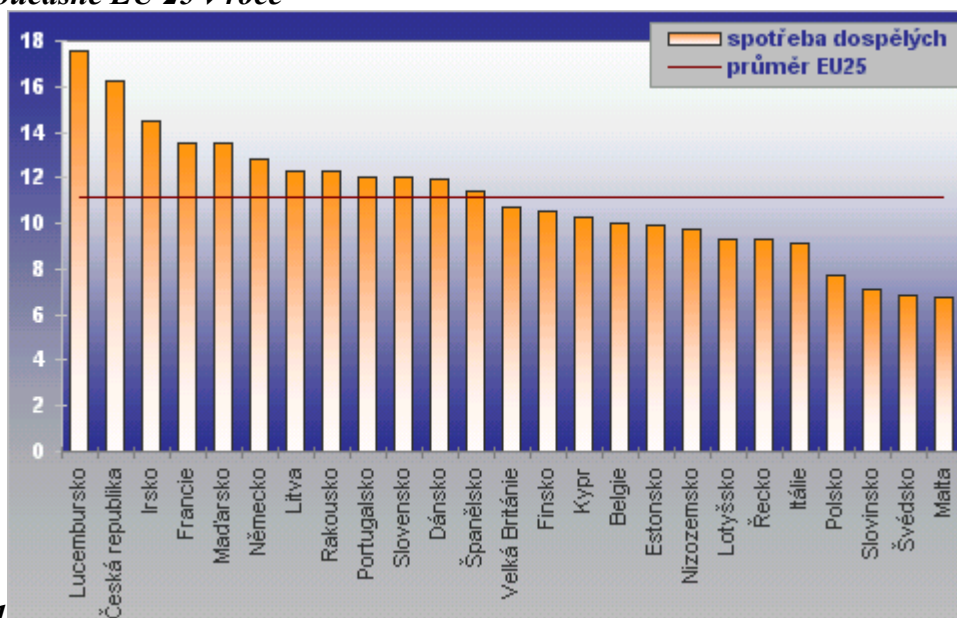
## 4.2 Spotřeba alkoholu ve srovnání s Evropou

Alkohol je v současnosti nejrozšířenější tvrdou drogou na světě.

*Nadměrné pití vedoucí k poškození organismu je ve vyspělých zemích ale mnohonásobně častější – podléhá mu až 40 % dospělé populace.* Spotřebu alkoholu v jednotlivých státech dlouhodobě sleduje **WHO**. Údaje shromažďuje z národních oficiálních statistik o produkci, prodeji, vývozu a dovozu jednotlivých druhů alkoholických nápojů. Data jsou přepočítávána na čistý alkohol

(100% alkohol či etanol), přičemž v pivu je uvažováno v průměru 4,5 procenta alkoholu, ve vínu 14 procent alkoholu a v destilátech 40 procent. Následující graf dokládá předchozí tvrzení, že ČR patří ve spotřebě alkoholu na přední místa ve světě. Pro srovnání alespoň jak si vedeme podle Světové zdravotnické organizace v rámci EU:

**Průměrná roční spotřeba alkoholu (v litrech čistého alkoholu) na 1 osobu starší 15 let v současné EU 25 v roce**



001

Zdroj: WHO- [HFA Database](#), updated June 2005

Jednotlivé země jsou seřazeny podle průměrné spotřeby čistého alkoholu *na jednoho obyvatele staršího 15 let* v roce 2001. **Nejvíce alkoholu na dospělého jedince připadalo** v tomto roce v **Lucembursku (17,6 litrů)**, v **České republice (16,2 litrů)** a v **Irsku (14,5 litrů)**. **Nejnižší průměrnou spotřebu** naopak měla **Malta (6,7 litrů)**, **Švédsko (6,9 litrů)** a **Slovinsko (7,1 litrů)**. Na jednoho dospělého obyvatele současné **evropské pětadvacítky** připadalo v roce 2001 v průměru **11,1** litrů čistého alkoholu.

Náš "výkon" nijak nesnižuje ani fakt, že se jedná o registrovanou spotřebu alkoholu, což poněkud zkrsluje skutečnou (i domácí) výrobu a spotřebu v některých státech. Zejména v Polsku, Maďarsku a na Slovensku.

### 4.3 Nejnovější statistická data

Informace uvedené v následující kapitole jsem byl nucen čerpat zejména na internetových stránkách:

<http://www.alkohol-alkoholismus.info> a <http://alkoholismus.zbynekmlcoch.cz>, protože aktuální statistické údaje týkající se alkoholu a jeho užívání jsou velmi roztržité, nebo nejsou dostupné veřejnosti vůbec. ČSÚ už nenabízí na veřejně dostupných stránkách informace týkající se vývoje spotřeby alkoholu u nás, spotřeby alkoholu ve srovnání se světem apod.

Na výše uvedených stránkách publikují především lékaři zabývající se závislostmi. Jimi získané informace z odborných oborových zdrojů lze právem považovat za validní.

Přehled dostupných studií ukazuje, že výdaje související s alkoholem se v EU vyšplhaly v roce 2003 na 1,3% HDP. To je zhruba stejně jako v případě tabákových výrobků. Mezi takové náklady patří například náklady onemocnění která jsou následkem konzumace alkoholu, ztráta produktivity z důvodu absentérství, nezaměstnanost a předčasná úmrtí. **Zpráva uvádí, že více než 10% úmrtnosti mladých žen a zhruba 25% úmrtnosti mladých mužů je možné přičíst konzumaci alkoholu.**

Průzkumy z poslední doby ukazují, že po Portugalcích a Irech jsou Češi (v přepočtu na hlavu) třetími největšími konzumenty alkoholických nápojů na světě. V pití piva jsou na celé planetě vůbec nejlepší (bohužel je to jediné stabilní české prvenství). Skleničku si čas od času neodřekne devadesát procent obyvatel starších patnácti let (a to si přitom sedmdesát procent populace myslí, že je alkohol droga jako každá jiná!). Častěji svodům podléhají muži než ženy, ti pijí bez ohledu na vzdělání v podstatě stejně. Mezi ženami mají sklony k nadměrnému pití především dobře vydělávající vysokoškolačky. Nejčastěji holdují alkoholu příslušníci věkové skupiny 35 - 44 let. Z průzkumů vyplývá, že každý čtvrtý Čech neodolá vábení minimálně dvakrát týdně a každý druhý se alespoň jednou do měsíce uvede do "mírně společenské nálady".

**Nadměrná pravidelná konzumace alkoholických nápojů se u nás týká přibližně 25% dospělé mužské a 5 % ženské populace**, milion lidí má s nadměrným pitím vážné problémy, dalších tři sta tisíc je na alkoholu závislých. V posledním, čtvrtém stádiu závislosti na alkoholu se v současnosti nachází asi 1 % závislých.

Obvykle se vysvětluje vysoká spotřeba alkoholu staletým uctíváním kultu piva, za první republiky zpopularizovaným dobrým vojákem Švejkem. Coby viník se zmiňuje také temná doba komunismu, kdy byl alkohol jediným snadno dostupným světlem. Jenže pohled do statistik zažité názory trochu zpochybňuje. **Ještě před druhou světovou válkou byli Češi jen průměrní pijani, docela se drželi i během totalitních dob. Skutečně se rozpili až v letech devadesátých. V ČR jdeme zcela proti evropským trendům. Zatímco ve většině zemí je konzumace alkoholu stabilní nebo mírně klesá, u nás pořád lehce roste.**

Příčina bude v něčem jiném než sentimentálním lpění na tradici. Jsme jediná země, kde je pivo levnější než limonáda. Nejen pivo, ale i tvrdý alkohol je v českých hospodách a restauracích na evropské poměry nezvykle levný. Příjmy z prodeje alkoholu ročně znamenají asi patnáctimiliardový příspěvek do státní kasy. V konečném důsledku je ale příjem státní pokladny za prodej alkoholu v červených číslech, na což dopláčíme my všichni.

#### **4. 4 Možnosti řešení problému alkoholismu**

A přitom Česká republika přistoupila k "Evropskému akčnímu plánu o alkoholu", který vyhlásila Světová zdravotnická organizace WHO, na níž se shodli ministři zdravotnictví evropských zemí. K akčnímu plánu je třeba poznamenat, že jej WHO vyhlásila už v polovině 90. let, jeho cílem bylo snížit spotřebu alkoholu do roku 2000 o čtvrtinu. (Nešpor., K., Csémy, L. 1995:114).

Ve vyspělých západoevropských evropských státech skutečně došlo k poklesu spotřeby alkoholu, u nás přesně naopak!

K uvedenému plánu patří mj. tyto kroky:

- **prodej alkoholu omezený a regulovaný státem** (v zemích, kde tato opatření mají /Norsko, Švédsko, Velká Británie/, a proto jsou i ceny daleko vyšší, jsou skutečně oficiální čísla spotřeby alkoholu nižší),
- **dodržování zákonné hranice 18 let pro podávání alkoholu** - prosazovat odejmutí živnosti, nebo licence k prodeji alkoholu při jejím (hranice 18 let) porušení (dosavadní zákonná úprava umožňuje jen sankce za přestupek ve výši do 3.000,- resp. 5.000,- korun)
- **zákaz reklamy na alkohol v elektronických médiích, její výrazné omezení v ostatních médiích**

Mezi další opatření, která mají přispět ke snížení nadměrného pití patří doporučení Komise EU o vytvoření obsáhlých vzdělávacích programů, které mají informovat již žáky základních škol o důsledcích spotřeby alkoholu na lidské zdraví, rodinné a společenské vztahy.

(<http://alkoholismus.zbynekmlcoch.cz>)

Je zřejmé, že zásadní kroky k nápravě neutěšeného stavu musí udělat naši volení zástupci tím, že patřičně **změní legislativní rámec**, týkající se problematiky alkoholu, alkoholismu. Příkladem může být třeba Velká Británie, kde nelze v obchodě s potravinami koupit alkoholické nápoje a zákaz prodeje alkoholu po 23. hodině.

A nejde jen o alkohol, aby závislostí u nás nebylo málo, naše republika je právem považována za "hrací doupě Evropy". Zatímco například ve Francii připadá na jeden výherní automat 22 000 osob, v ČR je tento podíl 90 osob na jeden výherní automat! (MUDr. Tkáč, v neformálním rozhovoru)

Tedy změnit legislativu, **vynaložit peníze na preventivní činnosti**, které se musí provádět ne formou jednorázových přednášek na středních školách, v lepším případě na 2. stupni základních škol, jak je tomu dosud, ale **pracovat na výchově zaměřené proti užívání alkoholu a na zdravý způsob života s dětmi od útlého věku**. Pracovat s nimi ještě v době, kdy vývojově nemají potřebu vzdoru a nedůvěry vůči poučování dospělými, ale naopak berou jejich slova a činy jako platný fakt, o kterém není třeba pochybovat. A podle mně začíná už tam velký úkol pro sociální pedagogy, pro sociální pedagogiku jako takovou. Učit děti cíleně od raného věku, formou hry a učení se prožitkem, zdravému životnímu stylu, životu bez alkoholu a drog. Potom bude daleko snazší působit později na kognitivní stránku starších dětí a studentů.

Myslím, že nejednoho rodiče pak může jejich pětileté dítě překvapit otázkou proč pije alkohol, když mu to tak ničí mozek, jak říkala ve školce paní učitelka. Pak už je na

rodičích, jak se k tomu postaví. Nedělám si iluze..., ale někde se začít musí, a nemyslím si, že by pomohly nějaké osvětové přednášky pro dospělé, pro rodiče. Přednášky neplatí

ani na mladé lidi, kteří by ještě podle zákona neměli mít s alkoholem žádné zkušenosti...

"To ovšem souvisí i s otázkou zdravotní výchovy: *V celých 85% zaujmají mladí lidé naprosto negativní stanovisko k zdravotně-výchovným materiálům, s nimiž se dosud setkali.* Možná, že jedním z důvodů nepřijímání těchto informací je to, že zobrazují "lidské trosky". Odborníci se shodují v názoru, že zdravotně výchovné publikace by měly více informovat a méně vyhrožovat. Informovanost přece jen vede k zamyšlení, výhrůžky však k systému obran. To platí i pro školní výuku."  
(Marhoulová, J., Nešpor, K. 1995:69)

## 4.5 Shrnutí

U alkoholismu střední generace jde o to, že právě **lidé střední generace jsou** z hlediska sociálních rolí, které zastávají, **páteří společnosti**. Z hlediska společensko-ekonomického jde o pracovníky v produktivním věku, od kterých společnost očekává, mimo jiné, odvádění daní, jde o živitele rodin. Z hlediska společenského v užším smyslu o manžele, rodiče dětí, které mají vychovávat jako budoucí platné členy společnosti - s tím úzce souvisí převzaté vzorce chování, které si poté přináší z orientační do nově vznikající rodiny (odhlédneme-li od genetického zatížení, které zvyšuje riziko alkoholismu troj až čtyřnásobně). To znamená, že se mnohdy problém nemusí vyřešit odchodem (často i předčasným) z rodiny alkoholika a případným založením vlastní rodiny, ale právě naopak. Problémy pak narůstají geometrickou řadou.

Opomíjení konsekvence rozpadu rodiny na samotné základy fungování státu je trestuhodnou nedbalostí, nebo zásadní ignorací moci. Statistika jednoznačně varuje, rozvádí se 50% manželství (zdroj: ročenka ČSÚ), neoddané páry žijí ve společné domácnosti často velmi rozvolněným způsobem. Na tom všem se zneužívání alkoholu a alkoholismus nemalou měrou podílí.

Na druhou otázku, položenou v úvodu, zda je nemocná společnost si na základě shromážděných výše uvedených údajů nutně musím odpovědět **ano! Společnost je nemocná**. A potřebuje pomoc. Alkoholismus a masové zneužívání alkoholu je jen jedním z viditelných syndromů, který o celkové zchátralosti organismu vypovídá.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

### **5. Realizace výzkumu**

V prvním segmentu praktické části práce jsem se zaměřil na dotazníkové šetření mezi pacienty protialkoholního oddělení psychiatrické léčebny v Brně a v Jihlavě, tedy na pacienty podstupující ústavní léčbu. Současně jsem provedl toto šetření mezi pacienty léčícími se ambulantně v Městské psychiatrické protialkoholní a protidrogové ordinaci, ul. Masarykova a Psychiatrické ambulanci Hapalova v Brně. Dotazníkové šetření probíhalo v období listopad 2007 až leden 2008. Toto šetření jsem mohl realizovat jen díky neocenitelné pomoci prim. MUDr. Pokory z PL Brno, prim. MUDr. Tkáče z PL Jihlava, prim. MUDr. Weinbergra z MPPPO Brno a MUDr. Marka z PA Elysium Brno, který mně pomohl po odborné stránce s korekcí a usměrněním rozsahu dotazníku tak, aby byl stručný a pro pacienty přijatelný. K tomu je třeba dodat, že původní verze dotazníku obsahovala pouze 7 otázek, které jsem po konzultaci s vedoucí práce doplnil ještě o dvě další (ot. č. 1 a 8).

Ve druhé části praktické práce jsem provedl dotazníkové šetření v běžné populaci, mezi lidmi, kteří nejsou na alkoholu závislí. Zajímalo mě, jaké postoje mají lidé k užívání alkoholu, nadužívání alkoholu, jak jsou tolerantní k jeho užívání ve společnosti, rodině, reklamě na alkohol.

Zajímala mě informovanost lidí o účincích alkoholu, jeho návykovosti, názory na intervenci společnosti.

Výzkum prostřednictvím dotazníkového šetření probíhal podle předem stanoveného plánu:

- stanoven cíl a hypotézy
- výběr výzkumné metody, výběr předmětné skupiny výzkumu
- sběr informací
- zpracování dat - kvantitativní analýza, přehledné tabulky ke každé otázce, případně grafické znázornění
- popis získaných výsledků
- interpretace výsledků

## 5.1 Cíl výzkumu, hypotézy

V rámci výzkumu se chci pokusit odpovědět na otázky spojené s vysokou spotřebou alkoholu u nás.

Můj názor je takový, že u nás je alkohol brán pořád víc jako lék, než jako droga. Vždyť kdo by neznal ono známé doporučení dát si po ránu hlt kořalky "na spálení červa". Navíc i lékaři často doporučují lidem s nízkým tlakem dát si sklenku červeného vína na srovnání tlaku. Je to podle mě tím, že u nás není žádoucím a progresivním způsobem prováděna osvěta, namísto ní na člověka působí denně z médií "tuny reklam" na alkohol. Vždyť i nejpoblábnější sport u nás, fotbal, má hlavního sponzora pivovar a celá nejvyšší liga má na prvním místě v názvu i logu označení jeho piva. Kdykoli je tedy v médiích zpravodajství z nejvyšší fotbalové soutěže, je zmíněn na prvním místě alkohol. Pivo a fotbal tak u nás patří neodmyslitelně k sobě. Hlavním sponzorem našich olympijských výprav je tentýž pivovar už několik sezón.



Hlavní otázka výzkumu tedy zní:

### **Proč je tak vysoká spotřeba alkoholu v naší společnosti?**

Odpověď na ni nemůže být jednoznačná a bude jistě obsahovat více faktorů.

V rámci výzkumu se chci pokusit odpovědět na otázky spojené s vysokou spotřebou alkoholu u nás, verifikovat, či falzifikovat hypotézu, že jsou jejími příčinami:

- Nedostatečná informovanost o účincích alkoholu a jeho návykovosti - alkohol ani není považován za drogu a pivo není považováno za alkohol.
- Klíčová sociální role rodiny v postoji jednotlivce k alkoholu, potažmo při vzniku závislosti - převzaté a posilované vzorce chování (tím, jaký je vztah jednotlivých členů k alkoholu, včasnost podávání dětem při rodinných setkáních, dostupnost alkoholu), ale také potom při nápravě - úsilí alkoholika léčit se.
- Vliv (píjácké) party, kamarádů
- Tlak a přetížení v zaměstnání a tlak na výkon, nebo naopak nezaměstnanost
- Stres, pocity selhání a nepotřebnosti
- Podceňování volno-časových aktivit, jako je například sportovní vyžití

#### **5.1.1 Plán výzkumu**

Hlavní část výzkumu jsem záměrně zacílil na léčené pacienty, kteří alkoholové závislosti podlehli, našli v sobě odvalu a odhodlání se léčit a jejich odpovědi na otázky položené v dotazníku proto považuji za validní, tito lidé nemají důvod něco skrývat. Dotazník vycházel z jedné známé - konstanty, kterou byl právě fakt, že všichni respondenti jsou závislí na alkoholu.

Druhou část výzkumu jsem věnoval zjištěním postojů k alkoholu a alkoholismu v běžné populaci, mezi lidmi, kteří nejsou na alkoholu závislí.

#### **5.1.2 Použité metody**

Zvolil jsem dotazníkové šetření, protože jiná metoda pro mě, jako nemedicínského intervanta, nepřicházela ve specializovaném prostředí PL a ambulancí v úvahu.

Pro zjištění vztahu osob, které nejsou na alkoholu závislé, tedy určitého vzorku běžné populace, jsem zvolil dotazník z důvodu nízké časové náročnosti pro respondenta i zadavatele a snadnější vyhodnocení výstupních dat.

#### **5.1.3 Struktura dotazníku, typy otázek**

V prvním dotazníku, pro pacienty, kteří se léčí ze závislosti na alkoholu, jsem použil dva základní druhy otázek - otázky uzavřené a s mnohonásobnou volbou odpovědi.

Tento dotazník obsahuje devět otázek. Pět otázek je s mnohonásobnou volbou odpovědi, tři otázky s uzavřenými odpověďmi a jedna otázka škálová.

V obecném dotazníku, pro náhodně vybrané osoby jsem použil tři základní druhy otázek - otázky uzavřené, s mnohonásobnou volbou odpovědi a otázky škálové.

Dotazník obsahuje 19 otázek. Devět otázek je s mnohonásobnou volbou odpovědi, pět otázek škálových a pět otázek uzavřených.

#### **5.1.4 Způsob zadávání dotazníků**

"Dotazník pro PL" jsem nechal distribuovat mezi léčené pacienty zcela podle uvážení jejich ošetřujících lékařů, kteří nejlépe ví, který moment denního režimu je pro podobnou činnost nejvhodnější.

Moje poděkování patří stejným dílem panu MUDr. Markovi z Elysium centra v Brně za pomoc při korekci dotazníku pro léčené pacienty se závislostí na alkoholu, panu primáři MUDr. Pokorovi z protialkoholního oddělení PL v Brně a primáři MUDr. Tkáčovi z PL v Jihlavě, za největší podporu při distribuci a sběru dat od jejich pacientů, primáři MUDr. Weinbergerovi z MPPPO v Brně za cenné rady a za spolupráci při sběru dat.

Dotazník, který jsem nazval "obecný dotazník" pro zjištění vztahu k alkoholu a alkoholismu v běžné populaci, jsem zčásti nechal distribuovat prostřednictvím své ošetřující lékařky, zčásti jsem jej předkládal lidem v mém okolí, na pracovišti a podobně. V krátkosti jsem jim vždy vysvětlil, co je cílem šetření a ubezpečil je, že se jedná o přísně anonymní dotazník. Vyplněné dotazníky jsem od respondentů vybíral tak, že je sami vkládali mezi už vyplněné dotazníky, aby nebylo možné zjistit jejich individuální názory.

#### **5.1.5 Způsob zpracování dat**

Odpovědi všech respondentů jsem nejdříve zadal do základní tabulky. Sebraná data byla následně zpracována v aplikaci Microsoft Excel za použití vzorců countif počet2 a vhodnou kombinací dalších běžných operátorů. Na tomto místě bych chtěl poděkovat za účinnou pomoc svému staršímu synovi, který se postaral o výše uvedenou technickou stránku zpracování dat.

V prvním dotazníku pro léčené pacienty jsem u uzavřených otázek č. 3, 5 a 6 provedl statistické vyhodnocení, stejně jako u č. 4, otázky škálové.

Pro zjednodušení měření postojů u otázek č. 1, 2, 7, 8, a 9 (s mnohonásobnou volbou) byly respondentům předem dány vymezené možnosti volby odpovědi. Tyto kvalitativní ukazatele bylo možno snáze vyhodnotit za pomoci kvantitativní analýzy a provést tak statistické vyhodnocení odpovědí.

Stejný postup jsem zvolil i u obecného dotazníku, kde se jednalo o uzavřené otázky

č. 3, 5, 15, 18, 19, škálové otázky č. 2, 4, 6, 7 a 17. A otázky s mnohonásobnou volbou odpovědi č. 1, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 a 16.

Ke každá otázce je zhotovena přehledná tabulka, u některých otázek je pro větší přehlednost připojen také graf.

### 5.1.6 Popis výsledků

Výzkumu se v první části dotazníkového šetření zúčastnilo 102 respondentů z protialkoholních odděleních PL a ambulantních ordinací, z toho 84 respondentů z PL v Brně a Jihlavě, 18 respondentů z ambulancí v Brně. Z celkového počtu 102 respondentů je 29 žen.

K tomuto dotazníku musím ještě uvést, že 18 kusů formulářů bylo vyplněno v PL Brno před doplněním o otázka č. 1 a č. 8. Proto je tato malá část dotazníků zpracována samostatně. Otázky společné pro oba typy dotazníků jsou zahrnuty do konečných celkových výsledků

Druhé části dotazníkového šetření, ke zjištění vztahu lidí k požívání alkoholu obecně, se zúčastnilo 46 respondentů, z toho 14 žen.

## 5.2 Dotazník pro pacienty, léčící se ze závislosti na alkoholu

### Věk:

Rozvrstvení respondentů (všech 102), kteří se zúčastnili tohoto šetření podle věkových kategorií:

	Muži	Ženy
15-20 let	3 %	3 %
21-30 let	19 %	10 %
31-40 let	32 %	34 %
41-50 let	30 %	28 %
51-60 let	15 %	24 %
61-70 let	1 %	0 %

I podle těchto statistických ukazatelů by se dalo dovodit potvrzení toho, že pokud závislost na alkoholu nastupuje ve své terminální čtvrté fázi po 10 až 15 letech (Skála, J. 1988), začínají muži s abúzem alkoholu dříve než ženy. Viz věková kategorie 21-30 let: mužů alkoholiků 19 %, žen alkoholiček 10 %.

### Vzdělání:

	Muži	Ženy
Základní	8,5 %	11,0 %
SOU bez maturity	42,5 %	17,5 %
SOU s maturitou	25,5 %	18,0 %
SOŠ, gymnázium	11,0 %	46,0 %
VŠ	12,5 %	7,5 %

Potvrzuje se odborníky (viz <http://alkoholismus.zbynekmlcoch.cz>) dlouhodobě sledovaný trend, že mezi muži pijí nejčastěji osoby s nižším vzděláním - zde 51 % alkoholiků, zatímco mezi ženami je nejvíc alkoholiček mezi osobami se středním a vyšším vzděláním - zde 71,5 %

### Otázka č. 1

Zde je třeba zmínit skutečnost, že v první verzi dotazníku nebyla obsažena, proto na tuto otázku odpovídalo celkem 84, nikoli všech 102 respondentů.

#### *V jaké rodině jste vyrůstal(a) ?*

	Muži	Ženy
úplné	73 %	58 %
neúplné (jen s jedním z rodičů)	17 %	21 %
rozvrácené (časté rodičovské hádky, příp. násilí)	10 %	17 %
jiné	0 %	4 %

Ukazuje se zajímavá souvislost neúplné/rozvrácené rodiny s otázkou č. 7: "Kdo vám poprvé nabídl alkohol?" Zatímco alkoholičky, které vyrůstaly v úplné rodině, uvádí první poddání alkoholu z rukou kamarádky v 57 % případů, ženy z neúplných rodin uvádějí první napití u kamaráda-ky v rovných 70 % případů.

Z toho by se dalo usuzovat, že mladé dívky, které běžně nemají tolik tendenci pít alkohol s kamarády, v partě, možná více vyhledávají kvůli narušeným poměrům v rodině útočiště a následně únik k alkoholu právě ve vrstevnických skupinách. Ženy, které citlivěji než muži vnímají zázemí rodiny, mohou být při jejím narušení více ohroženy účastí v pijáckých partách.

Pro potvrzení, či vyvrácení této domněnky by bylo nutno provést hlubší šetření (rozhovor, kazuistika).

## Otázka č. 2

***Co bylo hlavním (prvním) impulsem k Vašemu odhodlání kontaktovat léčebné zařízení, nebo vyhledat odbornou pomoc?***

	Muži	Ženy
zdravotní problémy	25 %	21 %
rodinné problémy	35 %	33 %
problémy v zaměstnání	19 %	19 %
problémy finanční	8 %	10 %
problémy společenské	6 %	10 %
jiné	7 %	7 %

Nejčastěji uvádějí respondenti jako hlavní důvod rodinné problémy, muži v 35 %, ženy v 33 % odpovědí. Na druhém místě jsou uváděny zdravotní problémy u 25 % mužů a 21 % žen, na třetím místě jsou problémy v zaměstnání u 19 % mužů a 19 % žen. Finanční problémy uvádí 8 % mužů a 10 % žen, společenské problémy 6 % mužů a 10% žen.

Odpovědi respondentů částečně potvrzují hypotézu, že klíčovou roli v postoji jedince k alkoholu i při úsilí alkoholika léčit se, hraje rodina.

## Otázka č. 3

***Setkal jste se se společenským odmítáním kvůli své závislosti na alkoholu?***

	Muži	Ženy
ano	43 %	63 %
ne	57 %	38 %

Odpovědi na tuto otázku potvrzují všeobecně známou skutečnost, že naše společnost je daleko méně tolerantní k alkoholismu žen, než mužů.

V korelaci s odpověďmi na otázku č. 2 se neprokázala domněnka, že společenské odmítání může mít významný vliv na odhodlání alkoholika podstoupit léčbu.

#### Otázka č. 4

*Věnujete se nějakému sportu, třeba jen rekreačně?*

	Muži	Ženy
ano, (celkem) pravidelně	33 %	17 %
ano, občas	37 %	13 %
už ne, nemám na to čas	18 %	38 %
ne	12 %	33 %

Zde se ukazuje, že u mužů provozování sportovních aktivit významnější vliv na potlačování alkoholismu nemá. Spíše nepřímě potvrzuje hypotézu o vlivu (píjáčké) party kamarádů, kdy po společném tréninku, zápase jdou společně na pivo, na drink. A to platí bohužel i pro profesionální sportovce, jak se může veřejnost poměrně často dozvědět ze zpravodajství médií.

Nepotvrdila se tedy hypotéza, že sportování má významný vliv (uvolňováním endorfinu po námaze) na snižování abúzu alkoholu u mužů.

Odpovědi žen alkoholiček vykazují zcela opačný přístup ke sportování. Dvě třetiny těchto žen sport neprovozuje. Jistá korelace mezi zneužíváním alkoholu namísto navození dobré nálady po sportování (dopamin - endorfinová teorie) se zde nabízí.

#### Otázka č. 5

*Jste nezaměstnaný?*

	Muži	Ženy
ano	39 %	38 %
ne	61 %	62 %

Vliv nezaměstnanosti jako jedna z výrazných příčin alkoholismu se nedá z tohoto výsledku odvodit, nicméně jej ani nevyvrací. Pro potvrzení, či vyvrácení premisy vlivu nezaměstnanosti na zvýšený alkoholismus by bylo třeba položit jednu samostatnou a další doplňující otázky, nejlépe otevřeného typu. (To ale nebylo vzhledem k cílené skupině respondentů a únosné míře rozsahu dotazníku, možné)

## Otázka č. 6

*Vykonáváte, nebo vykonával(a) jste zaměstnání, kde jste často pod tlakem, ve stresu?*

	Muži	Ženy
ano	65 %	62 %
ne	35 %	38 %

Výsledné odpovědi ukazují na potvrzení hypotézy o vlivu tlaku a přetížení v zaměstnání na abúzus alkoholu. V této souvislosti se však nabízí otázka, zda byl příčinou alkoholismu stres v práci, nebo tlak a problémy v zaměstnání nastaly v důsledku abúzu alkoholu. *Tedy, zda byl stres v práci příčinou, nebo důsledkem alkoholismu?*

Tuto pochybnost do značné míry mohou vyvrátit odpovědi na otázku č. 8, kde na dotaz: "Co bylo podle Vás hlavní příčinou toho, že jste se stal(a) závislým na alkoholu?", odpovědělo 54,5 % mužů, že stres v práci, nebo požívání alkoholu pro odstranění zábran před jednáním.

Odpovědi ženské části respondentů už tolik přesvědčivé nejsou, na otázku č. 8 odpovědělo 38 % žen, že příčinou byl stres v práci, nebo požívání alkoholu pro odstranění zábran před jednáním.

Z výše uvedeného lze usuzovat, že muži řeší častěji než ženy stres v zaměstnání sklenkou alkoholu po práci, často ve společnosti (píjácké) party (viz odpovědi na otázky č. 7 a 8), což by potvrzovalo hypotézu, že muži zvýšeně konzumují alkohol jako kompenzaci stresu v zaměstnání.

## Otázka č. 7

*Kdo vám poprvé nabídl alkohol? Kolik Vám bylo let?*

	Muži	Ženy
příbuzný	17,0 %	32,0 %
kamarád(ka)	65,0 %	57,0 %
partner(ka)	2,5 %	4,5 %
jiné (sám)	15,5 %	6,5 %
průměrný věk	16	17

Kvantitativní analýzou odpovědí lze usuzovat na potvrzení hypotézy o významném vlivu (píjácké) party, kamarádů na abúzus alkoholu. Zvláště s přihlédnutím k faktu, že tyto odpovědi uvedly osoby, které závislosti na alkoholu skutečně propadly.

K otázce prvního napití - dá se předpokládat, že alkoholici v odpovědích míní spíše, než první (náhodný) kontakt s alkoholem, počátek jeho záměrného, pravidelného užívání. Usuzují tak podle toho, že odpovědi na stejnou otázku položenou v obecném

dotazníku (viz níže) vykazují výrazně nižší průměrný věk prvního požití alkoholu: 13,2 roku u mužů a 15, 8 roku u žen.

### Otázka č. 8

*Co bylo podle Vás hlavní příčinou toho, že jste se stal(a) závislým na alkoholu?*

	Muži	Ženy
přetížení, stres v práci	26,5 %	21 %
pocit nepotřebnosti, marnosti	12,0 %	38 %
bez alkoholu nesmělý(á), pomáhal mě k překonání zábran před jednáním	28,0 %	17 %
vliv špatné party, „kamarádů“	22,0 %	10 %
jiné	11,5 %	14 %

Zde se ukazuje výrazný rozdíl mezi, na alkoholu závislými, ženami a muži. Ženy uvádějí na prvním místě pocit nepotřebnosti a marnosti (stres, distres). Navíc v kolonce "jiné" všechny upřesnily svou odpověď jako "rodinné problémy", nebo přímo "bývalý manžel, partner". Celkem pocit nepotřebnosti, marnosti a rodinné problémy uvedlo 52 % dotázaných žen. Z toho lze dovodit určité potvrzení hypotézy o tom, že stres, pocity nepotřebnosti a pocit selhání v osobním a rodinném životě má významný vliv na zvýšenou konzumaci alkoholu, především u žen.

U mužů lze považovat výsledek za potvrzení hypotézy, že příčinou abúzu alkoholu je u mužů především stres v zaměstnání a vliv party kamarádů (píjácké party).



## Otázka č. 9

*Kdo, nebo co Vám (nejvíc) pomáhá v úsilí vytrvat v léčbě a nepít alkohol?*

	Muži	Ženy
rodina	46 %	53 %
přátelé	7 %	9 %
zaměstnání	8 %	6 %
vlastní pevná vůle	32 %	26 %
jiné	6 %	6 %

Zde výsledek odpovědí potvrzuje předpoklad o klíčové sociální roli rodiny v postoji jednotlivce k alkoholu, tedy i při jeho úsilí o nápravu - léčení. Potvrzuje se, že dobré rodinné zázemí, zájem na udržení rodinných vztahů, hraje v motivaci alkoholika vytrvat v léčbě, nejvýznamnější roli.

Z respondentů středního věku, tedy lidí ve věku 31 - 50 let, kteří se zúčastnili tohoto šetření, odpověděly na otázku číslo 9 "kdo jim pomáhá vytrvat v léčbě" plně dvě třetiny (přesně 66,7 %), že je to právě rodina. A to ještě navíc v kolonce "jiné" jsou nejčastěji uváděny upřesňující odpovědi jako přítel, přítelkyně, manželka, děti.

Výstižně to napsal jeden pacient ambulantní léčby v Brně: "zachování úcty vlastních dětí"

### 5.3 Interpretace výsledků speciálního dotazníku

Analýzou kvantifikovaných empirických dat se po vyhodnocení jednotlivých otázek s určitou mírou pravděpodobnosti, danou metodou tohoto šetření, podářilo prokázat hypotézu o příčině vysoké spotřeby alkoholu v naší společnosti, spočívající v klíčové sociální roli rodiny v postoji jednotlivce k požívání alkoholu, i při nápravě - úsilí alkoholika léčit se.

Dále se podařilo potvrdit dílčí hypotézu, že muži zvýšeně konzumují alkohol jako kompenzaci stresu v zaměstnání. U žen se tato domněnka nepotvrdila.

Došlo spíše k určitému potvrzení hypotézy o tom, že stres, pocity nepotřebnosti, marnosti mají významný vliv na zvýšenou konzumaci alkoholu žen.

Naopak se nepotvrdila domněnka, že sportování má významný vliv na snižování abúzu alkoholu u mužů. U žen tato domněnka může mít určité opodstatnění, pro její potvrzení by však bylo nutno šetření doplnit o samostatnou otázku na toto téma.

Nepodařilo se prokázat platnost domněnky, že společenské odmítání může mít významný vliv na odhodlání alkoholiků podstoupit léčbu. Daleko nejvýznamnější roli zde hraje rodina.

Vliv nezaměstnanosti jako jedné z výrazných příčin alkoholismu se nedala z jedné uzavřené otázky věrohodně potvrdit, i když ji ani nevyvrací. Pro potvrzení, či vyvrácení premisy vlivu nezaměstnanosti na zvýšený alkoholismus by bylo třeba položit samostatnou otázku, nejlépe otevřeného typu.

### 5.4 Obecný dotazník ke zjištění vztahu běžné populace k

## požívání alkoholu

### Otázka č. 1

*Jaký je Váš názor na alkohol - alkoholické nápoje?*

	Muži	Ženy
patří k životu	28 %	14 %
každý se rád (někdy) napije	50 %	43 %
já se bez něj obejdu	19 %	43 %
bez něj by bylo na světě lépe	3 %	0 %

Podle očekávání polovina mužů a téměř polovina žen zvolila univerzální odpověď "b". Zajímavější jsou odpovědi žen, které ve 43% uvedly, že se bez alkoholu obejdou, oproti 19 procentům mužů. Ukazuje se, že ženy mají daleko vyhraněnější vztah k alkoholu. Zároveň muži zauímají mnohem víc nejvstřícnější postoj k alkoholu.

### Otázka č. 2

*Myslíte si, že se v ČR vypije alkoholu více, než je průměr v Evropě?*

	Muži	Ženy
určitě ano	6 %	21 %
ano	56 %	43 %
ne	38 %	29 %
určitě ne	0 %	7 %

Ukazuje se, že třetina lidí vůbec neví o našem prvenství na světě v pití piva a bronzové příčce v celkové spotřebě alkoholu na osobu a rok!

Asi je někde chyba, aspoň bychom o těchto faktech měli být dobře informováni, když už proti tomu příslušná místa nic nedělají.

### Otázka č. 3

***Myslíte si, že by se měla zvýšit zákonem stanovená věková hranice pro užívání alkoholu ze současných 18 let?***

	Muži	Ženy
ano	22 %	29 %
ne	78 %	71 %

Přestože téměř dvě třetiny respondentů jsou si vědomy skutečnosti, že se u nás pije víc než v Evropě (a tím i ve světě), pro zvýšení zákonné hranice požívání alkoholu z 18 let, se vyslovila pouhá čtvrtina z nich.

Ukazuje to, na celkovou vysokou toleranci vůči alkoholu v naší společnosti.

#### **Otázka č. 4**

***Vadí Vám reklama na alkoholické nápoje v médiích, zejm. v televizi?***

	Muži	Ženy
zakázal(a) bych ji	19 %	36 %
vadí mně hodně	6 %	7 %
trochu mně vadí	6 %	14 %
příliš mně nevadí	41 %	29 %
vůbec mně nevadí	28 %	14 %

Ženy zaujímají radikální postoj k této problematice dvojnásobně častěji než muži. Opět se potvrzuje vyšší tolerantnost k alkoholu u mužské části respondentů. Více napoví odpovědi na otázku č. 5.

### Otázka č. 5

*Má podle Vás reklama na alkoholické nápoje v médiích vliv na jeho zvýšenou konzumaci?*

	Muži	Ženy
ano	56 %	43 %
ne	44 %	57 %

Přestože je zřejmá korelace mezi touto otázkou a otázkou číslo 4, vyslovilo se pro zákaz reklamy na alkohol jen 19 % mužů, i když si je vědomo jejího vlivu na zvýšený konzum alkoholu 56 % mužů.

Zajímavé je, že ačkoli vliv reklamy na zvýšený konzum alkoholu připouští méně žen než mužů, pro její zákaz se vyslovilo výrazně větší procento žen (36 %), než mužů.

### Otázka č. 6

*Považujete desetistupňové pivo za alkoholický nápoj, který je svými účinky srovnatelný s tvrdým alkoholem - destiláty?*

	Muži	Ženy
určitě ano	9 %	36 %
spíše ano	28 %	21 %
spíše ne	38 %	29 %
určitě ne	25 %	14 %

Potvrzuje se hypotéza, že pivo není v naší společnosti stále ještě považováno za alkohol, minimálně není vnímán jako alkohol se stejným účinkem jaký mají destiláty.

Přesto je pro mě fakt, že 63 % mužů a 43 % žen vnímá pivo jako neškodný nápoj, více než zarážející. Lze to považovat za jasný signál neinformovanosti až nevědomosti o účincích a návykovosti alkoholu.

### Otázka č. 7

***Myslíte si, že se dá uskutečnit návštěva, či oslava např. u příbuzných, známých bez alkoholických nápojů?***

	Muži	Ženy
určitě ano	28 %	43 %
ano	59 %	57 %
ne	9 %	0 %
určitě ne	3 %	0 %

Očekávané odpovědi. Přestože se většina mužů staví k alkoholu velmi vstřícně, dvě třetiny z nich uvádí, že návštěvu u příbuzných bez alkoholu lze uskutečnit. Otázkou zůstává, jak je tato možnost naplňována v praxi.

#### **Otázka č. 8**

***Jaký máte názor na to, když desetileté dítě na velké rodinné oslavě vypije (jako přípitek oslavenci) místo limonády nějaký slabší alkoholický nápoj (vermut)?***

	Muži	Ženy
určitě se nic nestane, to neublíží	9 %	0 %
jen výjimečně se to dá omluvit	25 %	21 %
asi by se to nemělo stát	38 %	50 %
nesmí se to stát ani výjimečně	28 %	29 %

Částečně se potvrzuje hypotéza, že je naše veřejnost neinformovaná o účincích alkoholu a jeho návykovosti. Také to částečně potvrzuje domněnku o vysoké toleranci ve společnosti vůči požívání alkoholu. Platí to hlavně pro mužskou část respondentů, kdy třetina z nich by klidně desetiletému dítěti dovolila vypít místo limonády lihovinu o obsahu alkoholu 16 až 18 %. Varovné je, že totéž platí o pětině žen, matek.

#### **Otázka č. 9**

### *V jaké rodině jste vyrůstal(a)?*

	Muži	Ženy
úplné	97 %	100 %
neúplné (jen s jedním z rodičů)	3 %	0 %

### **Otázka č. 10**

#### *Pijete alkoholické nápoje?*

	Muži	Ženy
ano, denně	3 %	7 %
ano, často	3 %	0 %
příležitostně, podle chuti, jako většina	72 %	57 %
výjimečně, párkrát do roka	19 %	29 %
ne, nepiji vůbec, jsem abstinent	3 %	7 %

Ukazuje se, že v naší populaci není lidí zdrženlivých v pití alkoholu mnoho, abstinentů je ještě méně.

### **Otázka č. 11**

#### *Při jaké příležitosti nejčastěji pijete alkoholické nápoje?*

	Muži	Ženy
od žízně	3 %	7 %
k navázání, či upevnění společenských, pracovních kontaktů	6 %	0 %
jen tak	0 %	7 %
k zahnání špatné nálady, stresu	9 %	7 %
při posezení s přáteli	66 %	64 %
jiné	9 %	7 %
ne nepiji	6 %	7 %

Dvě třetiny lidí pije alkohol při posezení s přáteli. Z toho lze usuzovat na potvrzení hypotézy, že role party přátel má vliv na zvýšenou konzumaci alkoholu.

### **Otázka č. 12**

***Vzpomenete si jak jste se poprvé dostal(a) k alkoholu - při jaké to bylo příležitosti?***

	Muži	Ženy
na rodinné oslavě	33 %	29 %
u kamaráda(ky)	13 %	14 %
v hospodě	13 %	0 %
na zábavě	22 %	36 %
na "bečce"	6 %	0 %
doma	13 %	14 %
jinak	0 %	7 %

Z výsledků se dá odvodit potvrzení hypotézy o klíčové roli rodiny (zde 44 % odpovědí) v postoji vůči alkoholu, potažmo příčině zvýšené konzumace alkoholu.

Stejně tak se zde potvrzuje hypotéza o významné roli kamarádů, pijácké party - zde odpovědi "u kamaráda, na zábavě, v hospodě na bečce" celkem u 54 % mužů a 50 % žen.

**Otázka č. 13**

***Kdo vám poprvé nabídl alkohol?***

	Muži	Ženy
nejbližší příbuzný	25 %	21,0 %
sourozenec	0 %	7,0 %
blízký příbuzný	16 %	14,5 %
vzdálený příbuzný	0 %	7,5 %
kamarád(ka)	53 %	36,0 %
partner(ka)	0 %	0,0 %
jiné	6 %	14,0 %
Průměrný věk	13,2	15,22

Výsledné statistické ukazatele potvrzují výstupy z odpovědí na otázku č. 12. První napití alkoholu podaného z rukou příbuzného uvedlo 41 % mužů a 36 % žen. V upřesňujících odpovědích u možnosti "jiné" uvádí většina "sám/sama".

Rovněž se potvrzuje hypotéza o významné roli kamarádů, pijácké party. V odpovědích mužů je první napití alkoholu z rukou kamaráda v 53 % a u žen ve 36 % případech.

Varováním je průměrný věk, kdy se u nás poprvé člověk napije alkoholu. A to lze ještě s velkou pravděpodobností usuzovat na to, že první napití se alkoholu ve 14 letech (v průměru) nebylo poslední před dovršením 18 ti let. Navíc je třeba brát v potaz, že se

jedná o statistický, aritmetický průměr odpovědí. Nejsou výjimkou odpovědi, že se tak stalo poprvé v osmi, ale i v pěti letech. O upřímnosti těchto odpovědí nepochybuji. Méně přesvědčivě působí odpovědi, ve kterých je uváděno první napití v 18 letech, zde se možná projevila autocenzura a snaha upřednostnit odpověď, která je ve společnosti žádoucí, před odpovědí pravdivou.

#### Otázka č. 14

*Jak se díváte na problém závislosti na alkoholu a vysoké spotřeby alkoholu u nás?*

	Muži	Ženy
je to společenský problém, stát by to měl řešit, třeba změnou některých zákonů	44 %	50 %
je to ryze individuální problém, kdo nechce, přece alkohol pít nemusí	56 %	50 %

Ukazuje se, že lidé u nás vnímají problém alkoholismu až nečekaně často jako společenský problém, který by měl řešit stát. Je třeba vidět, že je vyjádřen obecný souhlas se změnou zákonů. Jak by respondenti odpovídali, pokud by otázka zněla např. "Souhlasíte se zdražením alkoholu a jeho omezenou dostupností?" lze pouze spekulovat.

Přesto je to výrazný signál veřejnosti směrem k moci zákonodárné a výkonné. Je výrazem toho, že lidé vnímají alkoholismus jako problém naší společnosti a jsou ochotni akceptovat zákonné změny a následná opatření, které by ať na straně sanace sítě státních zdravotnických zařízení (AT ordinací, léčeben), nebo restriktivních opatření (uvedených v podotázce), přineslo s sebou tak či tak další výdaje hrazené z kapes daňových poplatníků, nás všech.

#### Otázka č. 15

*Myslíte si, že se dá závislost na alkoholu vyléčit?*

	Muži	Ženy
ano	81 %	71 %
ne	19 %	29 %

Upřesnění k výkladu uvedeného výsledku přinese následující otázka č. 16.

#### Otázka č. 16



***Myslíte si, že člověk závislý na alkoholu, který úspěšně absolvoval léčbu a abstinuje více jak pět let, se může napít alkoholického nápoje v malém množství, např. jedno pivo, a nevrátí se tím do stejného stavu závislosti jako před léčbou?***

	Muži	Ženy
po jednom pivu se nemůže nic stát	3 %	0 %
po tak dlouhé době jedno pivo vypít může, nesmí ale vypít víc	31 %	14 %
neměl by vypít ani to jedno pivo	41 %	21 %
nesmí pít žádný alkohol, jinak se vše vrátí	25 %	64 %

Tři čtvrtiny respondentů (66 % mužů a 81 % žen) ví, že abstinující alkoholik nesmí napít žádného alkoholu.

Zarážející je poměrně vysoký počet mužů (33 %), kteří si myslí, že abstinující alkoholik vypít pivo může. To má zřejmě souvislost s následujícím konstatováním.

Ve vztahu k otázce č. 15 se ukazuje, že s vysokou pravděpodobností považuje většina populace trvale abstinujícího alkoholika za vyléčeného.

To svědčí ve prospěch potvrzené hypotézy, že jedna z příčin vysokého užívání alkoholu u nás spočívá v neinformovanosti a mylném, zkresleném názoru na návykovost alkoholu a nebezpečnosti závislosti na alkoholu, která je doživotní.

## Otázka č. 17

***Věnujete se nějakému sportu, třeba jen rekreačně?***

	Muži	Ženy
ano, (celkem) pravidelně	44 %	29 %
ano, občas	44 %	29 %
už ne, nemám na to čas	3 %	21 %
ne	9 %	21 %

Výsledná skladba odpovědí na tuto otázku potvrzuje fakta, zjištěná v dotazníku předloženého alkoholikům, že u mužů provozování sportovních aktivit významnější vliv na potlačování alkoholismu nemá.

Mezi alkoholiky provozovalo sport celkem 68 % dotázaných, u běžné populace je tento výsledek 88 %. Přesto nevykazují postoje k alkoholu (v běžné populaci), u sportujících mužů oproti nespportujícím, nijak významné odlišnosti, které by snad mohly svědčit o větší vstřícnosti k požívání alkoholu u nespportovců.

Mezi alkoholičkami se věnovalo sportu jen 28 % z nich. Určitý vztah nepřímé úměry mezi zneužíváním alkoholu oproti navození dobré nálady po sportování se u

alkoholiček nabízí. Výsledné odpovědi žen v běžné populaci, kde sportuje 58 % z nich, lze s jistou dávkou opatrnosti označit za potvrzení domněnky, že u žen má provozování sportovních aktivit významný vliv na potlačování abúzu alkoholu.

Tedy se potvrzuje hypotéza, že *podceňování volno-časových aktivit, jako je například sportovní vyžití*, může mít u žen významný vliv na zvýšený konzum alkoholu.

### Otázka č. 18

*Jste nezaměstnaný?*

	Muži	Ženy
ano	0 %	7 %
ne	100 %	93 %

Vzhledem ke stoprocentní zaměstnanosti mužské části a 93 procentní zaměstnanosti ženské části, nelze provést srovnání postojů k alkoholu mezi nezaměstnanými a zaměstnanými respondenty.

### Otázka č. 19

*Vykonáváte zaměstnání, kde jste často pod tlakem, ve stresu?*

	Muži	Ženy
ano	69 %	57 %
ne	31 %	43 %

Ukazuje se, že muži častěji hodnotí svou práci jako stresující oproti ženám. (Nakolik oprávněně, není předmětem tohoto šetření). Výsledek šetření mezi alkoholiky naznačuje, že muži také oproti ženám zvýšeně konzumují alkohol jako kompenzaci stresu v zaměstnání.

## 5.5 Interpretace výsledků obecného dotazníku

Analýza kvantifikovaných výsledků jednotlivých odpovědí naznačuje, že ženy mají daleko méně apriorně kladný vztah k alkoholu, než muži, téměř polovina jej podle svých slov k životu nepotřebuje.

Muži naproti tomu zaujímají ve všech položených otázkách vždy daleko liberálnější postoj k alkoholu - k jeho užívání, reklamě na alkohol v médiích, škodlivosti a návykovosti alkoholu vůbec. Dvě třetiny mužů ani nepovažují pivo za alkoholický nápoj. Třetina mužů by dokonce desetiletému dítěti dovolila vypít místo limonády lihovinu o obsahu alkoholu 16 až 18 %. Alarmující je, že totéž platí o pětina žen, matek.

Tyto výsledky svědčí o tom, že v naší společnosti je tolerance k požívání alkoholu vysoko nad únosnou hranici, která by byla ještě vysvětlitelná rozumnými argumenty. Jednou z příčin tohoto stavu se jeví neznalost a neinformovanost lidí o skutečných účincích alkoholu na lidský organismus, především na mozek. To současně potvrzuje hypotézu, že jedna z příčin vysokého užívání alkoholu u nás spočívá v neinformovanosti a mylném, zkresleném názoru na návykovost alkoholu.

Dvě třetiny respondentů uvádí, že pijí alkohol při posezení s přáteli. Z toho lze usuzovat na potvrzení hypotézy, že role (píjácké) party přátel má významný vliv na zvýšenou konzumaci alkoholu. To platí především o mužích.

Podle mého názoru výše uvedené výsledky šetření nevyvracejí hypotézu o hlavní roli rodiny v postoji jednotlivce k alkoholu, spíše naopak. Potvrzuje se klíčová sociální role rodiny (od dětství) v postoji jednotlivce k alkoholu Téměř polovina respondentů se poprvé napila alkoholu z rukou příbuzného. Prostředí rodiny je první a nejvýznamnější prostředí, kde dochází k socializaci a výchově člověka. Je zřejmé, že lidé, kteří od dětských let vyrůstají obklopeni svými nejbližšími, kteří sami alkohol pijí při každé příležitosti a dokonce jej dávají i svým (malým) dětem, budou nutně alkohol považovat za běžnou součást života, podobně jako ostatní nápoje a potraviny.

*Převzaté a posilované vzorce chování z orientační rodiny, hrají podle mě klíčovou roli v postoji (většinou velmi kladném) jednotlivce k alkoholu a ve svém důsledku k nadměrném pití alkoholu v naší společnosti.*

Pro mě je milým překvapením výsledek u otázky číslo 14, kde téměř polovina lidí shledává vysokou spotřebu alkoholu a alkoholismus u nás jako společenský problém, který by stát měl řešit, třeba i změnou některých zákonů. To je významný signál ve společnosti, která je už 18 let směřována k individualismu.

## ZÁVĚR

Sametová revoluce, která měla přinést osvobození ze žaláře nesvobody a

všudypřítomného špiclování..., přinesla podle mého názoru jen přechod do jiné cely - diktátu peněz, majetku a zoufalé honby za nimi. Nemáme čas si udělat chvilku pro své nejbližší, protože všechen zabírá nikdy nekončící a stupňující se bezohledná honba za penězi, kariérou, mocí.

Pod všespasitelnými a dogmatickými pojmy typu "neviditelná ruka trhu, ekonomická reforma, neexistence třetí cesty (přitom kuponová privatizace byla flagrantní třetí cestou a dlužno dodat že cestou nepovedenou, která rozvoj naší společnosti neposunula kupředu, ale vrátila do kapitalismu 30. let minulého století), nemožnost = neochota rozlišovat špinavé peníze" (ta byla přímou pozvánkou pro nejružnější mafie a "investory", kteří si k nám přišli jen vyprat špinavé peníze). O co víc můžeme dnes jen tiše závidět jiným postkomunistickým zemím, které se nenechaly vmanipulovat do ekonomického experimentu několika vizionářů z Prognostického ústavu... Myslím tím příklad Slovinska, které privatizuje státní podniky postupně, s rozvahou a jen zájemcům, kteří jsou z oboru, mají zájem na jejich fungování a jsou schopni domácí podniky rozvíjet. Podobně je na tom i Polsko, které teprve v současné době uvažuje o privatizaci menších a středních státních podniků! Ty velké si stát drží jako slepici nesoucí zlatá vejce.

Narovnání pokřivené morální páteře národa, kterou těžce zasáhla v dějinách už Bílá hora a v novodobé historii Mnichov 1939, únor 1948 a srpen 1968, se po listopadu 1989 nedostavilo. Příležitosti a moci se chopili draví komunisti, kteří jen čekali na svou příležitost. S "tlustou čarou za minulostí" jim narostla křídla. Ekonomiku ovládly staré stranické kontakty a klientismus.

V daleko větší míře než jsme si ochotni připustit na nás působí rozčarování až zoufalství z toho že s tím nejsme schopni nic udělat, že se společnost vyvíjí jinak, než jsme si na začátku 90. let představovali. Patřím také ke střední generaci a takto jsem si vývoj v naší společnosti nepředstavoval ani v tom nejhorším snu. Z prosperujících strojírenských podniků, které byly (v rámci tehdejších možností) konkurenceschopné ve světě, se po nájezdu zlatokopů kuponové éry staly torza, nebo zanikly úplně. Jediný velký průmyslový podnik, který prosperuje, je Škoda - auto Mladá Boleslav, který byl našťastí privatizován ještě před kuponovým šílenstvím, klasickou cestou. Jinak se předválečná sláva českého průmyslu asi navždycky stala jen minulostí.

Vidím okolo sebe vrstevníky, kteří zcela rezignovali a vrátili se ke starým osvědčeným zvykům z doby před listopadem 1989. Stáhli se znovu do sebe, do svých ulit (mnozí po neúspěšných pokusech o poctivé podnikání) a věnují se jen své rodině, pokud jim zůstala pohromadě, anebo se denně chodí ze všeho vypít do hospody (to většinou), kde tráví celé dlouhé večery. Podnik, ve kterém dříve pracovali už dávno neexistuje, nebo má v pořadí desátého majitele a ten neplatí, stejně jako ti před ním a pokud ano, tak jen minimální mzdu a zbytek dostávají na černo na ruku, aby pan podnikatel ušetřil na daních. Ti lidé nejsou hloupí, dobře ví, že je to do budoucnosti bude stát možná živoření za důchody vyměřené z oficiálně pobíraných platů. Ale co jim zbývá, sami s tím nic nezmůžou... Jediné, co pak pro sebe udělat mohou, aby chmurné myšlenky zahnali, že "jdou na jedno", které jim pomůže na čas zapomenout v partě lidí s podobnými starostmi.

Když se v této souvislosti vrátím k sociologické teorii vzniku závislosti, otázka nestojí tak, jest-li mají pijácké party vliv na zvýšený abúzus alkoholu, otázka zní, proč vznikají a proč jich neustále přibývá. Nespokojenost se společenským vývojem, morálním úpadkem, je podle mého názoru výrazným faktorem, který zvyšuje spotřebu

alkoholu u nás. Dále zvýšený společenský tlak na výkon v zaměstnání, až dogmaticky preferovaný konzumní způsob života (naši ekonomové si pochvalují, že HDP táhne neustále se zvyšující spotřeba domácností...), povrchnost a neupřímnost vztahů (s bezduchým konzumem související) ať už partnerských, nebo pracovních, ženou často člověka k úniku do "uklidňující a nezištné" náruče alkoholu.

Ale alkohol nepopíjejí jen lidé kvůli "blbě náladě" ve společnosti, samozřejmě. Vstřícnost ke konzumaci alkoholu a jeho uznávané funkci společenského pojítka, odreagování, se u nás bere jako norma. Pijí všichni, úspěšní oslavují své úspěchy, zklamání a neúspěšní zapíjejí svůj žal. Do jisté míry tomu tak bylo u nás vždycky. Ale rozvolnění pravidel, demokracie, kterou si mnoho lidí plete s anarchií, nárůst alkoholismu šroubuje do nebezpečných výšin.

Začít musíme každý sám u sebe, jinak to asi nepůjde, těžko předpokládat, že by změna přišla "shůry". Je nutné změnit myšlení a přístup, (nejen) k požívání alkoholu. Každý z nás může ovlivnit své bezprostřední okolí, když už ničím jiným, tak svým příkladem, kdy ve společnosti (přátel, blízkých) alkohol buď zcela odmítne, nebo si dá jen jednu, dvě sklenky a dál piji nealko. Jednak tím dělá něco pro své zdraví a jednak tím dokáže sobě i ostatním, že bavit se dá i bez alkoholu. A že společnost přátel je důležitější faktor dobré nálady, než její umělé navození alkoholem. Pokud jde o rodiče, který tak činí před svými dětmi, je tento příklad ještě mnohonásobně cennější. Tou nejlepším prevencí je vlastní chování, příklad.

Věřím, že byť nepatrnou měrou, může praktická část této práce, tedy výzkum, lépe řečeno dotazníkové šetření, které jsem provedl (nejen) mezi léčícími se alkoholiky, přispět k poznání, kam má sociální pedagogika v otázce problematiky alkoholismu napřít nejvíce své úsilí při svém základním a hlavním poslání a tím je společenská prevence (patologických jevů).

Výsledky šetření naznačují, že hlavní příčina vysoké spotřeby alkoholu v naší společnosti, spočívá v klíčové sociální roli rodiny, v jejím působení na postoj jejich členů k požívání alkoholu od dětských let.

Potom cílovou skupinou musí být nutně rodina. Obávám se, že na tu jsou sociální pedagogové krátkí. Určitě, pokud by ve svém úsilí zůstali osamoceni. Je zřejmé, že nutně musí dojít ke změně přístupu státního aparátu. Změna příslušných zákonů je jen malým krůčkem na cestě za zdravější společností.

Co ale sociální pedagogika od počátku ovlivnit může, je výchova dětí v předškolním a školním zařízení. Cílovou skupinou by měly být pro sociální pedagogy, podle mého názoru, především děti od nejútlejšího věku. Tedy od chvíle, kdy se dostanou do institucionalizovaného kolektivu mateřských škol. Pak se s nimi bude lépe pracovat i v pozdějším věku, působit na jejich postoje (nejen) k alkoholu. Není snad nutno dodávat, že i to je spojeno minimálně se změnou koncepce výuky (výchovy a vzdělávání), počínaje MŠMT. Moderní přístupy k výuce, učení a výchova prožitkem jsou podle mého názoru těmi přístupy, které u dětí mohou přinést poměrně rychle výsledky, které nedocílíme hodinami nudných výkladů ani tunami propagačních letáků, varujícími před účinky alkoholu.

Podle mě nejvíce může ovlivnit postoj k alkoholu ve společnosti zase příklad. Nejlépe vysílaný v televizi místo reklam na alkohol, která by měly být zrušena. A pro nás "televizně seriálový" národ, nejlépe příklad (hereckých) celebrit.

Pokud by se začali známí herci, a umělci vůbec, vyjadřovat k požívání alkoholu jako

k něčemu, co je nemoderní, nepřijatelné až hloupé, zkrátka, že kdo pije není "in" (podobná kampaň běží v USA už několik let a spotřeba alkoholu se tam na rozdíl od naší republiky snižuje), poměrně rychle by to většina společnosti vzala za své. Při souběžné už zmiňované moderní výchově a vzdělávání dětí a případně restrikcí k prodeji alkoholu, musí nutně dojít ke snižování spotřeby alkoholu a tím k ozdravení naší společnosti.

Otázkou zůstává "pouze" to, jak je k tomu motivovat... Příkladem mohou být herci, kteří alkoholu dříve propadli, a kteří nyní úspěšně dlouhodobě abstinují. Takových osobností není málo a jejich jména lze snadno nalézt na seriózních internetových stránkách, zabývajících se problematikou alkoholismu, kde svůj problém otevřeně přiznávají a k problematice abúzu alkoholu u nás někteří kriticky vystupují. Jen jim dopřát více sluchu a v médiích více prostoru, (který zabírá reklama na alkohol).

Lze říci, že cíle nastíněného v úvodu bylo dosaženo. Hlavními příčinami vysoké spotřeby alkoholu a alkoholismu u nás se jeví dvě, které spolu úzce souvisejí. Tou první a základní je selhání státu, který zcela pustil ze zřetele alkohol jako drogu a rezignoval na svou funkci dohledu nad její spotřebou a regulací. Nechal samovolně rozložit ucelený a fungující systém zdravotní, preventivně léčebné péče, aniž nabídnul a realizoval jakýkoliv jiný, aktuálnější a požadavkům společenských změn odpovídající, funkční systém.

Druhou stranou téže mince je klíčová funkce rodiny, která velmi často selhává v prevenci užívání alkoholu zejména u svých nejmladších členů, dětí. A to i vlivem neinformovanosti rodičů, tedy lidí střední generace, o nebezpečí účinků alkoholu, volné reklamy v médiích, snadnou dostupností apod. Tedy tím, co má v kompetenci stát. Ohromný pozitivní potenciál zdravě fungující rodiny se naopak projevuje v motivaci, jejich na alkoholu závislých členů, k léčbě.

## **RESUMÉ**

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou abúzu alkoholu v naší společnosti a jeho neúměrně vysokou spotřebou vůbec. Klade si otázky po důvodu tak vysoké

spotřeby a snaží se na ně odpovědět. Je rozdělena na dvě části, na část teoretickou a praktickou. První, teoretická část práce, obsahuje kapitoly jedna až čtyři, druhá, praktická část, je zpracována v kapitole pět.

Úvodní kapitola pojednává o užívání alkoholu v jeho historických souvislostech. Další už je věnována alkoholové závislosti, teoriemi o jejím vzniku, jejími typy a stádií. Všímá si rozdílů mezi alkoholovou závislostí muže a ženy. V další, třetí kapitole, porovnává rozdíly v léčbě závislých na alkoholu před listopadem 1989 a dnes, hodnotí současnou neutěšenou situaci. Čtvrtá kapitola se zabývá statistickými údaji o vývoji spotřeby alkoholu, jejím dopadu na celou společnost a možnostmi řešení problému vysoké spotřeby alkoholu a alkoholismu.

V praktické části, v poslední kapitole, se bakalářská práce zabývá výzkumem, dotazníkovým šetřením, provedeným mezi pacienty léčícími se ze závislosti na alkoholu a obdobným šetřením mezi běžnou populací. Výsledky empirických dat analyzuje a vyvozuje z nich odpovídající závěry.

## **ANOTACE**

Tato bakalářská práce pojednává o neúměrné spotřebě alkoholu v naší společnosti, s tím úzce související alkoholové závislosti, a o možnostech její léčby dnes, v porovnání s možnostmi a kompetencemi lékařů před rokem 1989. Zabývá se aktuálními

statistickými údaji a výzkumy týkajícími se abúzu alkoholu u nás a nabízí možnosti řešení tohoto neutěšeného stavu.

Praktická část je věnována analýze empirických dat získaných v dotazníkovém šetření. S jejich pomocí se pokouší odpovědět na hypotézy položené v úvodu.

## **ANNOTATION**

This bachelor labour treats of excessive usage of alcohol in our society, alcohol addiction and treatment choices of this addiction. I compared medical options nowadays and before 1989. My labour puts mind to actual statistic data and researches about excess expense alcohol usage in our conditions. I think this labour offers solutions to this disconsolate stadium.

Practical part is devoted to analysis of empirical data gaires in examination of checklists. Thanks to this examination I try to answer hypotheses put in introduction.

## **Klíčová slova :**

alkohol, alkoholismus, misúzus, abúzus, závislost, prevence, záchytná stanice, ambulantní léčba, ústavní léčba, následná péče, psychoterapie, mediální gramotnost, respondent, postoje, rodina

## **Keywords :**

alcohol, alcoholisms, misúzus, abúzus, addiction, prevention, drunk tank, ambulatory treatment, inpatient treatment, post-care, psychotherapy, medial literacy, informant, position, family

## **Použitá literatura a prameny:**

Doc. MUDr. SKÁLA, J., a kolektiv, Závislost na alkoholu a jiných drogách.,  
1. vyd. Praha: Avicenum, zdrav. nakladatelství, n. p., 1987, 208 s. ISBN 08-077-87

Doc. MUDr. SKÁLA, J., CSc. ... *až na dno!?* FAKTA O ALKOHOLU A JINÝCH



*NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH (zneužívání a závislost)*, 4. vyd. Praha: Avicenum, zdrav. nakladatelství, n. p., 1988, 139 s. ISBN 08-045-88

BRAGDON, A., GAMON, D., *Když mozek pracuje jinak.*, 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2006, 120 s. ISBN 80-7367-066-6

PhDr. ŘEHAN, V., *Závislost na alkoholu a jiných drogách - psychologický přístup.*, 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci, 1994, 77 s. ISBN 80-7067-359-1

Doc. MUDr. SKÁLA, J., CSc., *Alkohol a jiné (psychotropní) drogy: abusus a závislost*, 1. vyd. Praha: Avicenum, zdrav. nakladatelství, n. p., 1986, 47 s. ISBN 08-090-86

Prim. MUDr. NEŠPOR, K., CSc., *Jak překonat problémy s alkoholem vlastními silami. Určeno lidem, kteří mají problémy s alkoholem, i těm, kdo jim chtějí pomáhat*, vyd. Praha : Sportpropag pro MZ ČR, 1996, 123 s. (nemá ISBN, neprodejné)

Prim. MUDr. NEŠPOR, K., PhDr. Csémy, L., *Alkohol, drogy a vaše děti. Jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat*, 3. vyd. Praha: Sportpropag, a.s., ve spolupráci s MŠMT ČR, 1995, 160 s. (nemá ISBN, neprodejné)

VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky.*, 2. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2000, 444 s. ISBN 80-7178-496-6

MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K., *Alkoholici, feťáci a gambleři.*, 1. vyd. Praha: Empatie, 1995, 112 s. ISBN 80-901618-9-8

ŠEDIVÝ, V., VÁLKOVÁ, H., *Lidé, alkohol, drogy.*, 1. vyd. Praha: Naše vojsko, n.p., 1988, 160 s. ISBN 28-049-88

NEŠPOR, K., PERNICOVÁ, H., CSÉMY, L., *Jak zůstat fit a předejít závislostem.*, 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o. 1999, 120 s. ISBN 80-7178-299-8

LEJČKOVÁ, P., MRAVČÍK, V., RADIMECKÝ, J. *Srovnání užívání drog a jeho dopadů v krajích ČR v roce 2002 Situační analýza v širším demografickém a sociometrickém kontextu* 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR 2004, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 94 s. ISBN 80-86734-14-5

### **Jiné zdroje:**

<http://alkoholismus.zbynekmlcoch.cz>

<http://www.alkohol-alkoholismus.info>

<http://www.czso.cz/csu>

<http://www.who.cz>

<http://www.zdrava-rodina.cz>

## **Seznam příloh:**

**PŘÍLOHA P1: SPECIÁLNÍ DOTAZNÍK PRO LÉČENÉ PACIENTY  
V PL / AMBULANTNĚ**

**PŘÍLOHA P2: GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ DAT A ODPOVĚDÍ NA  
SPECIÁLNÍ DOTAZNÍK**

**PŘÍLOHA P3: OBECNÝ DOTAZNÍK KE ZJIŠTĚNÍ NÁZORŮ NA  
POŽÍVÁNÍ ALKOHOLU**

**PŘÍLOHA P4: GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ DAT A ODPOVĚDÍ NA  
OBECNÝ DOTAZNÍK**

# PŘÍLOHA P1: SPECIÁLNÍ DOTAZNÍK PRO LÉČENÉ PACIENTY V PL / AMBULANTNĚ

## ANONYMNÍ DOTAZNÍK (odpovědi křížkujte)

Pohlaví:

muž       žena

Věk:

15-20     21-30     31-40     41-50     51-60     61-70     více

Vzdělání:

Základní       SOU bez maturity       SOU s maturitou       SOŠ, gymnázium       VŠ

### 1. V jaké rodině jste vyrůstal(a)?

- úplné
- neúplné (jen s jedním z rodičů)
- rozvrácené (časté rodičovské hádky, příp. násilí)
- jiné .....

### 2. Co bylo hlavním (prvním) impulsem k Vašemu odhodlání kontaktovat léčebné zařízení, nebo vyhledat odbornou pomoc?

- zdravotní problémy
- rodinné problémy
- problémy v zaměstnání
- problémy finanční (např. dluhy)
- problémy společenské (např. konflikty s okolím)
- jiné .....

### 3. Setkal jste se se společenským odmítáním kvůli své závislosti na alkoholu? (např. neúcta vlastních dětí, opovrhování ze strany rodiny, známých, sousedů, spolupracovníků)

- ano       ne

**4. Věnujete se nějakému sportu, třeba jen rekreačně?**

- ano, (celkem) pravidelně
- ano, občas
- už ne, nemám na to čas
- ne

**5. Jste nezaměstnaný?**

- ano
- ne

**6. Vykonáváte, nebo vykonával(a) jste zaměstnání, kde jste často pod tlakem, ve stresu?**

- ano
- ne

**7. Kdo vám poprvé nabídl alkohol?**

- příbuzný
- kamarád(ka)
- partner(ka)
- jiné .....

-- Kolik Vám bylo let? .....

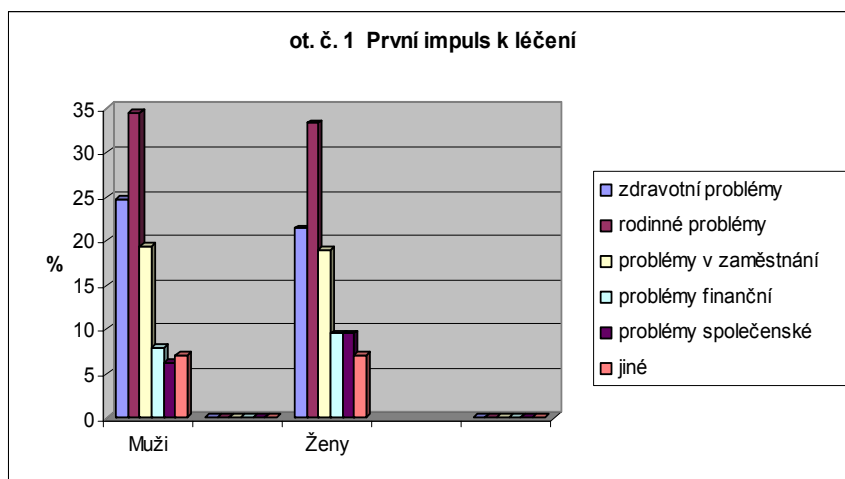
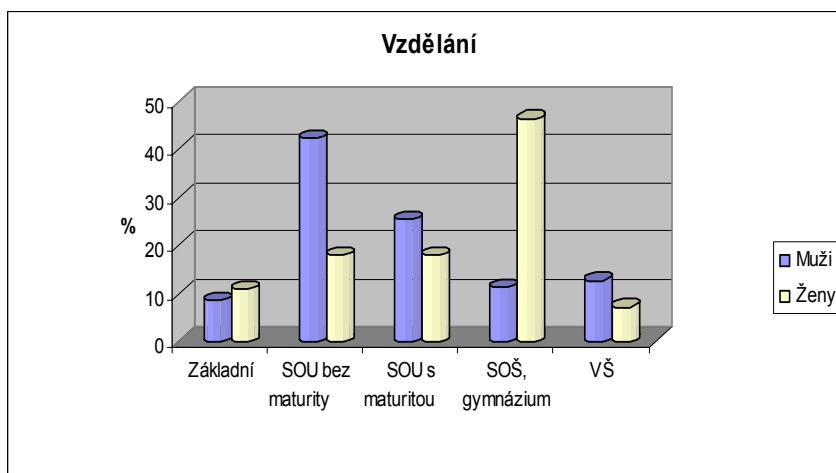
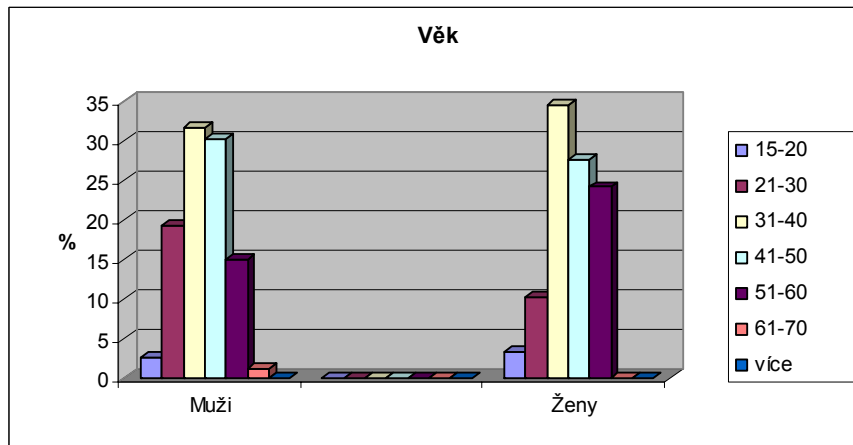
**8. Co bylo podle Vás hlavní příčinou toho, že jste se stal(a) závislým na alkoholu?**

- přetížení, stres v práci
- pocit nepotřebnosti, marnosti
- bez alkoholu jsem byl(a) nesmělý(á), pomáhal mně překonat zábrany před jednáním ( např. s lidmi na kterých mně záleželo, obchodním jednáním apod.)
- vliv špatné party, „kamarádů“
- jiné .....

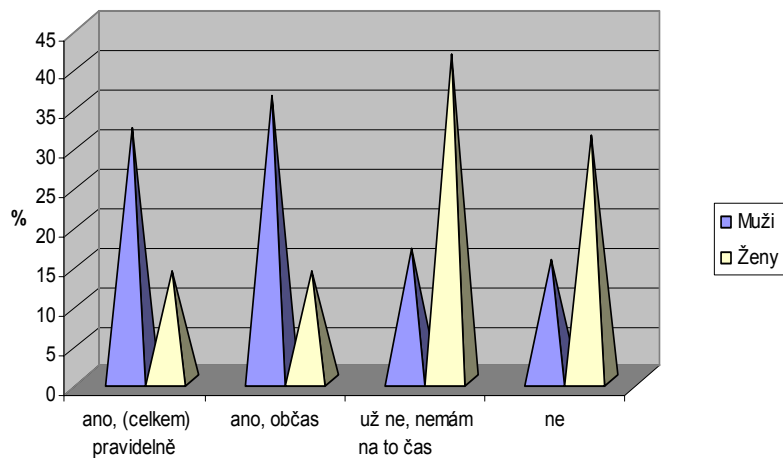
**9. Kdo, nebo co Vám (nejvíc) pomáhá v úsilí vytrvat v léčbě a nepít alkohol?**

- rodina
- přátelé
- zaměstnání
- vlastní pevná vůle
- jiné .....

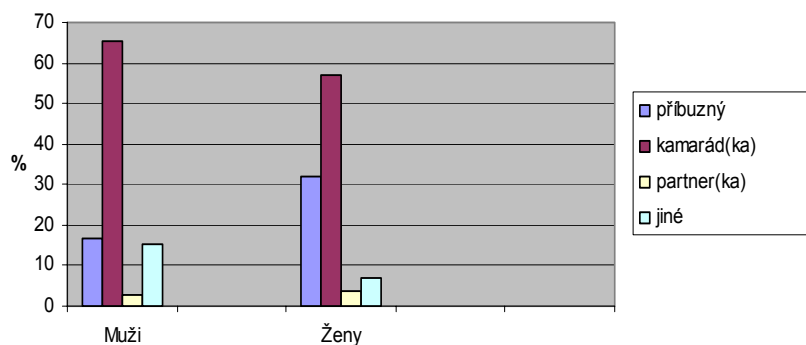
## PŘÍLOHA P2: GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ DAT A ODPOVĚDÍ NA SPECIÁLNÍ DOTAZNÍK



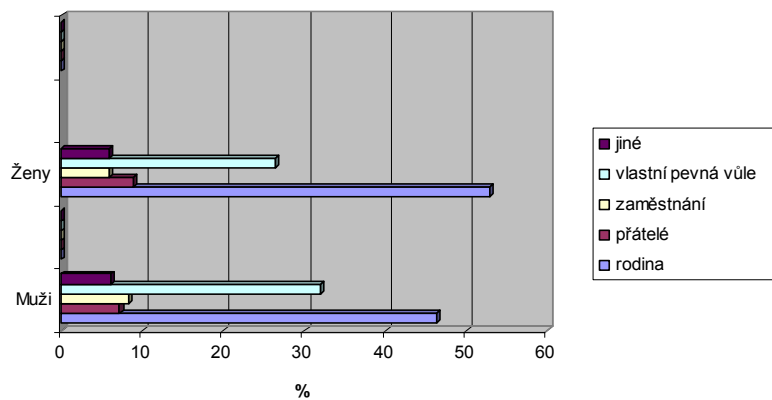
#### 4. Věnujete se nějakému sportu, třeba jen rekreačně?



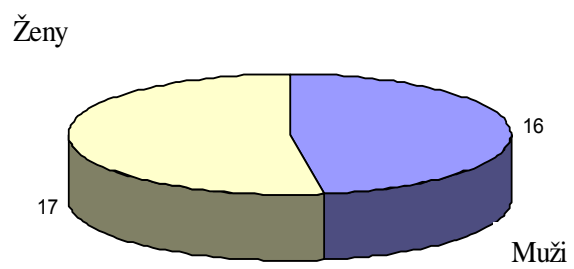
#### 7. Kdo vám poprvé nabídl alkohol?



#### 9. Kdo, nebo co Vám (nejvíc) pomáhá v úsilí vytrvat v léčbě a nepít alkohol?



**Průměrný věk prvního naliti alkoholu**





# PŘÍLOHA P3: OBECNÝ DOTAZNÍK KE ZJIŠTĚNÍ NÁZORŮ NA POŽÍVÁNÍ ALKOHOLU

## ANONYMNÍ DOTAZNÍK (odpovědi křížkujte)

U otázek, kde váháte mezi více odpověďmi, zaškrtněte potřebný počet

<b>Pohlaví</b>		<b>Věk</b>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muž	žena	15-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	více	
<b>Vzdělání</b>									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Základní	SOU bez maturity	SOU s maturitou	SOU s maturitou	SOU s maturitou	SOU s maturitou	SOŠ, gymnázium	SOŠ, gymnázium	SOŠ, gymnázium	VŠ

### 1. Jaký je Váš názor na alkohol - alkoholické nápoje?

- patří k životu       každý se rád (někdy) napije       já se bez něj obejdu
- bez něj by bylo na světě lépe

### 2. Myslíte si, že se v ČR vypije alkoholu více, než je průměr v Evropě?

- určitě ano     ano     ne     určitě ne

### 3. Myslíte si, že by se měla zvýšit zákonem stanovená věková hranice pro užívání alkoholu ze současných 18 let?

- ano       ne
- pokud ano, na kolik ?.....

### 4. Vadí Vám reklama na alkoholické nápoje v médiích, zejm. v televizi?

- zakázal(a) bych ji     vadí mně hodně     trochu mně vadí     příliš mně nevadí

- vůbec mně nevadí     vítám ji

**5. Má podle Vás reklama na alkoholické nápoje v médiích vliv na jeho zvýšenou konzumaci?**

- ano                       ne

**6. Považujete desetistupňové pivo za alkoholický nápoj, který je svými účinky srovnatelný s tvrdým alkoholem - destiláty?**

- určitě ano       spíše ano       spíše ne       určitě ne

**7. Myslíte si, že se dá uskutečnit návštěva, či oslava např. u příbuzných, známých bez alkoholických nápojů?**

- určitě ano       ano       ne       určitě ne

**8. Jaký máte názor na to, když desetileté dítě na velké rodinné oslavě vypije (jako přípitek oslavenci) místo limonády nějaký slabší alkoholický nápoj (vermut)?**

- určitě se nic nestane, to mu neublíží  
 když je to jen výjimečně, tak se to dá omluvit  
 asi by se to nemělo stát  
 určitě to není správné, nesmí se to stát ani výjimečně

**9. V jaké rodině jste vyrůstal(a)?**

- úplné  
 neúplné (jen s jedním z rodičů)  
 rozvrácené (časté rodičovské hádky, příp. násilí)  
 jiné .....

**10. Pijete alkoholické nápoje?**

- ano, denně  
 ano, často  
 ano, příležitostně, podle chuti, jako většina  
 ano, ale jen výjimečně, několikrát do roka  
 ne, nepiji vůbec, jsem abstinent

**11. Při jaké příležitosti nejčastěji pijete alkoholické nápoje?**

- od žízně  
 k navázání, či upevnění společenských, pracovních kontaktů  
 jen tak  
 k zahnání špatné nálady, stresu  
 při posezení s přáteli  
 jiné .....
- ne nepiji

**12. Vzpomenete si jak jste se poprvé dostal(a) k alkoholu - při jaké to bylo příležitosti?**

- na rodinné oslavě       u kamaráda(ky)       v hospodě       na zábavě  
 na "bečce"       doma       koupil(a)       jinak .....

**13. Kdo vám poprvé nabídl alkohol?**

- nejbližší příbuzný (rodič, prarodič)  
 sourozenec (bratr, sestra)  
 blízký příbuzný (bratranec - sestřenice, strýc - teta)  
 vzdálený příbuzný  
 kamarád(ka)  
 partner(ka)  
 jiné .....  
-- Kolik Vám bylo let? .....

**14. Jak se díváte na problém závislosti na alkoholu a vysoké spotřeby alkoholu u nás?**

- je to společenský problém, společnost, potažmo stát, by to měl řešit, třeba změnou některých zákonů  
 je to ryze individuální problém, kdo nechce, přece alkohol pít nemusí

**15. Myslíte si, že se dá závislost na alkoholu vyléčit?**

- ano       ne

**16. Myslíte si, že člověk závislý na alkoholu, který úspěšně absolvoval léčbu a abstinuje více jak pět let, se může napít alkoholického nápoje v malém množství, např. jedno pivo, a nevrátí se tím do stejného stavu závislosti jako před léčbou?**

- po jednom pivu se nemůže nic stát  
 po tak dlouhé době jedno pivo vypít může, nesmí ale vypít víc  
 neměl by vypít ani to jedno pivo  
 nesmí pít žádný alkohol, jinak se vše vrátí

**17. Věnujete se nějakému sportu, třeba jen rekreačně?**

- ano, (celkem) pravidelně
- ano, občas
- už ne, nemám na to čas
- ne

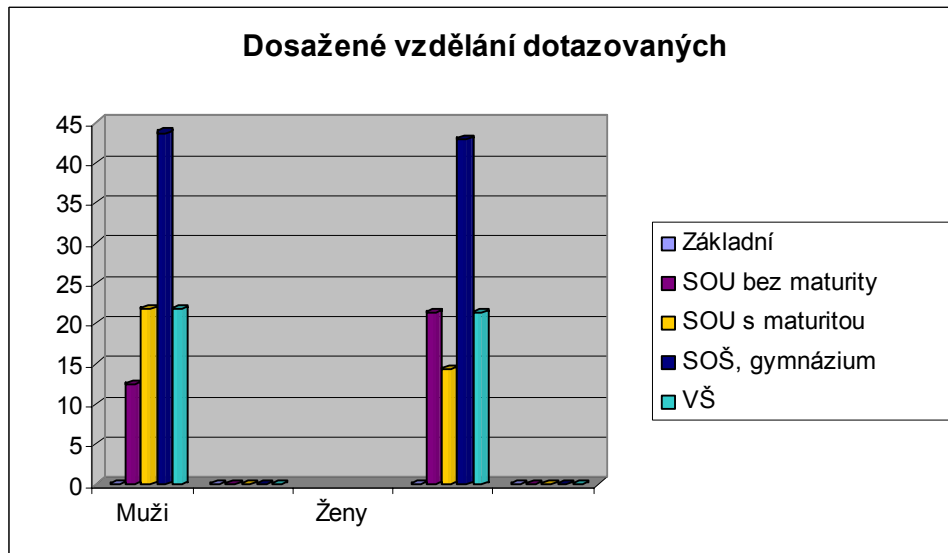
**18. Jste nezaměstnaný?**

- ano
- ne

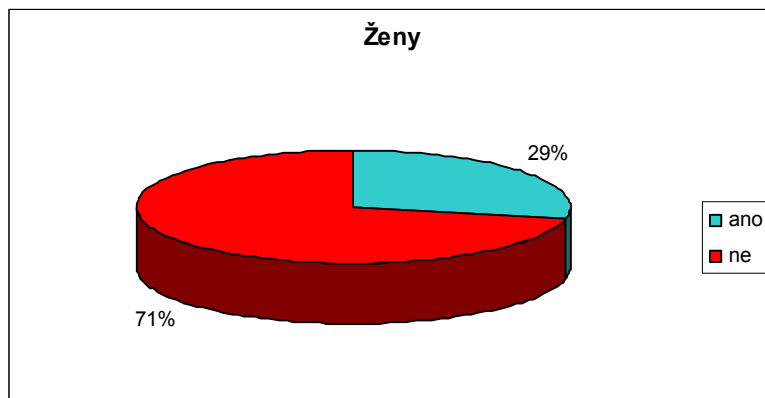
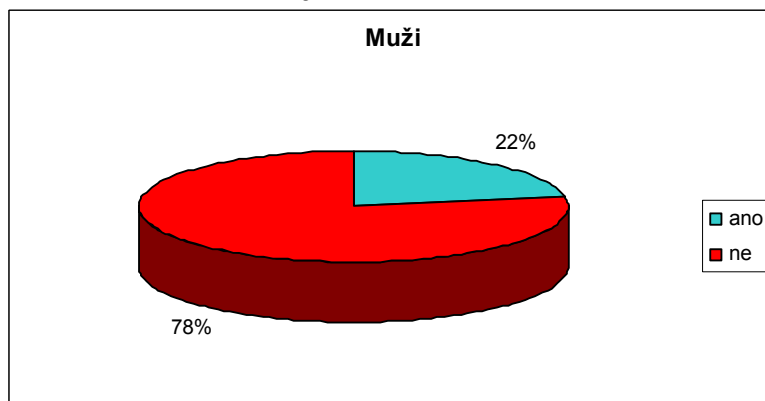
**19. Vykonáváte zaměstnání, kde jste často pod tlakem, ve stresu?**

- ano
- ne

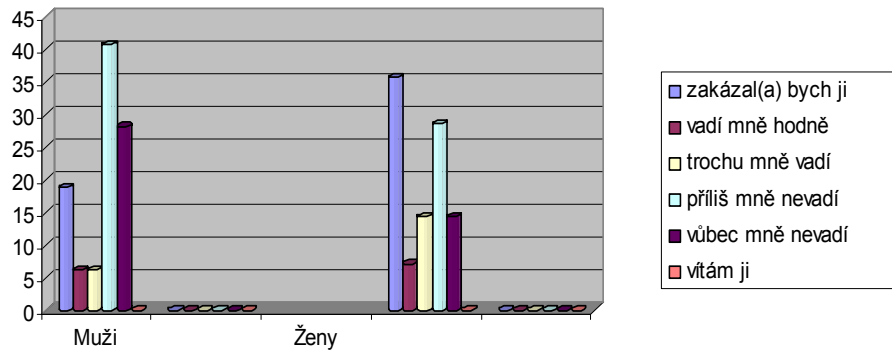
## PŘÍLOHA P4: GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ DAT A ODPOVĚDÍ NA OBECNÝ DOTAZNÍK



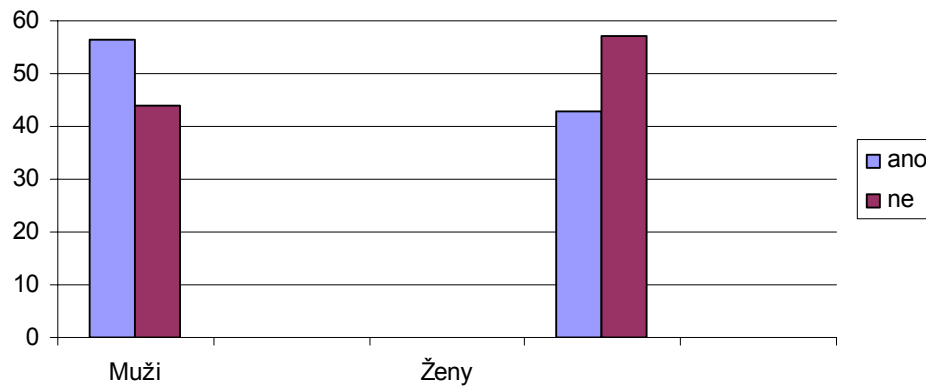
Grafy k otázce č. 3



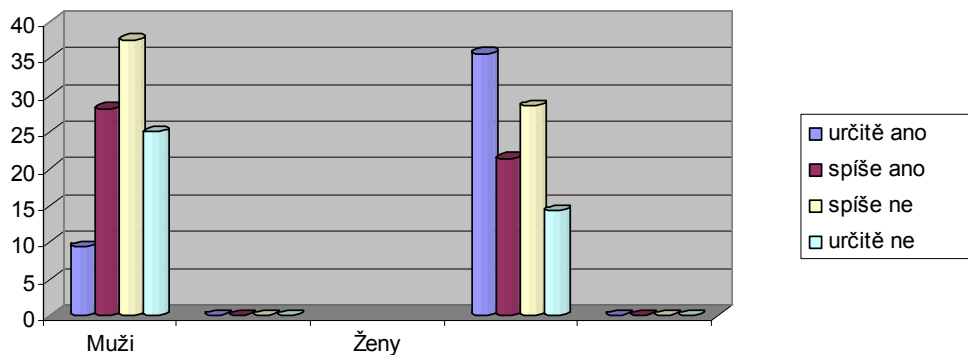
**4. Vadí Vám reklama na alkoholické nápoje v médiích, zejm. v televizi?**



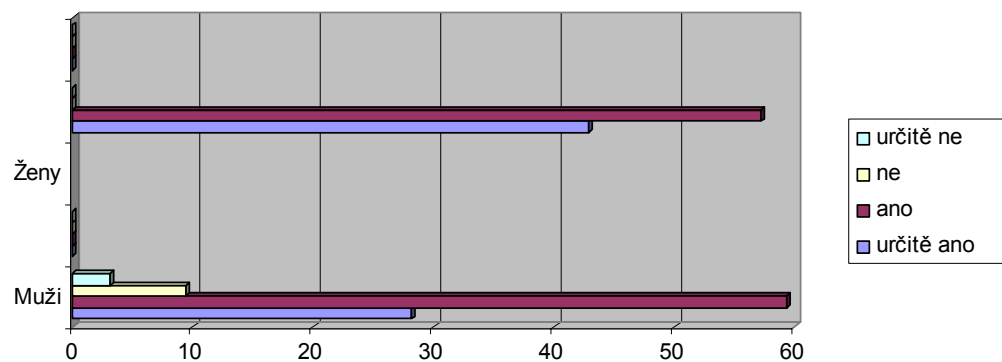
**5. Má reklama vliv na zvýšení konzumace alk. nápojů?**



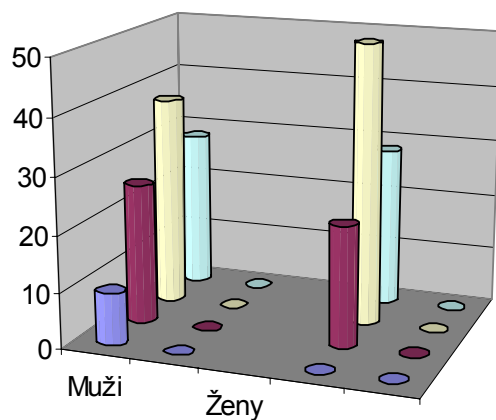
**6. Považujete desetistupňové pivo za alkoholický nápoj, který je svými účinky srovnatelný s tvrdým alkoholem - destiláty?**



**7. Myslíte si, že se dá uskutečnit návštěva, či oslava např. u příbuzných, známých bez alkoholických nápojů?**

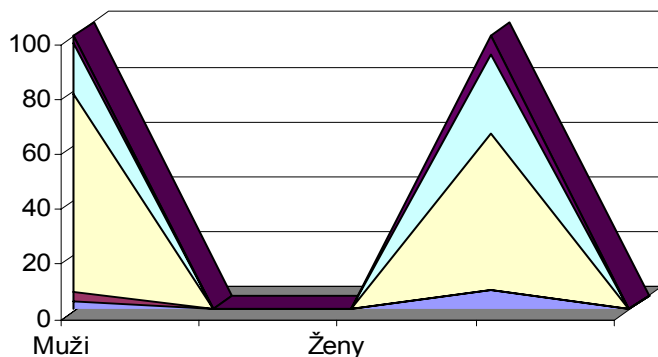


### 8. Názor na podání alk. nápoje 10ti letému dítěti na rodinné oslavě



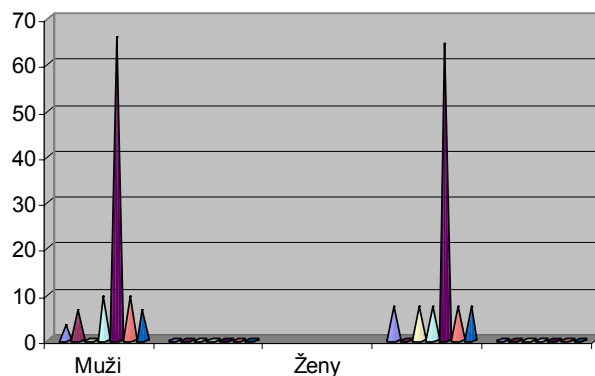
- určitě se nic nestane, to mu neublíží
- když je to jen výjimečně, tak se to dá omluvit
- asi by se to nemělo stát
- určitě to není správné, nesmí se to stát ani výjimečně

### 10. Pijete alkoholické nápoje



- ne, nepiji vůbec, jsem abstinent
- ano, ale jen výjimečně, několikrát do roka
- ano, příležitostně, podle chuti, jako většina
- ano, často
- ano, denně

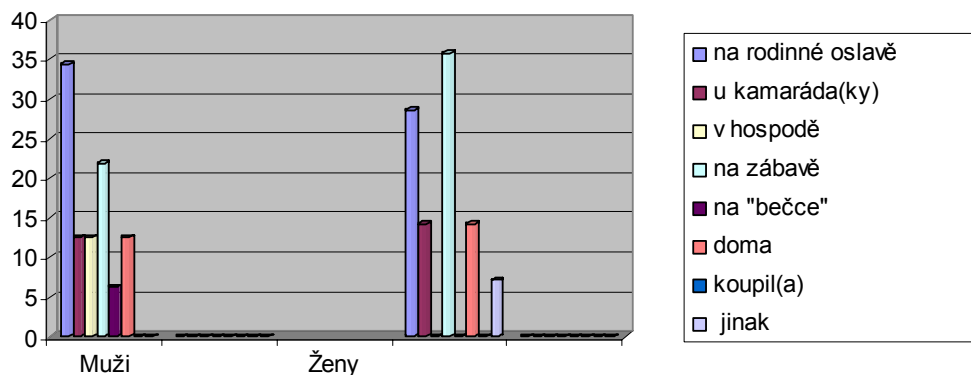
### 11. Při jaké příležitosti nejčastěji pijete alkoholické nápoje?



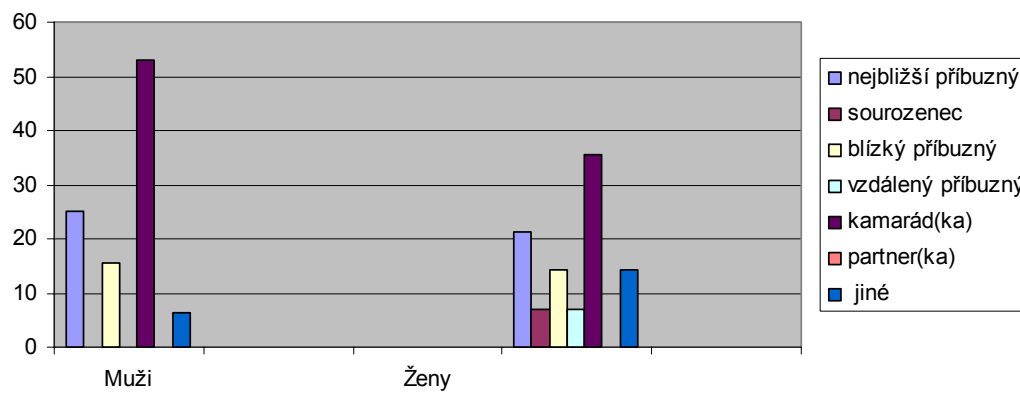
- od žízně
- k navázání, či upevnění společenských, pracovních kontaktů
- jen tak
- k zahnání špatné nálady, stresu
- při posezení s přáteli



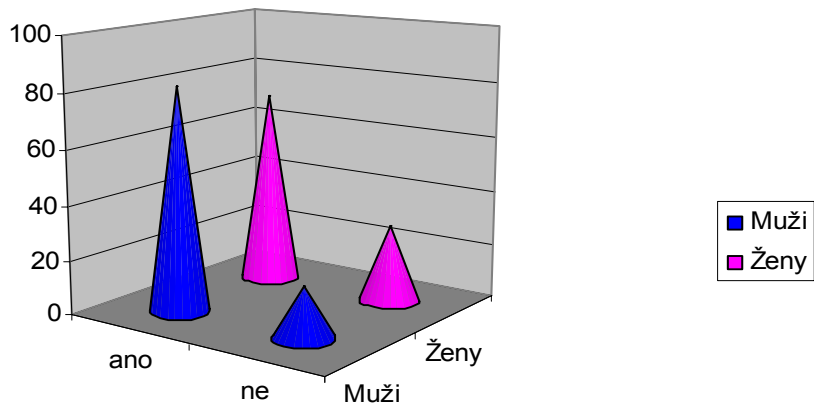
**12. Vzpomenete si jak jste se poprvé dostal(a) k alkoholu - při jaké to bylo příležitosti?**



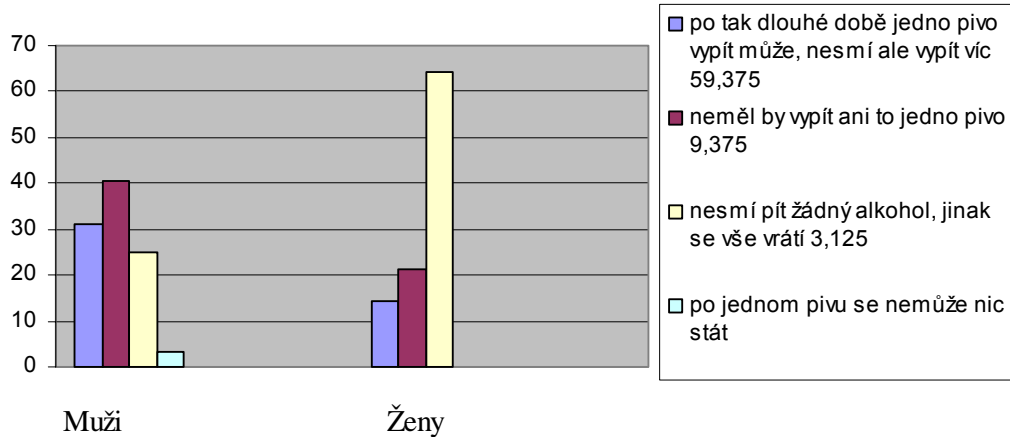
**13. Kdo vám poprvé nabídl alkohol?**



**15. Myslíte si, že se dá závislost na alkoholu vyléčit?**



**16. Myslíte si, že člověk závislý na alkoholu, který úspěšně absolvoval léčbu a abstinuje více jak pět let, se může napít alkoholického nápoje v malém množství, např. jedno pivo, a nevrátí se tím do stejného stavu závislosti jako před léčbou?**



### 17. Věnujete se nějakému sportu:

