

**ALKOHOLOVÉ RECIDIVY A JEJICH NEJČASTĚJŠÍ PŘÍČINY U KLIENTŮ
ZAVISLÝCH NA ALKOHOLU**

Bakalářská práce

MARKÉTA PLÁŇAVOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Soňa Stiborová

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2011-05-31

Praha 2011



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Plaňáková Markéta
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 3. 12. 2010 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Alkoholické recidivy a jejich nejčastější příčiny u klientů závislých na
alkoholu

*Alcohol Recurrences and their Most Frequent Causes with Clients
Addicted to Alcohol*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Stiborová Soňa

V Praze dne: 16. 12. 2010

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne 31. května 2011

Podpis

ABSTRAKT

PLÁŇAVOVÁ, Markéta. Alkoholové recidivy a jejich nejčastější příčiny u klientů závislých na alkoholu. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Soňa Stiborová, Praha. 2011. s. 89

Má bakalářská práce je zaměřena na alkoholové recidivy a jejich nejčastější příčiny u klientů závislých na alkoholu.

Teoretická část nastiňuje co to alkoholová závislost je a její faktory vzniku závislosti na alkoholu, vývojová stádia závislosti na alkoholu, typy závislostí, příznaky závislosti na alkoholu, následky dlouhodobého užívání alkoholu, léčbu závislosti na alkoholu a edukaci s edukačním procesem. Kdy přínosem části práce je edukace klientů závislých na alkoholu ve formě vypracovaného informačního letáku zabývajícího se touto problematikou.

Praktická část je věnována vyhodnocení dotazníkového šetření. Výzkum jsem zaměřila pouze na klienty (alkoholiky) v Protialkoholní léčebně v Kroměříži.

Klíčová slova: Abúzus. Alkohol. Alkoholová závislost. Edukace. Protialkoholní péče.

ABSTRACT

PLÁŇAVOVÁ, Markéta. Alcohol recurrences and their most frequent cause with clients addicted to alcohol. School of nursing, o.p.s., stair competence: bachelor. Sueprvisor: PhDr. Soňa Stiborová, Praha 2011. s. 89.

My final years dissertation focuses on the alcohol recurrences and their most frequent cause with clients addicted to alcohol.

The theoretical part outlines what it alcohol addiction is and their factors of the formation of addiction to alcohol, stages of the development of addiction to alcohol, type sof addictions, symptoms of addiction to alcohol, consequences of long – term consumption of alcohol, alcohol abuse treatment as education and educational process. When assets part final years dissertation is education clients dependent on the alcohol in form executed information leaflet conversant by this one problems.

The practical part outlines evaluation questionnaire investigation. The research included only clients (alcoholics) in Alcohol Abuse Treatment Centre in Kroměříž.

Keywords: Abusus. Alcohol. Alcohol addiction. Education. Alcoholism care.

PŘEDMLUVA

Závislost na alkoholu nebo – li jiným slovem řečeno alkoholismus je onemocnění, stále se vracející. A mluvíme o něm tehdy, dosáhne – li závislost na alkoholu takového stupně, že jedinec škodí sobě nebo společnosti.

Tato práce vznikla ve snaze zaměřit se na klienty závislé na alkoholu v ústavní léčbě, jejich nejčastější příčiny recidiv a také informovanost o těchto alkoholových recidivách.

Výběr tématu práce byl ovlivněn mým působením právě v Psychiatrické léčebně na protialkoholním na pozici zdravotní při studiu zdravotnické školy. Podklady pro práci jsem čerpala jak z knižních, tak i internetových zdrojů.

Práce je určena především lidem závislých na alkoholu, ale může být také přínosem i lidem, kteří nějakým způsobem přichází do kontaktu se závislými. Myslím tím jak zdravotnický personál, partnery, blízké osoby závislých, ale také laickou veřejnost.

Pomocí dotazníků, které jsem rozdala ve zmíněném zařízení na odděleních 8B a 15 tedy protialkoholních jsem se pokusila zjistit jak tomu opravdu je a posléze nalézt vhodná řešení.

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí méj bakalářské práce PhDr. Soni Stiborové za ochotnou spolupráci a poskytnutí cenných informací

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1 Pohlaví respondentů	58
Tabulka 2 Věk respondentů	59
Tabulka 3 Rodinný stav respondentů	60
Tabulka 4 Vzdělání (nejvyšší ukončené) respondentů	61
Tabulka 5 Vaše nynější zaměstnání respondentů	62
Tabulka 6 Tato léčba je má v pořadí respondentů	63
Tabulka 7 Který týden respondentů právě probíhá	64
Tabulka 8 V kolika letech se respondenti poprvé opili	65
Tabulka 9 Při jaké příležitosti se respondenti poprvé opili	66
Tabulka 10 Jaké byly nejčastější příčiny respondentů vedoucí k užívání alkoholu	67
Tabulka 11 Jak si respondenti nejčastěji obstarávali alkohol	68
Tabulka 12 Jaký druh alkoholu respondenti nejčastěji konzumovali	69
Tabulka 13 V jakém množství respondenti konzumovali alkohol na den	70
Tabulka 14 Jak dlouhý byl přibližně interval, kdy respondenti pokoušeli abstinovat ..	71
Tabulka 15 Zda respondenti mají nějaké zdravotní potíže vyplývající z konzumace alkoholu	72
Tabulka 16 Zda respondenti považují léčbu, kterou nyní podstupují za smysluplnou ..	73
Tabulka 17 Zda respondenti věří, že tato léčba bude úspěšná	73
Tabulka 18 Zda respondenti mají někoho, kdo by jim pomohl s abstinencí po ukončení léčby	74
Tabulka 19 Řešení respondentů, když si uvědomili, že jsou závislý na alkoholu	75
Tabulka 20 Zda respondent zná pojem alkoholová recidiva	76
Tabulka 21 Informovanost respondentů o alkoholových recidivách	76
Tabulka 22 Zda respondenti ví, kde hledat pomoc při alkoholových recidivách	77
Tabulka 23 Zda respondenti ví jaká je nejčastější příčina u recidiv alkoholu	77
Tabulka 24 Respondentovi příčiny alkoholové recidivy	78
Tabulka 25 Respondentova informovanost o alkoholových recidivách a jejich příčinách	78
Tabulka 26 Zda by respondenti uvítali informační materiál (brožura, leták, video, apod.) zabývající se alkoholovými recidivami	79

Graf 1 Pohlaví respondentů	58
Graf 2 Věk respondentů	59
Graf 3 Rodinný stav respondentů	60
Graf 4 Vzdělání (nejvyšší ukončené) respondentů	61
Graf 5 Vaše nynější zaměstnání respondentů	62
Graf 6 Tato léčba je má v pořadí respondentů	63
Graf 7 Právě probíhající týden respondentů	64
Graf 8 V kolika letech se respondenti poprvé opili	65
Graf 9 Při jaké příležitosti se respondenti poprvé opili	66
Graf 10 Jaké byly nejčastější příčiny, které vedli respondenty užívat alkohol	67
Graf 11 Jakým způsobem si respondenti nejčastěji obstarávali alkohol	68
Graf 12 Jaký druh alkoholu respondenti nejčastěji konzumovali	69
Graf 13 V jakém množství respondenti konzumovali alkohol na den	70
Graf 14 Jak dlouhý byl přibližně interval, kdy se pokoušeli abstinovat	71
Graf 15 Zda respondenti mají nějaké zdravotní potíže vyplývající z konzumace alkoholu	72
Graf 16 Zda respondenti považují léčbu, kterou nyní podstupují za smysluplnou	73
Graf 17 Zda respondenti věří, že tato léčba bude úspěšná	73
Graf 18 Zda respondenti mají někoho, kdo by jim pomohl s abstinencí po ukončení léčby.....	74
Graf 19 Řešení respondentů, když si uvědomili, že jsou závislí na alkoholu	75
Graf 20 Zda respondent zná pojem alkoholová recidiva	76
Graf 21 Informovanost respondentů o alkoholových recidivách	76
Graf 22 Zda respondenti ví, kde hledat pomoc při alkoholových recidivách	77
Graf 23 Zda respondenti ví jaká je nejčastější příčina u recidiv alkoholu	77
Graf 24 Respondentovi příčiny alkoholové recidivy	78
Graf 25 Respondentova informovanost o alkoholových recidivách a jejich příčinách .	78
Graf 26 Zda by respondenti uvítali informační materiál (brožura, leták, video, apod.) zabývající se alkoholovými recidivami	79

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

B12	vitamín
CNS	centrální nervová soustava
F 10.2	Závislost na alkoholu
g	gram
GM	Grand mall – velký epileptický záchvat
kg	kilo
l	litr
MEOS	Mikrosomální etanolový oxidační systém
MKN 10	definice závislostí
O2	kyslík
PA	psychiatrická ambulance
PL	Psychiatrická léčebna
TBC	tuberkulóza
ZS	záchytná stanice

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Abúzus – je bažení, chuť na alkohol

Afektová labilita – citově proměnlivý

Agitovanost – je pohybový (motorický) neklid

Anémie - je chudokrevnost

Antabus – lék používaná k závislosti na alkohol

Anxieta - úzkost

Ateroskleróza – onemocnění tepen, při němž se v jejich stěnách ukládají tukové látky a druhotně vápník

Bronchitida – zánět průdušek

Bronchopneumonie – lalůčkový zápal plic

Cirhóza jater – jaterní onemocnění charakterizované zmnožením vaziva a uzlovitou přestavbou jaterní tkáně

Delirium tremens – kvalitativní porucha vědomí s prudkým průběhem, doprovázené výrazným třesem

Duodenum - dvanáctník

Erytrocyty – jsou červené krvinky

Facies alcoholica – obličej alkoholika

Farmakologické – lékové

Hepapatitida - žloutenka

Hypertenze – vysoký krevní tlak

Kancerogeny – látky vyvolávající rakovinu

Konfabulace - smyšlenka

Kontraindikace – je stav kdy se nesmí něco podávat

Kortizon – steroidní hormon kůry nadlečin

Leukocyty – jsou bílé krvinky

Lipidy - tuky

Mozková atrofie – zmenšení normálně vyvinutého mozku, na němž se podílí úbytek jeho buněk nebo zmenšení jejich velikostí

Myokard – srdeční sval

Nausea – je stav nevolnosti

Pneumonie – zápal plic

Polyneuropatie – nezáňtlivé onemocňení více nervů

Prekancerogeny – látky vznikající před rakovinovým stavem

Prolaktin – hormon předního laloku hypofýzy

Protein - bílkovina

Psychóza – těžké duševní onemocňení, při němž nemocný ztrácí kontakt se skutečností, kterou jinak vnímá, jinak ji hodnotí, a jinak se pro to chová

Steatóza – nahromadění tuků v tkáních a v buňkách

Sugestibilita – schopnost podléhat

Tachykardie – je stav kdy zvýšený puls

Taktilní euforie – týkající se hmatu dobré nálady

Tomografie – rentgenová metoda umožňující zobrazit vybranou část těla ve vrstvách

Tremor - třes

Trombocyty – jsou krevní destičky

Validní – platný

Varixy – křečové žíly

OBSAH

ÚVOD.....	13
CÍL PRÁCE.....	14
I TEORETICKÁ ČÁST	15
1 ALKOHOLOVÁ ZÁVISLOST A FAKTORY VZNIKU ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU	15
1.1 Alkoholová závislost.....	15
1.2 Faktory vzniku závislosti na alkoholu	16
1.2.1 Farmakologická závislost	16
1.2.2 Prostředí	16
1.2.3 Somatické a psychické faktory	17
1.2.4 Podnět	17
1.2.5 Genetické dispozice	17
1.2.6 Faktor učení	18
2 VÝVOJOVÁ STÁDIA ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU	19
3 TYPY ZÁVISLOSTÍ.....	21
3 PŘÍZNAKY ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU	23
4.1 Znaky závislosti dle Karla Nešpora	23
4.2 Znaky závislosti dle Dr. Jellinka.....	27
5 NÁSLEDKY DLOUHODOBÉHO UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU	29
5.1 Somatické následky dlouhodobého užívání alkoholu.....	29
5.1.1 Imunitní systém.....	29
5.1.2 Metabolismus.....	30
5.1.3 Poruchy žláz s vnitřní sekrecí	30
5.1.4 Nádory	30
5.1.5 Krev	31
5.1.6 Dýchací soustava	31
5.1.7 Nemoci močové soustavy	31
5.1.8 Nemoci trávicí soustavy.....	32
5.1.9 Oběhová soustava	32
5.1.10 Nervová soustava.....	33
5.1.11 Nemoci kůže a svalů	34
5.2 Psychické následky dlouhodobého užívání alkoholu	34
5.2.1 Abstinenční syndrom	34
5.2.2 Delirium tremens	35
5.2.3 Alkoholická halucinóza	35
5.2.4 Amnestický syndrom (Korsakova psychóza)	36
5.2.5 Alkoholická demence	36
5.3 Sociální následky dlouhodobého užívání alkoholu	36
5.3.1 Alkohol a rodina	36
5.3.2 Alkohol a volný čas	38
5.3.3 Alkohol v zaměstnání	38
5.3.4 Alkohol za volantem.....	39

6 LÉČBA ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU.....	40
6.1 Biologická léčba	41
6.2 Psychoterapie	42
6.3 Následná péče – doléčování.....	45
7 EDUKACE A EDUKAČNÍ PROCES.....	46
7.1 Cíle pedagogického působení	47
7.2 Práce lektora se vzdělávacími cíly.....	49
7.2.1 Práce s cíli na začátku vzdělávání.....	49
7.2.2 Práce s cíli v průběhu vzdělávání	49
7.2.3 Práce s cíli v závěru vzdělávání.....	50
7.3 Projektujeme vzdělávací kurz.....	50
7.3.1 Proč organizujeme kurz?	50
7.3.2 Pro koho?	51
7.3.3 Jak je kurz veden?.....	51
7.3.4 Kdo vede kurz?	52
7.3.5 Kde je kurz veden?	52
7.4 Hodnocení vzdělávacího procesu	52
7.4.1 Nové pojetí evaluace vzdělávacího procesu	52
7.4.2 Druhy a kritéria hodnocení (evaluace).....	52
7.4.3 Metody a zásady hodnocení.....	53
7.5 Sebereflexe jako základ analýzy pedagogické činnosti.....	54
II PRŮZKUMNÁ ČÁST.....	55
8 CÍL PRÁCE A PRACOVNÍ HYPOTÉZY.....	55
8.1 Cíle teoretické části.....	55
8.2 Formulace praktického cíle.....	55
8.3 Průzkumné hypotézy.....	55
9 METODIKA PRŮZKUMU.....	56
9.1 Dotazník.....	56
9.1.1 Formy položek v dotazníku	57
9.1.2 Charakteristika položek	57
10 VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEJICH ANALÝZA.....	58
10.1 Zjištěné výsledky.....	58
11 ANALÝZA ZJIŠTĚNÝCH VÝSLEDKŮ.....	80
11 DISKUZE.....	84
ZÁVĚR.....	87
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	88
SEZNAM PŘÍLOH	

ÚVOD

„Jediný způsob, jak si být jist, že chytíme svůj vlak, je zmeškat ten, co jede před ním.“

(Gilbert Keith Chesterton)

Alkohol vstoupil lehkým krokem do lidského života již v průběhu prvopočátku, kdy lidem pomáhal a zpříjemňoval život. Lidem vyhovovaly především ty vlastnosti alkoholu, kterých bylo možné využít zvláště v lékařství. O blahodárných účincích alkoholu najdeme svědectví už v pracích antického lékařství Hippokrata a filozofa lékaře Ibn Síny. Lidé používali různé vínové obklady, které přinášeli klientovi úlevu. Důležitou roli v rozvoji požívání alkoholických nápojů sehráli také bylinkáři a léčitelé.

Alkohol usnadňoval lidem život a dělal jim ho příjemnějším, ale už v této době dokázal alkohol svést člověka ze správné cesty. Lidé uvítali, že pod jeho účinky se měnili jejich psychické vlastnosti. Po požití měli lepší náladu, byly veselejší a jejich osobní problémy se nejevili až tak neřešitelné.

Slovo alkohol pochází z arabského slova al – kahal, které znamená jemnou substanci. Je jakýmsi předpisem pro relaxaci, kterému rozumí všechny kultury světa. Je to droga s různými účinky. V jedné minutě v člověku vyvolá pocity lásky a v druhé minutě agresí. Odstraňuje zábrany, ale také může vyvolat problémy.

Alkoholismus je jedním z nejčastějších problémů naší společnosti. Pití alkoholu narušuje mezilidské vztahy, ale také ničí organismus daného jedince.

Bohužel nastala zvláštní doba, kdy není outsiderem ten, kdo pije, ale právě ten, kdo abstinuje. Konflikt ve společnosti tedy nemá ten, kdo pije, ale ten, kdo nechce pít.

CÍL PRÁCE

Téma o alkoholových recidivách a jejich příčinách je stále více aktuální problém v naší společnosti. O tomto problému se však vede řada diskuzí, se kterými se často setkáváme třeba s médií. Avšak k napsání této práce mě vedla zkušenost s lidmi závislými na alkoholu, se kterými jsem se setkala během mých brigád v Psychiatrické léčebně v Kroměříži.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit jaké jsou nejčastější příčiny alkoholových recidiv u klientů a zároveň jaká je jejich informovanost i těchto recidivách. A dalším cílem je vytvoření edukačního programu zabývající se problematikou alkoholových recidiv jak pro zdravotní sestry, tak pro klienty.

V praktické části jsem pomocí anonymních dotazníků zjišťovala jaká je u klientů závislých na alkoholu jejich informovanost a zda znají příčiny alkoholových recidiv jak svých, tak i všeobecných.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 ALKOHOLOVÁ ZÁVISLOST A FAKTORY VZNIKU ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU

1.1 Alkoholová závislost

Každý alkoholik se k nadměrnému pití dostal nějakým způsobem. Jako třeba úředník, který je sice v zájmu své pracovní kariéry, avšak vzhledem ke své silné chuti po alkoholu se propracuje do stádia alkoholismu oproti dělníkovi, který na montážích pravidelně každý večer po své pracovní době absolvuje povinně strávené večery s přáteli a alkoholem.

Závislost na alkoholu nebo – li jiným slovem řečeno alkoholismus, je chronické recidivující onemocnění. Lze o něm mluvit tehdy, dosáhne – li závislost na alkoholu takového stupně, že jedinec škodí sobě nebo společnosti.

Definic týkající se závislostí na alkoholu je několik. Podle jedné je člověk závislý na alkoholu pokud mu požívání způsobuje dlouhotrvající problémy v některé z oblastí života jako je třeba ztráta zaměstnání nebo problémy v rodině.

Hosek považuje závislost na alkoholu, když rozhodujícím podnětem v pití alkoholu není žízeň, společenská akce, ale nutnost zajistit si pro své vlastní tělo vnitřně odměřenou dávku alkoholu. Po dosažení odměřené dávky alkoholu nastane zklidnění u jedince.¹

K závislosti na alkoholu zároveň patří i abúzus tj. nadužívání alkoholických nápojů, potom sám alkohol kdy toto slovo je odborně nazýváno ethanol neboli ethylalkohol a samozřejmě syndrom závislosti na alkoholu, kdy podle 10. verze Mezinárodní klasifikace nemocí je to skupina fyziologických, behaviorálních (týkajících se chování) a kognitivních jevů (týkajících se duševního života, zejména poznávání), v nichž užívání alkoholu má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více.

Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti na alkoholu je touha

¹ Hosek, J., Sám proti alkoholu, 1. Vydání, Praha: Grada, 1998, s. 182, ISBN 80-7169-624-2

(často silná, někdy přemáhající) přijímat alkohol.² Návrat k užívání alkoholu po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedince, u kterého se závislost nevyskytuje. Závislost na alkoholu se definuje statistickým kódem F10.2.

1.2 Faktory vzniku závislosti na alkoholu

Mezi základní faktory ovlivňující vznik závislosti na alkoholu patří: farmakologické, enviromentální (prostředí), somatické a psychické faktory a podnět. Tento model popisuje Urban, který navázal na původní Kielholzův model tří intervenujících proměnných a připojením čtvrté proměnné (podnět), vytvořil tzv. tetraedr vzniku a rozvoje závislost.

1.2.1 Farmakologická závislost

Baconovy teorie ze 40. let vycházejí z předpokladu, že moderní společnost vyvolává potřebu, nějaké integrativní funkce, která by tlumila napětí a nejistotu v mezilidských vztazích. A takovou to funkci plní velmi dobře alkohol, opačnou funkci má alkohol na pracovní a organizační činnost.

1.2.2 Prostředí

Je základní částí našeho začlenění se ve světě (svět obecně, okruh rodiny, školy, vliv kultury, známých, part, apod.). Výrazně ovlivňuje i rozvoj a utváření osobnosti.

Jiná základní část je ve vztahu k alkoholu v naší kultuře oproti jiným náboženským kulturním a společenským tradicím.

² Mlčoch, Z., Alkoholik, alkoholismus – definice, vysvětlení pojmů, www.alkoholik.cz/zavislost/psychika_a_telo/alkoholik_alkoholismus_definice_vysvetleni_pojmu.html 8.5.2011

1.2.3 Somatické a psychické faktory

Analýzou těchto faktorů lze zjistit, že se stále více prosazuje komplexní, tzv. biopsychosociální přístup. Strukturu osobnosti tvoří vrozené a získané vlastnosti, v osobnosti se projevuje nejen společenská, ale i biologická podstata.

V oblasti biopsychické je to snaha odstranit fyzické potíže, udržet kondici, stimulovat smysly, posílit sebevědomí, v oblasti sociální je to snaha identifikovat se s určitou subkulturou a uniknout z prostředí.³

1.2.4 Podnět

Je možné ho chápat jako kombinaci aktuálního stavu člověka, v dané souvislosti se specifickým efektem požití alkoholu. Na podnětu se mohou podílet nejrůznější vlivy jako je např. tlak skupiny, zvědavost, touha po příjemných euforických pocitech, snaha uniknout z nepříjemných (krizových) životních situací, identifikační vzory, a jiné.

A další dva základní faktory vzniku závislosti na alkoholu definoval J.Skála:

1.2.5 Genetické dispozice

Závislost vzniká snadněji u člověka, jemuž alkohol, vzhledem k jeho metabolickým dispozicím přináší příjemné pocity a nemá nepříjemné následky. Vrozený předpoklad reagovat na alkohol pozitivním způsobem ovlivňuje proces dalšího učení: člověk se snáze naučí pít, jestliže mu alkohol alespoň na počátku přináší příjemné zážitky, např. tím, že jej zbavuje úzkosti a posiluje jeho sebevědomí.⁴

Osobnostní rysy jako (např. poruchy struktury osobnosti – impulzivita, nezdrženlivost, neschopnost ovládat se, organické poškození CNS) jsou také rizikovými faktory. U těchto lidí, kteří nedovedou pít s mírou se závislost vytváří mnohem snadněji.

³ Mühlpachr, P., Sociální patologie, 1. Vydání, Brno: Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity, Brno, 2002, s. 46, ISBN 80-210-251-5

⁴ Vágnerová, M., Psychopatologie pro pomáhající profese, 1. Vydání, Praha: Portál, 1999, s. 290, ISBN 80-7178-214-9

1.2.6 Faktor učení

Počítá s tím, že alkohol lidem přináší určitý druh potěšení (rozkoše), že je slučitelný s určitým sociálním souhlasem a jeho příjem je viditelný na sociálních vzorech, které slouží jako modely.⁵ Užívání alkoholu může vzniknout jako učení nápodobou rodičovského nebo jiného modelu (parta, reklama). Toto chování se fixuje především u mladých lidí, alkohol, dodává pocit jistoty, sebevědomí, zvyšuje sebehodnocení, pocit síly a moci.⁶

⁵ Křivohlavý, J., Psychologie zdraví, 1. Vydání, Praha: Portál, 2001, s. 200, ISBN 89-7178-551-2

⁶ Skála, J., Závislost na alkoholu a jiných drogách, 1. Vydání, Praha: Avicenum, 1987, s. 21, ISBN 08-077-87

2 VÝVOJOVÁ STÁDIA ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU

Poprvé proces rozvoje závislosti na alkoholu popsal Jellinek (americký alkohololog českého původu) a v roce 1952 se stádia začala vyznačovat určitými příznaky.

Jednotlivá stádia rozvoje závislosti na alkoholu:

1. stádium – počáteční (prealkoholické, symptomatické). Člověk má potřebu zvyšovat dávky alkoholu k dosažení dobré nálady, potlačení nepříjemných stavů nebo je jeho chování projevem sociální konformity (pití v partě nebo zaměstnání). Zvyšují se dávky alkoholu i frekvence pití, zkracují se přestávky mezi jednotlivým pitím, avšak v tomto stádiu se piják neopíjí, pije jen tolik kolik potřebuje ke stavu podnapilosti. Alkohol mu dává, ale zatím nic nebere.

2. stádium – varovné (prodromální). Stoupá tolerance k alkoholu v důsledku zvýšené konzumace, člověk si na alkohol zvyká a pije více. Často se opíjí a ztrácí kontrolu nad svým pitím. Má neustále myšlenky na alkohol, shromažďuje si ho, zajišťuje si zásoby, ale na druhou stranu má pocity viny. Pije nejčastěji v partě lidí, protože kdyby byl o samotě byl by nápadný. V této fázi si člověk začíná uvědomovat svou potřebu na alkohol a pociťuje ji jako varovný signál.

3. stádium – rozhodné (kritické). Konzumace společně s tolerancí k alkoholu narůstá mnohem více. Jsou zde typické tzv. okénka, člověk si přesně nepamatuje, co v opilosti dělal. Příčinou okének bývá stoupající hladina alkoholu v krvi a přecitlivělost chronicky poškozeného nervového systému. V souvislosti s okénky se objevuje nejistota a strach

(člověk si nepamatuje, kde byl a s kým, ztrácí věci, neví co se dělo apod.). Zde dochází k úplné ztrátě kontroly nad pitím, už nedovede své pití koordinovat. Znovu a znovu slibuje sobě i svým blízkým (nejčastěji další den po tom co byl opilý), že už pít nebude a toto permanentně porušuje. I přes to, že si dělá výčitky, nedokáže své pití ovládat, i když se o to pokouší. Alkohol potřebuje konzumovat denně, neobejde se zkrátka bez něj. Při krátkodobé abstinenci prožívá nepříjemné pocity. Dochází ke změně

v hodnotovém systému života a k oploštění zájmů a vztahů k lidem. V tomto stádiu alkohol život komplikuje a způsobuje životní problémy.

4. stádium – konečné (terminální, chronické). Zde tolerance k alkoholu klesá (způsobuje poškození jater a nervového systému), rychleji se opíjí. Bez alkoholu už nevydrží. Pije téměř nepřetržitě, prakticky od rána (ranními doušky). Dochází k několikadenním tahům. Objevují se psychické a somatické potíže vyplývající z dlouhodobého užívání alkoholu jako je (třes rukou i celého těla, křeče, pomočování a strach). Stále častější a závažnější jsou konflikty s lidmi. Typické jsou stavy bezmocnosti. Kdy si uvědomuje neschopnost svou závislost zvládnout. Má potíže, když pije, i když nepije. Dochází k postupnému fyzickému i psychickému chátrání sebe samého a také sociálního úpadku. Dostavuje se zde tzv. termín debaklu – bez alkoholu to nejde a s alkoholem také ne.⁷

⁷ Skála, J., ... až na dno!?, 4. Přepřacované a doplňkové vydání, Praha: Avicenum, 1988, S. 48

3 TYPY ZÁVISLOSTÍ

Alkohol vyvolává různé typy závislostí:

1. biologické (somatická závislost) je definována jako adaptace organismu na látku spojenou se stoupající tolerancí, kdy po dosažení stejného efektu potřebuje člověk stále větší dávky. Tato závislost se projevuje při vysazení alkoholu abstinenčním syndromem.

2. psychická závislost je charakteristická potřebou užívat alkohol trvale a opakovaně k vyvolání příjemných a odstranění nepříjemných prožitků. Alkohol člověku přináší uspokojení a řešení problémů.

Jellinek v roce 1960 rozšířil svoji prvotní diagnostiku (viz. kapitola 2 Vývojová sádia závislosti na alkoholu) o popis pěti základních typů závislostního chování.

Typ alfa: nedochází zatím k závislosti, kontrola je dá se říct zatím spolehlivá, většinou nebývá progrese, nevede ke ztrátě kontroly nad sebou samým, požívání alkoholu k ulehčení problémů a konfliktů, bývá nazýván problémovým, únikovým pitím. Spíše alkohol užívá jen k potlačení tenze, k získání euforie nebo sblížením se s druhými lidmi (parta). Typ alfa je typem abúzu, který může trvat 30 – 40 let, rizika jsou úrazy a trestné činy.

Typ beta: je popsán jako příležitostný abúzus. Kdy rozhodujícím podnětem je vliv okolí, part (pití o víkendu, přátelé, návštěvy). Častým stimulem je touha neodlišovat se od druhých a nezůstat osamocený. Je zde vysoké riziko zvyšování se tolerance i frekvence pití. Potom následuje výskyt tělesných komplikací, které postihují jeden nebo více orgánových systémů, oslabují zdraví a zkracují délku života. Rizika jsou porušení dopravních předpisů. Přejít do typu beta, do typu gama a do typu delta je méně častý než u typu alfa.

Typ gama: představuje již závislost na alkoholu s charakteristickým znakem nespolehlivé, změněné, poruchové kontroly (ztráta kontroly).⁸ Tento typ je též také

⁸ Skála, J., Závislost na alkoholu a jiných drogách, 1. vydání, Praha: Avicenum, 1987, s. 46, ISBN 08-077-87

označován jako anglosaské pití (vyskytuje se v USA, Kanadě, Skandinávii). Dochází k sinusoidovým výkyvům (konflikty související s pitím jsou střídány krátkodobou abstinencí). Frekvence pití alkoholu stoupá a po přerušení příjmu alkoholu vzniká odvykací stav.

Typ delta: je označován také jako románské nebo samotářské pití. Je charakterizováno pravidelnou konzumací (udržování alkoholu v krvi), kontrola bývá poměrně dlouho zachována, abstinence je problematická, při vysazení alkoholu může dojít k abstinenci příznakům a rozvoji deliria třemene. Tento typ pití je rozšířen hlavně ve Francii a dalších zemích se značnou konzumací vína. Rizika jsou tělesná poškození jako cirhóza.

Typ epsilon: je označován jako kvartální pití, spojení abúzu alkoholu nejčastěji s afektivní poruchou. Objevuje se i několikadenní pijácký exces, ke kterému dochází po dlouhodobé abstinenci. Z praxe známe klienty, kteří takto recidivovali i po 8 letech abstinence.⁹

⁹ Skála, J., Závislost na alkoholu a jiných drogách, 1. vydání, Praha: Avicenum, 1987, s. 50, ISBN 08-077-87

3 PŘÍZNAKY ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU

4.1 Znaky závislosti dle Karla Nešpora

1. znak: Silná touha nebo pocit puzení užívat léky (carving, bažení)

Bažení definujeme jako touhu pociťovat účinky alkoholu, s níž měla osoba dříve zkušenost. V roce 1955 navrhl Isbell odlišovat tělesné a psychické bažení. Tělesné bažení se objevuje při odeznívání účinku alkoholu nebo bezprostředně po něm a psychické bažení se objevuje i po delší abstinenci.

Dotazník bažení pro klienty V PL v Kroměříži je uveden v **příloze č. D.**

Nešpor uvádí některé objektivní projevy při psychickém bažení:

- nálezy, které se týkají aktivace určitých částí mozku;
- oslabení paměti;
- zhoršení postřehu;
- abnormální nález aktivity sítnice;
- zvýšení tepové frekvence;
- vyšší aktivita potních žláz a snížení kožní teploty;
- vyšší slinění a závislých na alkoholu.

Touha, bažení, carving zvyšuje riziko recidiv, ale za určitých okolností může být spíše výstražným varováním, které vede k větší opatrnosti a sebekontrolě (např. vyhýbání se rizikovým situacím a rizikovému prostředí).

2. znak: Potíže v sebeovládání

V definici MKN 10 jsou uvedeny potíže v sebeovládání při užívání alkoholu a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky.

Je zřejmé, že uvedený znak úzce souvisí s předchozím, ale že není totožný. Bažení evidentně zhoršuje sebeovládání. Na druhé straně však i lidé, kteří trpí silným

bažením mohou mít zachované sebeovládání. Uvedené platí bohužel i naopak: I lidé, kteří si bažení plně uvědomují, se mohou přestat ve vztahu k návykové látce ovládat, i když nepocítují silné bažení.¹⁰

Bažení je příznakem subjektivním, zhoršené sebeovládání se týká i chování.

Bažení a sebeovládání

1. možnost: Spouštěč (např. rizikové prostředí) vyvolá bažení a to zhorší sebeovládání.

Spouštěč → bažení není zvládnuto nebo ani zaregistrováno	→	zhoršené sebeovládání
---	---	--------------------------

2. možnost: Spouštěč (např. rizikové prostředí) vyvolává bažení, to je zvládnuto a člověk poučen zkušeností se začne vyhýbat i spouštěčům. Sebeovládání se tak zlepšuje

Spouštěč → bažení → zvládnutí bažení	→	zlepšené sebeovládání
↑ vyhýbání se ← ← ↓ Spouštěčům		

3. možnost: Spouštěč (např. rizikové prostředí) vyvolá bažení, to je zvládnuto, ale člověk podcení vliv spouštěčů. Jejich vliv může v budoucnu vyvolat další silná bažení, a tak ohrozit sebeovládání.

Spouštěč → bažení → dočasné zvládnutí bažení	→	sebeovládání je ohroženo
↑ podceňuje ← ← ↓ spouštěče		

11

¹⁰ Nešpor, K., Návykové chování a závislost, 1. Vydání, Praha: Portál, 2000, s. 18 – 19, ISBN 80-7178-432-X

¹¹ Nešpor, K., Návykové chování a závislost, 1. Vydání, Praha: Portál, 2000, s. 19, ISBN 80-7178-432-X

3. znak: Somatický (tělesný) odvykací stav

Pro tuto diagnózu odvykacího stavu musí být splněna následující kritéria:

1. nedávné vysazení či redukce látky po opakovaném nebo dlouhodobém užívání;
2. příznaky jsou v souladu se známými známkami odvykacího syndromu;
3. příznaky nejsou vysvětlitelné tělesným onemocněním nezávislým na užívání látky a nejsou lépe vysvětlitelné jinou psychickou či behaviorální poruchou.¹²

U závislých na alkoholu se objevuje např. bolesti hlavy, pocení, zimnice, zrychlený tep nebo vyšší krevní tlak, nevolnost, zvracení, přechodné halucinace, psychomotorický neklid, třes jazyka, víček, prstů, podrážděnost, nervozita, neschopnost přijímat potravu a velké epileptické záchvaty (GM). Těžké odvykací stavy doprovázené epileptickými záchvaty nebo deliriem ohrožující život člověka.

4. znak: Růst tolerance

Jak víme tolerance se projevuje tím, že k dosažení stejného účinku je třeba vyšších dávek látek, nebo že stejné dávky mají nižší účinek. Jak tolerance vzniká, není zcela jasné. Zvýšená tolerance může vzniknout v důsledku nižší reaktivity centrálního nervového systému na návykovou látku. Další možnost je, že látka může být rychleji odbourávána (např. rychlejší odbourávání alkoholu v játrech).¹³

Tolerance může naopak u závislých na alkoholu poklesnout v pokročilých stádiích rozvoje závislosti a také ve vyšším věku.

5. znak: Zanedbávání svých zájmů

Můžeme mluvit o zúženém spektru chování nebo o stereotypním chování ve vztahu s návykovou látkou. I v tomto případě je zřetelná souvislost této známky s bažením, dále se zhoršeným sebeovládáním ve vztahu k látce a často existuje

¹² Nešpor, K., Návykové chování a závislost, 1. Vydání, Praha: Portál, 2000, s. 20, ISBN 80-7178-432-X

¹³ Nešpor, K., Návykové chování a závislost, 1. Vydání, Praha: Portál, 2000, s. 23, ISBN 80-7178-432-X

i souvislost s odvykacími obtížemi při pokusech o redukci nebo vysazení látky.¹⁴

Zanedbávání svých zájmů a jiných potěšení je hlavní vyskytující se známkou závislosti. Klienti popisují absolutní nezájem o své koníčky jakéhokoliv druhu (sport, četba, zahrádka, hudba, apod.), zaměstnání, o svou rodinu a veškeré akce s rodinou spojené a také hlavně o svůj zevnějšek. Jejich zájem je pouze zaměřen na alkohol a požitky z něj.

Alkohol postupně vyplní veškerý volný čas:

- shánění (... aby mě neviděli opět ve stejné prodejně, ... které obchody mají non – stop provoz);
- finance (při jejich nedostatku dochází ke krádežím jak v rodině, tak v prodejnách, dluhy a v terminálních stádiích i k žebrotě);
- skrýše – alkoholicí jsou velmi vynalézaví, své skrýše mění a nalézají až neskutečné úkryty alkoholu;
- samotné požití alkoholu (jak v partě nebo samotářsky), vždy vyžaduje čas, který dříve byl investován do příjemnějších věcí;
- zotavování se – od tzv. kocovin až případné hospitalizace.¹⁵

6. znak: Pokračování v užívání i přes jasný důkaz o škodlivých následcích

Aby byl tento příznak validní, musí být klient o škodlivých následcích svého chování informován. Týká se to klientů, kteří jsou v důsledku svého chování hospitalizováni např. s epileptickými záchvaty, úrazy, jaterními a jinými potížemi a i přes hrozbu lékařů ve svém návykovém chování pokračují. Tito klienti, se často vracejí s dalšími a mnohem závažnějšími onemocněními a přesto nevidí své chování jako velmi rizikové.

V těchto případech je velmi důležitá motivace klienta, ať již ze strany lékařů nebo jiných odborníků, kteří můžou svým přístupem mnoho ovlivnit, tak ze strany rodiny, která často hybným motorem a významnou podporou umožňuje změnu chování.

¹⁴ Nešpor, K., Návykové chování a závislost, 1, Vydání, Praha: Portál, 2000, s. 24, ISBN 80-7178-432-X

¹⁵ Nešpor, K., Návykové chování a závislost, 1, Vydání, Praha: Portál, 2000, s. 18-19-20, ISBN 80-7178-X

4.2 Znamky závislosti dle Dr. Jellinka

- okénka (výpadky paměti v době opilosti);
- tajné pití;
- trvalé myšlenky na alkohol;
- nekontrolované pití;
- pocity viny;
- vyhýbání se narážkám na alkohol;
- změněná kontrola nad pitím (neschopnost přerušit nebo se pití zdržet vůbec);
- vysvětlování důvodů k pití;
- narůstající sociální problémy;
- velikášské chování jako kompenzace ze strany sebeúcty;
- nápadné agresivní chování;
- trvalý pocit zkušnosti;
- období abstinence, které je vynucené tlakem okolí;
- změny způsobu pití;
- ztráta dosavadních přátel nebo rozchod s nimi;
- problémy v zaměstnání;
- konání se točí kolem alkoholu (podřizování zájmů);
- ztráta zájmu o vnější svět;
- nápadné sebelitování;
- úvahy nebo realizace úniku z dosavadního prostředí;
- změny v rodinném prostředí – odcizení;
- bezdůvodné narážky alkoholika proti členům rodiny;
- vytváření tajných zásob alkoholu doma;
- zanedbání výživy;
- hospitalizace pro poruchu zdraví;
- pokles sexuálního pudu;
- alkoholická žárlivost;
- pravidelné ranní doušky;
- dlouhodobé alkoholové tahy;
- alkoholické psychózy;
- styky s morálně deprivovanými osobami;

- u nižších společenských vrstev pití technického alkoholu (okená);
- úzkosti;
- třesy;
- lhaní, kriminální činy, krádeže;
- celkový debakl.¹⁶

¹⁶ Mičoch, Z., Alkoholik, alkoholismus – 40 příznaků závislosti na alkoholu dle Dr. Jellinka
www.alkoholik.cz/zavislost/psychika_a_telo/40_priznaku_zavislosti_na_alkoholu_dle_dr_jellinka.html
18.5.2011

5 NÁSLEDKY DLOUHODOBÉHO UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU

V následujícím textu bych se ráda zmínila o následcích dlouhodobého užívání alkoholu v oblasti somatické, psychické a sociální.

Zároveň bych také ráda upozornila na to, že nejen člověk, u kterého se již závislost rozvinula, mívá tyto potíže. S podobnými problémy a potížemi se může člověk potýkat už v okamžiku, kdy jeho potíže s pitím alkoholu nelze označit za závislost.

5.1 Somatické následky dlouhodobého užívání alkoholu

Při dlouhodobém nadměrném užívání alkoholických nápojů dochází k funkčnímu nebo orgánovému poškození, které je hlavně závislé na celkovém množství požitého alkoholu.

Kromě tohoto se také rozvíjí silná závislost na alkoholu jako na návykovou látku.

Je velmi nesnadné určit jaké množství alkoholu je už pro lidské tělo škodlivé, jelikož citlivost jednotlivých tkání je různá.

Funkční a orgánové změny a poškození související s alkoholem, závisí na délce požívání alkoholu a požívaném množství. Citlivost jednotlivých tkání a orgánů je různá a proto je velmi obtížné určit jednotnou hranici a množství neškodné dávky. Skála uvádí, že již denní dávka 15 g alkoholu některé orgány poškozuje a dle třeba Kellera je to dávka 20 g na den.¹⁷

5.1.1 Imunitní systém

Lidé, kteří pravidelně (nebo nadměrně) požívají alkohol mají sníženou obranyschopnost organismu pro infekční choroby. Nejvýrazněji se to však projevuje u plicní TBC, kde je hojení a léčení zkomplikované nedisciplinovaností klientů.

¹⁷ Skála, J., Závislost na alkoholu a jiných drogách, 1. Vydání, Praha: Avicenum, 1987, s. 52, ISBN 08-077-87

5.1.2 Metabolismus

Dochází k poškození metabolismu draslíku, železa, kyseliny močové, cukrů a proteinů, tuků a často je nedostatek vitamínů (převážně vitamínu B12) a kyseliny listové.

Nedostatek vitamínů skupiny B (převážně tiaminu) se může projevit poškozením periferních nervů a mozku. Nedostatek vitamínů B12 a kyseliny listové vede k různým druhům anemií. Poruchy metabolismu proteinů se projevují ve změnách krevních bílkovin ještě dříve než dojde k jaterní cirhóze. Porucha metabolismu lipidů, ovlivňuje vznik aterosklerózy a jejích komplikací.

U alkoholiků je energetickou nezbytností organismu kryta alkoholem na úkor výživy, proto se může vyskytnout podvýživa.¹⁸

5.1.3 Poruchy žláz s vnitřní sekrecí

Alkohol narušuje regulaci hormonů v organismu. Snižuje hladinu testosteronu a může dojít i k atrofii varlat u mužů. Při dlouhodobém a nadměrném požívání má alkohol feminizující účinek a vede k impotenci. Zvyšuje hladinu prolaktinu, kortizolu a růstového hormonu. Po požití dochází k hypoglykémii a naopak při dlouhodobém požívání může dojít k poruše sekrece inzulínu s možným počátkem diabetu.

5.1.4 Nádory

Uvádí se, že alkohol indukuje enzymy, které mění prekancerogeny na kancerogeny, ale uvažuje se o působení alkoholu jako kancerogenu. Ve spojení s kouřením, kdy obvykle většina pijáků kouří se škodlivý účinek násobí. U alkoholiků je 2,5 krát častější výskyt rakoviny dutiny ústní a nosohltanu a u těch, kteří kouří je riziko až 24 krát vyšší. V podobném případě se vyskytuje také rakovina jícnu, střev a žaludku.

¹⁸ Skála, J., Závislost na alkoholu a jiných drogách, 1. Vydání, Praha: Avicenum, 1987, s. 53, ISBN 08-077-87

Byla prokázána souvislost mezi konzumací piva a rakovinou rekta. Dosud stoupající je výskyt primární rakoviny jater, jaterní cirhózy a rakoviny pankreatu. Je objeveno však i zvýšené riziko karcinomu plic, prostaty a močového měchýře.¹⁹

5.1.5 Krev

Toxické působení alkoholu na kostní dřeň poškozuje tvorbu erytrocytů, leukocytů a trombocytů. Dochází k poruchám srážlivosti krve (může se negativně projevit při krvácení do trávicího systému, mozku a při rozsáhlejších poraněních), anémiích v kombinaci s poruchami výživy a případným krvácením (např. po prasknutí jícnových varixů). Zvýšenou krvácivostí a ztrátou krve je alkoholik ohrožen zejména při úrazech v opilosti.²⁰

5.1.6 Dýchací soustava

Dvakrát častěji se vyskytují bronchitidy, bronchopneumonie a pneumonie u klientů závislých na alkoholu. Jsou náročnější na léčbu, mají těžší průběh, vyžadují delší léčbu léčením a úmrtnost je dvakrát větší. Plicní infekce mohou ovlivnit vitální kapacitu plic.

5.1.7 Nemoci močové soustavy

Výskyt onemocnění není nijak častý. Dochází k poškození ledvin u pijáků piva.

¹⁹ Skála, J., Závislost na alkoholu a jiných drogách, 1. Vydání, Praha: Avicenum, 1987, s. 54, ISBN 08-077-87

²⁰Skála, J., Závislost na alkoholu a jiných drogách, 1. Vydání, Praha: Avicenum, 1987, s. 54, ISBN 08-077-87

5.1.8 Nemoci trávicí soustavy

Alkohol výrazně ovlivňuje pohyblivost trávicí soustavy, dochází ke zvýšení peristaltiky duodena a tenkého střeva.

Při jícnových onemocněních se mohou objevit jícnové varixy jako komplikace jaterní cirhózy. Pokud nejsou rozpoznány včas mohou na sebe upozornit až silným krvácením.

Nepříznivý vliv má alkohol na sliznici žaludku a duodena, může se projevovat zánětlivými a erozivními změnami, které mohou být zdrojem značného krvácení.

Mezi jaterní onemocnění způsobené nadměrným užíváním alkoholu patří alkoholická steatóza, alkoholická hepatitida a cirhóza. Alkoholická steatóza je klasické onemocnění, kdy má klient zvětšená játra a většinou je bez subjektivních potíží. Abstinence vede k vymizení steatózy a další konzumace alkoholu může způsobit vznik hepatitidy nebo cirhózy.

Alkoholická hepatitida je mnohem závažnější onemocnění s vysokou mortalitou, kdy může přejít do chronické formy nebo cirhózy.

Při alkoholové cirhóze jsou játra trvale poškozena a mají menší výkonnost. Vznik jaterní cirhózy je možný již za pět let při denní konzumaci alkoholu a u mužů 60 g (tj. 4 desetistupňová piva) a u žen stačí ke stejnému efektu 20 g alkoholu denně.²¹ Na základě cirhózy vzniká primární rakovina jater. Základ pro léčbu u cirhotických klientů je důsledná a trvalá abstinence.

Přibližně polovina všech onemocnění pankreatu souvisí s nadměrným užíváním alkoholu. Akutní pankreatitidy se objevují náhle (12 – 48 hodin po alkoholovém excessu). U alkoholiků se častěji než akutní pankreatitidy vyskytuje chronická recidivující pankreatitida.

5.1.9 Oběhová soustava

Srdeční a cévní nemoci jsou nejčastější příčinou smrti a invalidity a patří ke společensky nejzávažnějším onemocněním. Velmi častá je arteriální hypertenze

²¹ Skála, J., Závislost na alkoholu a jiných drogách, 1. vydání, Praha: Avicenum, 1987, s. 63, ISBN 08-077-87

(zvýšení krevní tlak u osob pijících vyšší množství alkoholu, nezávisle na obezitě, pití kávy a kouření cigaret).

Typická je tzv. alkoholická kardiomyopatie, kde vysoký krevní tlak spolu s alkoholem může vést k srdečnímu selhání. Toxický vliv na myokard, nedostatek vitamínu B, nahromadění lipidů, pokles magnézia, se může projevovat známkami srdeční insuficience.

5.1.10 Nervová soustava

Nervovou tkáň poškozují toxický účinek alkoholu, nedostatek vitamínu B, opakované úrazy hlavy, popřípadě onemocnění jiných orgánů.

Polyneuropatie je porucha a funkční narušení periferních nervů, příčinou je právě rizikové pití alkoholu, špatná výživa a nedostatek vitamínu B. Může se projevovat jako bolestivost nebo necitlivost končetin, parestázie (pocity mravenčení), ochablost a úbytek svalstva, ztráta hlubokých svalových reflexů.

Alkoholický tremor je jedním z nejčastějších projevů závislosti na alkoholu a projevuje se třesem víček, prstů, rukou, jazyka, rtů a později i celého těla. Ranní třesy u alkoholiků ustupují po prvních dávkách požití alkoholu a jsou jedním z důležitých kritérií pro diagnostiku závislosti na alkoholu.

Mozková atrofie bývá jedním z nejčastějších nálezů u osob závislých na alkoholu při vyšetření počítačovou tomografií. Závažnost nálezu stoupá s věkem a délkou užívání alkoholu a začíná již v ranných stádiích závislosti na alkoholu.

Wernickova encefalopatie je onemocnění, jehož vznik má nejčastější příčinu v nadměrném užívání alkoholu spojeným s nedostatkem tiaminu. Vyskytuje se porucha koordinace hybnosti, ataxie, ztráta paměti a konfabulace. Neaktivní formy mohou být základem Korsakovy psychózy a alkoholické demence. Proto se hovoří o Wernickově – Korsakovu syndromu.

Alkoholická epilepsie může být vyvolána jak abúzem alkoholu, tak jeho náhlým odnětím. Nejčastějším projevem je záchvat grand mal, který někdy přechází do nástupu deliria třemene. Při dlouhodobé abstinenci alkoholická epilepsie zcela vymizí i bez užívání antiepileptik.

5.1.11 Nemoci kůže a svalů

Změny na kůži při abúzu alkoholu mohou být dobrým vodítkem při diagnostice. Kožní změny v obličejí facies alcoholica, může se také objevit pavoukovité névy červenohnědé barvy. Typické jsou však symetrické bílé proužkování nehtů.

5.2 Psychické následky dlouhodobého užívání alkoholu

Nervový systém a CNS jsou nejcitlivější na toxické účinky alkoholu a jejich dočasné nebo trvalé poškození projevující se v psychice a jednáním člověka. Tehdy se může jednat o poruchy vnímání a paměti, afektovou labilitu, zvýšenou sugestibilitu až postupné zpřimitivnění duševního života se ztrátou náhledu na vlastní situaci.

Nejčastějším psychickým onemocněním u osob závislých na alkoholu jsou alkoholické psychózy. Vyskytují se u osob, které nadměrně a dlouhodobě požívají alkohol a jsou většinou na alkoholu závislé. Vznikají u alkoholiků pijících denně a z různých důvodů, kdy náhle přerušili příjem alkoholu. Jsou odlišné svým průběhem, závažností i klinickým obrazem, mohou přecházet jedna v druhou až nakonec někdy skončí demencí.

5.2.1 Abstinenční syndrom

Nejčastěji vzniká po tzv. pijáckém tahu (několikadenní pití), když je příjem alkoholu redukován nebo přerušen (při hospitalizaci v nemocnici, zadržení na protialkoholních záchytných stanicích). Po několika hodinách se objevuje hrubý tremor rukou, jazyka a očních víček a je přítomen alespoň jeden z následujících symptomů:

- malátnost nebo slabost;
- tachykardie, pocení, vzestup krevního tlaku;
- nauzea a zvracení;
- depresivní nálada nebo podrážděnost;

- **anxieta.**

Tento stav je dobře upravitelný vhodnou farmakologickou léčbou, může však vyústit v jinou psychózu a to třeba delirium tremens.

5.2.2 Delirium tremens

Objevuje se také po přerušení dlouhodobě trvajících příjmu alkoholu (nejčastěji u pijáků lihovin, ale také s abúzem piva a vína), které může být opět vyvoláno různými příčinami (hospitalizace, vězení, nedostatek financí, ale i rozhodnutí s pitím alkoholu jednou provždy skoncovat bez vyhledání odborné pomoci).

Vzniká náhle, v některých případech doprovázený epileptickým záchvatem. Někdy předcházejí stavy úzkosti, které mohou být tak silné, že přetrvávají dny až týdny. Počáteční stádium je charakteristické poruchami spánku, třesem končetin a jazyka, neklidem, nauzeou, anxiétou, pocením (abstinční syndrom) a někdy i epileptickým záchvatem grand mal. Po několika dnech se objeví agitovanost, zvýšení tremoru, teplota, zrakové, taktilní, sluchové halucinace, kvalitativní porucha vědomí, klient je také dezorientován místem, časem, ale ne vlastní osobou. Nálada se střídá od strachu, úzkosti až k euforii, vyskytují se paranoidně – persekční bludy, často somatické komplikace (zrychlený tep, zvýšená teplota). Toto celé může trvat až 72 hodin. Uvádí se, že v 10 % končí smrtí, je však i možná úplná zdrava nebo přechod do jiné psychózy.

5.2.3 Alkoholická halucinóza

Tato halucinóza se vyskytuje u osob dlouhodobě požívajících alkoholické nápoje, při redukci nebo vysazení alkoholu. Je charakterizována sluchovými halucinacemi, častými hlasy u osob s protichůdnými názory (mluví o postižení osobě), většinou jsou nepříjemné. V noci se objevují zrakové vidiny (děsivé), vědomí nebývá přerušeno a převládá úzkostlivá nálada.

Mohou se objevit i persekční bludy, někdy nebezpečí násilných trestných činů. Nejčastěji se alkoholická halucinóza objevuje před vznikem deliria tremens.

5.2.4 Amnestický syndrom (Korsakova psychóza)

Amnestický syndrom vzniká u osob závislých na alkoholu a je chronickým výrazným poškozením paměti (okamžitá výbavnost bývá obvykle zachována, dávné vzpomínky jsou méně poškozeny než čerstvá paměť), narušena orientace v čase, porucha učení nových skutečností, mohou se objevit konfabulace, dochází k atrofii mozkové tkáně, celková tupost, apatie, sociální degradace. Často přechází do alkoholické demence různého stupně závažnosti.

U malé části klientů je možné dosáhnout příznivého léčebného efektu, ale drtivá většina sociálně upadá, degraduje a stává se invalidními.

5.2.5 Alkoholická demence

Při alkoholické demenci dochází k většímu nebo menšímu postižení intelektových schopností. Klient není schopen se učit novým poznatkům, špatně se orientuje v novém prostředí. Mezi projevy řadíme otupování a ztrátu zájmu, poruchy sociability, sociální degradace, somatické komplikace, zchudlý citový člověk. Je možné ji pozorovat u klientů s dlouholetým abúzem alkoholu. Mnohem častěji se vyskytuje u žen než u mužů.

Podstatou tohoto stavu nemůžeme terapeuticky ovlivnit osoby s alkoholickou demencí vyžadující plnou péči a dohled v sociálních zařízeních.

5.3 Sociální následky dlouhodobého užívání alkoholu

5.3.1 Alkohol a rodina

Pravděpodobnost, že alkoholismus pronikající do rodiny přejde jako problém z jedné generace na druhou je velmi vysoká. Přibližně 30 % mužů závislých na alkoholu

má otce alkoholika, u žen je toto procento ještě vyšší. Jsou také důkazy, že v řadě případů existují dědičné předpoklady.

Rodina je prostředí, které je závislostí člena rodiny postiženo nejvíce. Závislostí netrpí pouze samostatný klient, ale trpí celá rodina, celý rodinný systém a všichni jeho členové.

To platí i pro období, kdy závislý člen rodiny nepije a je střízlivý. Problém tam už totiž zůstává a narušuje vzájemnou komunikaci, důvěru, schopnost řešení problémů a všech ostatních významných aspektů rodinného života.

V případě, že je alkohol hlavní příčinou rodinných problémů vypadá situace v rodině asi takto: pijící člen rodiny pomalu ztrácí roli živitele, přestává se účastnit rodinného života, rodinných rituálů, které narušuje svou nepřítomností popřípadě přítomností, ale jen pod vlivem alkoholu (oslavy narozenin, Vánoce, atd.), zde totálně upadá společenský život rodiny a projevuje se hlavně špatnou finanční situací v rodině.

Závislost značně narušuje i samostatné partnerské vztahy a proto také často vede k rozchodu partnerů nebo také až rozvodu manželů. Pití ženy většinou ohrožuje rodinu více, než pití muže. Na tuto informaci je však nutné pohlížet spíše z pohledu role matky, která jako hlavní má pečovat o děti a rodinu. V českých podmínkách je to dle mého názoru stav, který je bohužel stále více a více aktuálnější.

Pití muže bývá však pro partnerky nebezpečné také proto, že může často docházet k projevům agresivity, to znamená, že děti i jejich matky se mohou stát oběťmi domácího násilí, týrání a zneužívání.

Děti z rodin alkoholiků jsou prokazatelně častěji vážně nemocné i častěji pobývají v nemocnici. Jsou nejméně 5x častěji v péči dětské psychiatrické služby, než děti z rodin normálních. Děti z rodin alkoholiků jsou rovněž zhoršené ve školním prospěchu, jsou méně často voleny za kamarády, chlapci jsou častěji označováni jako „ rváči “.

Děti velmi obtížně snášejí nejasnost rodičovských rolí a vzniklé trvalé napětí v rodině.

Stávají se úzkostnými a přebírají odpovědnost za selhávající rodiče. Přestávají si hrát a mají „ dospělé starosti “, ztrácejí možnost prožívat radost.²²

Děti mají problém adaptovat se ve škole a ve vrstevnickém kolektivu. Nicméně bez ohledu na to jestli je svislým členem rodiny matka nebo otec dochází často

²² Keller, J., Pecinová, O., a kol., Závislost známá neznámá, 1. Vydání, Praha: Grada, 1996, s. 81, ISBN 80-7169-277-8

k narušení pozitivního přijetí rodičovských vzorů. Stává se tomu tak v důsledku narušení rodinných vztahů a posunu rodičovských rolí. Toto ohrožuje formování rodičovských postojů u dětí, ale také jejich další psychosexuální vývoj.

5.3.2 Alkohol a volný čas

Dochází k postupnému vymizení veškerých zájmů a zálib, alkohol tyto zájmy naprosto vytěsnil, klient nejeví vůbec o nic zájem ať už se to týká (sportovců, herců, malířů aj.).

Převážně pro sportovce alkohol není vůbec vhodným nápojem. Znemožňuje rychlou a správnou reakci, zpomaluje reflexy, zhoršuje svalovou koordinaci, zmenšuje sílu a vytrvalost. Sice má alkohol na určitou dobu poskytnout dojem snadného dosažení určitého výsledku, ale v závěru přichází deprese a útlum.

5.3.3 Alkohol v zaměstnání

Závislý člověk si začíná komplikovat svou situaci v práci klesajícím pracovním výkonem, neplněním pracovních povinností a nepravidelnou docházkou. Může také dojít k tomu, že člověk závislý na alkoholu o své zaměstnání přijde a dostává tak sebe i blízké do nepříznivé ekonomické situace. Často pak dochází k zadlužování.

Pokud ráno alkoholik nastoupí do práce pod značným vlivem alkoholu a vykonává monotónní, nenáročnou práci, u které nepotřebuje příliš uvažovat, jedná se o případ příznivější a se zaměstnavatelem se dá natolik řešit. Jde – li však o složitější práci, kde každá chyba znamená nebezpečí pracovního úrazu jako pro alkoholika, ale i pro výsledek jeho práce, který přináší podniku škodu je to ve většině případech řešené propuštěním.

Mezi nejčastější příznaky užívání alkoholu na pracovišti, které mohou alkoholika při nejmenším odhalit jsou: nervozita a zvýšená podrážděnost, výkyvy nálad, popudlivost, nevrlost, nevyrovnané pracovní tempo a slabý výkon.

5.3.4 Alkohol za volantem

Vede k přeceňování řidičských schopností, kdy řidič více riskuje, předjíždí v nevhodných situacích apod. Snižuje se schopnost, kvalita a rychlost reakcí a reflexního jednání, prodlužuje se tím například brzdná dráha. Alkohol zmenšuje zorný úhel, zhoršuje hloubkové vidění, odhad vzdálenosti a vidění za šera. Rovněž dochází snázeji k oslnění. Dále pak dochází ke snižování barvocitu, zvláště pak rozlišování červené a zelené barvy. U opilého řidiče se pochopitelně snižuje pozornost, nevnímá pocity únavy, které by ho za normálních okolností upozorňovali na nutnost přerušování jízdy a odpočinku.

Spánek osvěží, ale spalování alkoholu v krvi zpomaluje. Říká se, že silná káva osvěží, ale není tomu pravdou, že dochází k rychlejšímu odbourávání alkoholu organismu.

Opilost závisí na několika faktorech jako jsou: množství a koncentrace alkoholického nápoje, době, které byl vypit, na individuální snášenlivosti alkoholu u každého jedince a na momentální tělesné a duševní kondici. Na dosažení 1 promile alkoholu stačí velmi málo například 2,5 l 12° piva nebo 3,5 l 10° piva.

Statistiky dopravních nehod nám ukazují, jak je nebezpečný alkohol za volantem, a že díky alkoholu přichází o život i nevinní lidé, kteří se jen omylem připlétli pod kola lidem pod vlivem alkoholu.²³

²³ Vágnerová, M., Psychopatologie pro pomáhající profese, 1. Vydání, Praha: Portál, 1999, s. 290, ISBN 80-7178-214-9

6 LÉČBA ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU

Dříve než samotné léčení začne si jedinec sám musí uvědomit, že je závislý a že ztrácí schopnost svými vlastními silami a různými prostředky tento svůj stav zvládnout a potřebuje nutně pomoc a v tomto případě přichází na řadu léčba. Léčba alkoholika však nevede k vyléčení chorobného stavu tzn. k návratu do stavu před vznikem choroby, ale dochází jen k úzdravu a proto je nutné důsledně a trvale dodržovat bezalkoholní dietu, při které se vzdává konzumace alkoholických nápojů jak v malém množství, tak hlavně po celý zbytek svého života. Dotazník pro klienty v PL v Kroměříží je uveden v **příloze č. C**.

Zásadní podmínkou pro úspěšnost léčby je náhled choroby, tj. zjednodušeně řečeno uvědomění si toho, že jsem nemocný, mám problém a má nemoc je trvalou součástí mého života a léčba je nutná. Pokud klient tento náhled nemá, chybí základní předpoklad pro léčbu.

Získání náhledu na léčbu je často dlouhodobým procesem, který bývá náročný především pro blízké osoby závislého. Jen ti, kteří se závislým člověkem žijí, vědí o nekonečných snahách přesvědčit jej o jeho chorobě, o tom, že jeho intoxikace již přestaly souviset s tím, co se děje v jejich okolí. Jen oni vědí, jak je těžké sdělit závislému, že problémy s alkoholem již plně vyplnily celý jeho obzor a především to, že jejich aktivity nejsou namířeny proti osobě závislého, ale proti jeho chorobné závislosti.²⁴

K odvykací léčbě může tedy klient nastoupit jen dobrovolně a to z vlastního rozhodnutí, tady přichází na řadu právě rodina, aby k takovému kroku závislého člena přesvědčila. V současné době může být nucená, nedobrovolná léčba nařízená jen soudem a to ve spojení s trestným činem nebo při příliš hrubém narušování a ohrožování osobní svobody, výchovy dětí apod.

Pokud se klient závislý na alkoholu rozhodne k léčbě a udělá první krok, který je velmi důležitý k tomu, aby se pokusil své závislosti zbavit. V léčbě dle Hellera by mělo být dosaženo následujícího:

- odstranit drogu z těla;

²⁴ Heller, J., Pecinová, O., a kol., Závislost známá neznámá, 1. Vydání, Praha: Grada, 1996, s. 83, ISBN 80-7169-277-8

- měly by být obnoveny a rehabilitovány somatické funkce organismu;
- taktéž by měly být obnoveny funkce psychické a měly by být vytvořeny pozitivní struktury psychiky (již zmíněný náhled);
- odstranění tzv. základního problému, tj. jedinec by si měl doplnit schopnost vyrovnávat se s problémy, které nastaly nebo nastanou v průběhu jeho života;
- přijetí a stabilizace životního stylu s dietou;
- resocializace.

Léčba osob závislých na alkoholu zahrnuje komplexní péči, nejrůznější metody psychoterapie, sociální práce, biologické léčby. Práce s klientem se závislostí je záležitost dlouhodobá spojená s aktivní spoluprací klienta a doléčování, které je v ideálních případech doživotní a vede k trvalé a důsledné abstinenci.

6.1 Biologická léčba

V rámci biologické léčby se dnes užívá Antabus (Disulfiram), je to lék patřící do skupiny antialkoholik, který je používán k farmakologické závislosti na alkoholu. Klientem vhodným k léčbě Antabusem je takový člověk, který upřímně usiluje o trvalou a naprostou abstinenci, Antabus chce užívat a nemá žádné kontraindikace jako jsou těžká srdeční a oběhová nedostatečnost, záchvaty epilepsie, těžké poškození jater a ledvin, diabetes mellitus, vysoký krevní tlak, zvýšená činnost štítné žlázy a těhotenství.

Tomuto klientovi může léčba pomoci překonat zažitá stereotypy a pijácké rituály a usnadnit mu vytvoření nového lepšího životního stylu. Cílem léčby Antabusem není, to aby se klient napil alkoholu a bylo mu špatně, ale naopak, aby se v obtížných situacích, které budou přicházet po propuštění z léčení, alkoholu vůbec nenapil.

Antabus působí na enzymatické systémy v játrech, které normálně alkohol metabolizují. Dochází k bloádě acetaldehydu (enzymu rozkládajícího v lidském těle alkohol).

Po požití alkoholu při léčbě Antabusem se již během 10 – 15 minut rozvíjejí tyto příznaky, které jsou přímo závislé na množství vypitého alkoholu a přetrvávají i několik

hodin: zarudnutí v obličeji, bušení srdce, dušnost, pulsace v hlavě a na krku, pocity zvracení, pocení, snížení krevního tlaku, závratě, zmatenost, v těžších případech i kolaps, poruchy srdečního rytmu až zástava srdce, křeče, bezvědomí a smrt.

Klient léčený Antabusem by se měl proto ve vlastním zájmu vyhýbat veškerým přípravkům obsahující alkohol, včetně některých kapek proti kašli. U citlivých lidí mohou i různé vody po holení a jiné přípravky obsahující alkohol vyvolat zčervenání.

Klienti jsou proto o všech těchto nežádoucích projevech informováni opakovaně a pravidelně již v průběhu ústavního protialkoholního léčení. Pokud je klient po absolvování potřebných vyšetření (interní, neurologické, event. dalších) léčby Antabusem schopen, podepíše do dekursu informovaný souhlas a Antabus je mu nasazen. V průběhu hospitalizace ho bude užívat nepravidelně, nejčastěji před odjezdy na víkendové dovolenky nebo dlouhodobější propustky mimo léčebnu.

Po propuštění z ústavního léčení dochází klient nejčastěji 2 x týdně ke svému lékaři (praktickému, psychiatrovi, či jiné osobě, která je k pacientovi v emočně neutrálním vztahu) a užívá Antabus průměrně po dobu 1 roku, po dohodě je však možno tuto dobu prodloužit. Nelze doporučit užívání Antabusu od rodinných příslušníků (manželka, partnerka, rodiče, sourozenci apod.), neboť zde často dojde ke změně rolí, kdy se rodinný příslušník dostává do jemu nepříslušné role „ hlídače “ nebo „ kontrolora “ abstinence klienta, což potom často způsobuje problémy ve vztazích.

Je důležité také klienty upozornit, že přípravek si pořizuje sám na své vlastní náklady a tedy není hrazen zdravotními pojišťovnami.

6.2 Psychoterapie

Psychoterapie je velmi podstatnou součástí léčby závislých na alkoholu a jejich léčebných programů. Jak víme existuje mnoho psychoterapeutických směrů a různé formy psychoterapie. K psychoterapii také patří rodinná terapie, využívání relaxačních technik nebo terapeutická komunita. Uvádí se velká účinnost kognitivně – behaviorální terapie oproti psychoterapie dynamické, většinou je také využívána psychoterapie skupinová oproti individuální.

Skupinová psychoterapie se stala při léčbě výhodnější a smysluplnější, prokázala, že je více účinná a více reaguje na osobnostní rysy lidí závislých na alkoholu. Členové skupiny jsou stejnými objekty jako sám terapeut. Terapeut však ve

skupině vystupuje jako ten tolerantnější a tím ukazuje členům skupiny, že se mohou vyjadřovat o všem a nemusí mít

jakékoliv pocity viny. Ve skupinové psychoterapii se také, ale členové učí např. jak zacházet se svými afekty, emocemi, pocity viny, úzkostí, agresivitou a depresivními náladami.

Korektivní emocionální zážitky doprovázejí setkání i konflikty v souladu s režimovou léčbou a umožňují nám tedy mluvit jako o své pozitivní životní události. Pracují také na motivaci ke změně svého života, na překonání obranných mechanismů a vytváření nových životních perspektiv, kdy cílem je společné dosažení skupinové psychoterapie u klientů závislých na alkoholu.

Skála uvádí, že psychoterapie v léčbě závislosti na alkoholu má dva cíle:

1. klient má pochopit, že jediným řešením jeho závislosti je trvalá abstinence;
2. a že samotná abstinence nestačí, ale je potřeba celkové změny osobnosti, jejího dozírání a vyvážení.

Mezi nejběžnější psychoterapeutické skupiny vhodné při léčbě závislosti na alkoholu se využívají: asertivní dovednosti, muzikoterapie, arteterapie, psychodrama, psychogymnastika, nácvyk a zvládání obtížných situací aj.

Léčebný program také zahrnuje každodenní psaní **pocitových deníků**, při které dochází k individuální komunikaci mezi terapeutem a klientem a pracuje také s podrobně vypracovaným **písemným životopisem**, který je využíván při individuální psychoterapii, ale také je zařazen do skupiny mezi dalšími členy léčebného programu. Dalším významným prvkem v komunitě je **volná tribuna**, na nichž se scházejí všichni klienti i léčebný tým zpravidla jednou týdně a diskutuje se na ni o jednotlivých problémech, navrhuje se řešení a upravují dohodnutá pravidla.

Významnou součástí psychoterapeutických programů jsou různé pohybové a sportovní aktivity v podobě každodenních ranních rozcviček, relaxačních cvičení, možnosti využití posilovny, běh a turistika. Do této oblasti zahrnujeme i **pracovní terapie**, která nejen přináší dobré výsledky v podobě materiálních výtvorů, ale je účinná a pomáhá při rehabilitaci psychické i fyzické.

Léčebný program je však, ale také doplněn o důležitou část a to **režim**. Je to časový harmonogram dne s pravidly, které určují systém. Součástí režimu je **bodovací systém**, do kterého se klientovi zaznamenávají body o tom jak se mu daří, ale naopak i co nedaří toto se řeší minusovými body.

Alkoholické desatero je uvedeno v **příloze č. F**.

Speciálními formami psychoterapie jsou terapie **manželská a rodinná**.

Důležitou součástí terapie závislého klienta na alkoholu je také mu pomoci udržet a zachovat mezilidské vztahy a rodinné zázemí, pokud ovšem klient rodinu má. Nejbližší lidé ho totiž mohou na jeho těžké cestě k abstinenci a zbavení se alkoholické závislosti motivovat a podporovat.

Manželská terapie je zaměřena na dvojici manželů a jejich osobní problémy. Pomáhá jim zvládnout konfliktní a krizové situace nejen vyplývající ze závislosti na alkoholu některého z nich. V manželské terapii se převážně pracuje s dvojicí manželů, patří k nim však také individuální terapie jednoho z nich, orientována na manželský vztah. Několik manželských párů může být zařazeno do skupiny a účastnit se tak skupinové terapie.

Rodinná terapie se zaměřuje především na vztahy mezi rodiči a dětmi.

V manželské i rodinné terapii jde o to, aby v systému rodiny došlo k vymizení alkoholu a aby chování všech členů, které bylo zafixované, nepodporovalo člena rodiny závislého na alkoholu ve stejném způsobu reagování a naopak, aby členové rodiny dokázali svého blízkého podpořit nejen při léčbě a doléčování.

Sem spadá i tzv. terapeutická komunita, což znamená společenství lidí s určitým problémem, kteří si mohou navzájem pomáhat. Jde o způsob práce s pacienty, při nichž si členové komunity poskytují navzájem oporu, učí se od sebe a vytvářejí vzájemné vztahy mezi sebou i zaměstnanci léčebného zařízení. Terapeutická komunita umožňuje klientům se aktivně podílet na své vlastní léčbě závislosti a získávat pocit odpovědnosti za svůj život. Poučení o zásadách na oddělení je uvedeno v **příloze č. E**.

6.3 Následná péče – doléčování

Naznačuje, že po skončení základní léčby přichází další aktivní postupy k dosažení

a udržení zdraví. Doléčování sleduje dlouhodobý efekt léčby a zdůrazňuje prevenci recidiv. Dlouhodobým cílem léčby a doléčování je trvalá abstinence, která je optimální formou kompenzovaného stavu klienta. Zde je nutné zmínit ještě jeden cíl a to variantu kontrolovaného pití, protože u plně rozvinuté závislosti není kontrolované pití možné.

Mezi formy následné péče patří především tzv. socioterapeutické kluby, což jsou kluby léčených klientů a jejich rodinných příslušníků, Tyto kluby vznikly v Praze a jiných městech v ČR a pracují v nich společně odborníci společně s jejich klienty. Základní povinností všech členů klubů je dodržovat abstinenci a druhým v jejich abstinenci pomáhat. Během pravidelných schůzek klubů se mluví na různá témata, které vedou a usměrňují terapeuti a je při nich možnost postavit proti sobě zkušenější klienty, kterým se daří dlouhodoběji abstinovat např. s těmi, kteří protialkoholní léčbu právě podstupují.

Další formou následné péče jsou intenzivní léčebné pobyty v přírodě.

Protialkoholní zařízení a protialkoholní péče v **příloze č. A.**

7 EDUKACE A EDUKAČNÍ PROCES

Edukace je v užším slova smyslu souhrn znalostí, vědomostí, které jsou získány během určité výuky nebo studia.

Cílem edukačního programu je, aby si lektor vymezil cíle svého pedagogického působení z důvodu zpětného hodnocení úrovně a jejího dosažení, dále pak rozhodnout co bude klíčové (na co se zejména zaměřit) a nakonec vytvořit projekt vzdělávání.

V pedagogickém působení se u účastníků vytvářejí:

- **vědomosti** jsou pochopené pojmy a fakta, různá data i další informace, řadu informací si účastníci zapamatují, ale lektorovi by mělo jít především o to, aby účastníci prezentované informace pochopili a dovedli je použít ve svém životě;
- **dovednosti** jsou zvládnutými způsoby činnosti, kdy se projevují v činnosti účastníků teoretické (jako jsou výpočty, rozhodování v problémových situacích) tak v činnosti praktické (aplikace léčebných úkonů, realizace zdravého způsobu života);
- **návyky** jsou upevněnými a zautomatizovanými složkami vědomé činnosti, kdy jsou přínosem při nepředvídané nesnázi nebo chybě, zasahuje vědomí a prováděnou činnost usměrňuje;²⁵
- **schopnosti** jsou obecnější a stabilnější a jsou výsledkem ontogenetického vývoje osobnosti, důležité jsou speciální schopnosti účastníků, které jsou považovány za výkonové předpoklady pro úspěch v určitých činnostech.²⁶

Při pedagogickém působení lektor obvykle vyvolává zájem o danou problematiku, upevňuje jejich vědomosti, dovednosti, návyky a schopnosti, lektor se však zaměřuje na změny v chování a jednání účastníků. Může jít například o změny, které jsou: vytváření nových vědomostí, dovedností, návyků a jejich procvičování, kdy dochází zároveň i k prohlubování, rozvíjení, rozšiřování vědomostí, změny v názorech a postojích a „ utlumení “ některých projevů chování, pocitů a obav účastníků.²⁷

²⁵ Bastl, P., Švec, V., Zdravotník lektorem, 1. Vydání, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997, s. 6, ISBN 80-7013-251-5

²⁶ Bastl, P., Švec, V., Zdravotník lektorem, 1. Vydání, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997, s. 6, ISBN 80-7013-251-5

²⁷ Bastl, P., Švec, V., Zdravotník lektorem, 1. Vydání, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997, s. 7, ISBN 80-7013-251-5

7.1 Cíle pedagogického působení

Cíle pedagogického působení, tj. vzdělávací cíle, jsou východiskem lektorovy činnosti. Jsou to předpokládané, očekávané změny v chování účastníků, kterých se má dosáhnout vzděláváním. Tyto změny se netýkají pouze osvojení si nových vědomostí, dovedností a návyků, ale i rozvoje osobnosti účastníka, jejich názorů, postojů a jiných projevů chování.²⁸ Lektor si může zvolit adekvátní metody, formy i prostředky vzdělávání. Čím jsou cíle přesnější, tím efektivněji lektor může plánovat, motivovat a řídit učební činnost účastníků.

Vzdělávací cíle je třeba formulovat ve formě očekávaného výkonu účastníka tak, aby bylo možné zpětně zjišťovat, jestli bylo těchto cílů dosaženo. Lektor proto musí vzdělávací cíle specifikovat přesně a jednoznačně. Pomůckou při vymezení a konkretizaci vzdělávacích cílů jsou jejich taxonomie. Taxonomií rozumíme hierarchicky uspořádaný systém vzdělávacích cílů, kdy se taxonomie cílů rozlišuje v oblastech : kognitivní (poznávací) týká se osvojení si vědomostí a rozumových schopností, psychomotorické zahrnuje formování psychomotorických (pohybových) dovedností, afektivní (postojové, hodnotové) týká se získávání postojů a názorů.²⁹

Bloomova taxonomie je nejvýznamnější pokus o klasifikaci vzdělávacích cílů v kognitivní oblasti. Zahrnuje šest hierarchicky uspořádaných kategorií cílů takto charakterizovaných:

- **zapamatování** účastník bude schopen reprodukovat pravidla, postupy, zákony, atd.;
- **porozumění** účastník bude schopen vysvětlit osvojené učivo ve formě pouček, zákonů, pravidel a příkladů;
- **aplikace** účastník bude schopen aplikovat pochopené poznatky při řešení zadaného problému, navrhnout postup a jeho řešení;
- **analýza** účastník bude schopen analyzovat problém na známé a neznámé prvky a nacházet mezi nimi vztahy;

²⁸ Bastl, P., Švec, V., Zdravotník lektorem, 1. Vydání, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997, s. 8, ISBN 80-7013-251-5

²⁹ Bastl, P., Švec, V., Zdravotník lektorem, 1. Vydání, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997, s. 9, ISBN 80-7013-251-5

- **syntéza** účastník bude schopen vytvářet poznatkové struktury, kombinovat jejich jednotlivé prvky, atd.;
- **hodnotící posouzení** účastník bude schopen posoudit hodnotu myšlenek, tvůrčí metodu práce, porovnat vyřešený problém a vyvodit závěr.³⁰

Daveova taxonomie je nejpoužívanější taxonomie v psychomotorické oblasti, zahrnuje pět kategorií:

- **imitace** účastník je schopen osvojit si psychomotorické dovednosti na základě pozorování;
- **manipulace** účastník je schopen vykonat danou činnost na základě slovního návodu, činnost se postupně zdokonaluje;
- **zpřesnění** účastník je schopen vykonat danou činnost skoro samostatně, činnost je přesnější;
- **koordinace** účastník je schopen vykonat požadovanou činnost celkem samostatně a plynule;
- **automatizaci** účastník má už zautomatizované některé složky osvojené psychomotorické činnosti.³¹

D.R. Krathwohl taxonomie v oblasti afektivní, v této taxonomii se rozlišuje pět kategorií:

- **vnímavost** účastník je citlivý na existenci určitých jevů, je ochotný je vnímat, přijímat, učení účastníka se zaměřuje požadovaným směrem;
- **reagování** účastník ochotně reaguje na dané stimuly, podrobuje se určitým pravidlům a normám, je spokojený s tímto reagováním;
- **oceňování hodnoty** u účastníků dochází k zvnitřnění hodnoty prožitku, pociťují závazek k hodnotě, cení si jí;
- **integrování hodnot** účastník při reagování na různé situace integruje hodnoty do soustavy, určuje pořadí hodnot;
- **interiorizace hodnot v charakteru** dotváří se hierarchie hodnot účastníka, jeho chování je jasně vyhraněné.³²

³⁰ Bastl, P., Švec, V., Zdravotník lektorem, 1. Vydání, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997, s. 9, ISBN 80-7013-251-5

³¹ Bastl, P., Švec, V., Zdravotník lektorem, 1. Vydání, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997, s. 10, ISBN 80-7013-251-5

7.2 Práce lektora se vzdělávacími cíly

7.2.1 Práce s cíli na začátku vzdělávání

Na začátku vzdělávání lektor zformuluje účastníkům cíle v přiměřené podobě. Cíle musí mít motivační účinek, musí účastníkům ukazovat význam splnění cílů a další pracovní činnosti v životě. Cíle mají za úkol vzbudit u účastníků zájem o vzdělávání.

Lektor musí při vymezování cílů a motivace účastníků také vytvořit předpoklady pro realizaci zamyšlené učební činnosti. Jedná se o vytvoření orientačních bodů, které usměrnují učební činnost účastníků a vedou k vytyčenému cíli. Systém orientačních bodů zabezpečuje cílová orientace účastníků, tedy nejen jejich zaměřenost na očekávaný výsledek, ale i splnění požadovaných cílů. Cílová orientace vzniká pod vlivem vnějších podmínek učení, zkušeností účastníků a jejich potřeb.

Můžeme rozlišit tři základní typy orientace účastníků:

1. typ: Osvojovaná činnost se předvede, poskytne se úplná a konkrétní orientační osnova činnosti, tedy názorný a jasný postup vedoucí k vyřešení úkolů.

2. typ: Předvede se osvojovaná činnost, orientační osnova je sice také úplná, ale generalizovaná, a tak umožňuje řešit úkoly podobného typu.

3. typ: Objasní se cíl činnosti, zadaný problém. Účastníci samostatně nebo pod vedením lektora sestavují úplnou konkrétní nebo generalizovanou orientační osnovu činnosti.³³

7.2.2 Práce s cíli v průběhu vzdělávání

V průběhu vzdělávání lektor informuje účastníky jak se blíží ke stanoveným cílům. Čím více se účastníci přibližují ke stanoveným cílům, tím jsou pro ně zajímavější a více je motivují. Při dosahování cílů lektor pomáhá účastníkům překonávat těžkosti během učení, působí na účastníky výchovně. Informace o plnění cílů lektor účastníkům oznamuje neformálně na základě pozorování jejich učební činnosti, učebních výkonů.

³² Bastl, P., Švec, V., Zdravotník lektorem, 1. Vydání, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997, s. 10, ISBN 80-7013-251-5

³³ Bastl, P., Švec, V., Zdravotník lektorem, 1. Vydání, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997, s. 14, ISBN 80-7013-251-5

Lektor by však měl zvolit méně náročnou formu prezentace učebních informací, změnit vyučovací postup, procvičit učivo apod.

Velmi důležité je naučit účastníky nejen plnit stanovené cíle, ale i vytyčovat si vlastní cíle činnosti.³⁴

7.2.3 Práce s cíli v závěru vzdělávání

V závěru vzdělávání lektor zjišťuje, jak si účastníci osvojili učivo odpovídajícím cílům. Komparuje dosažený reálný výkon účastníků s předpokládaným výsledkem, cílem. Hlavně si všímá příčin nedostatků v učební činnosti účastníků, nežádoucích názorů, postojů apod.

I ne celkem splněný cíl je pro lektora důležitý. Umožňuje mu hlouběji se zamýšlet nad svou prací i nad osobností účastníků a uvažovat o vzájemných vztazích.³⁵

7.3 Projektujeme vzdělávací kurz

7.3.1 Proč organizujeme kurz?

Má – li kurz splnit svůj úkol, musí být jeho cíle jasné a jednoznačné. Stanovení cílů může být zaměřeno na rozvoj různých složek kvalifikace účastníků jako jsou na vědomosti, na dovednosti a na postoje účastníka.

³⁴ Bastl, P., Švec, V., Zdravotník lektorem, 1. Vydání, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997, s. 15, ISBN 80-7013-251-5

³⁵ Bastl, P., Švec, V., Zdravotník lektorem, 1. Vydání, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997, s. 15, ISBN 80-7013-251-5

7.3.2 Pro koho?

Skladba účastníků kurzu je různá, např. od vedoucích pracovníků, jiných specialistů až po odborné pracovníky, proto jsou potřeby jiné a tedy i cíle.

Stanovení cílů vzdělávacího působení musí odpovídat potřebám účastníků a být v souladu s potřebami organizace. Účastníci nejsou pasivními objekty, protože každý má své představy a názory.³⁶

Účastník musí chtít a pokud není motivován je vzdělávání k ničemu. Proto musí být informován, co se v kurzu dozví a k čemu mu to bude dobré. Nadřizený by měl účastníkům vše vysvětlit, že kurz není rekreace ale tvrdá práce.

7.3.3 Jak je kurz veden?

Stanovený obsah má být zprostředkován účastníkům formami, metodami a prostředky v přiměřeném čase. Organizační forma kurzu by měla mít vytvořené podmínky pro nerušené klidné a soustředěné studium. Zde je nejlepší organizovat skupinu o 20 – 25 členech. Účastník nechce být poučován, ale chce se dovědět. Organizátor nepřehlíží samostudium při soustředěních a mezi nimi a také nesmí zapomenout zabezpečit dostupné učební texty. Další důležitou věcí je, aby lektor zároveň k výuce připravil i vhodné materiální prostředky, které zvýší pozornost účastníků ke snadnějšímu zapamatování.

Nezbytnou součástí je lektorovo časové rozvržení výuky. Vzdělání by mělo trvat asi jeden den. Kdy výuka by měla být rozvržena do tří částí asi po čtyřech hodinách doplněná o přestávky.

³⁶ Bastl, P., Švec, V., Zdravotník lektorem, 1. Vydání, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997, s. 18, ISBN 80-7013-251-5

7.3.4 Kdo vede kurz?

Lektor k vedení kurzu potřebuje mít odborné vědomosti a dovednosti. Musí znát přesný celý program kurzu a také složení účastníků.

Lektorem může v podstatě být jakákoliv osoba, která má určité vzdělání a kompetence k vedení vzdělávacího kurzu.

7.3.5 Kde je kurz veden?

Může to být každá místnost, která se dá pokládat za učebnu. Musí být dostatečně prostorná, účastníci nesmí sedět k lektorovi zády, dostatečně osvětlená, fungující topení a větrání, tabule a hlavně nerušenost.

7.4 Hodnocení vzdělávacího procesu

7.4.1 Nové pojetí evaluace vzdělávacího procesu

Termín evaluace je do určité míry ekvivalentem pojmu hodnocení. Vztahuje se v principu ke každé aktivitě, která slouží pro posouzení výkonu účastníka. Evaluace představuje techniky, které využít při sledování prospěchu účastníka.

Cíle hodnocení jsou zpětná vazba o prospěchu účastníka a pokroku účastníka, motivace, podklad pro vedení záznamů o prospěch účastníka a posouzení připravenosti účastníka pro další učení.³⁷

7.4.2 Druhy a kritéria hodnocení (evaluace)

Hodnocení je vlastně zakončení a vyvrcholení vzdělávacího procesu. Hodnocením můžeme také rozumět metodu tj. získávání a zpracování dat, formu evidence daného stavu, pomůcku, systém kontrolování kvality a nástroj.

³⁷ Bastl, P., Švec, V., Zdravotník lektorem, 1. Vydání, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997, s. 86, ISBN 80-7013-251-5

Druhy hodnocení jsou:

- formativní (kontrolní, průběžné) jejímž cílem je poskytnout účastníkovi a lektorovi zpětnou vazbu;
- sumativní (finální, klasifikační) jejímž cílem je rozlišit mezi úspěchem a neúspěchem, zkoušet a dát najevo osvědčení.

7.4.3 Metody a zásady hodnocení

Můžeme rozlišit tyto základní metody hodnocení:

A. Metody přímé

- pozorování (nestandardizované, polostandardizované, standardizované);

B. Metody polopřímé

- záznam průběhu výuky (auditivní, audiovizuální);

C. Metody nepřímé

- slovní rozhovor (nestandardizované, polostandardizované, standardizované);
- pedagogické konsilium;
- konsilium expertů;
- písemné – dotazník;
- testy (relativního výkonu, absolutního výkonu, adaptivní testování);
- posuzovací škály;
- kategorizování;
- modelové situace (kasuistiky);
- produkty činnosti;

D. Metody praktické

- výsledky hodnocení by neměli být oficiální, ale měli by vést k diskuzím a k výměně zkušeností.³⁸

³⁸ Bastl, P., Švec, V., Zdravotník lektorem, 1. Vydání, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997, s. 89-90, ISBN 80-7013-251-5

Při hodnocení jsou důležité tyto požadavky:

- hodnotit z hlediska všech důležitých cílů vzdělávacího působení;
- má – li být hodnocení úplné, musí se využívat různých způsobů zjišťování pokroku, jehož účastníci dosáhli při výchově a vzdělávání, nástroji zjišťování výsledků jsou písemné testy, zkoušky, dotazníky;
- hodnocení by se mělo konat na začátku, v průběhu a na konci studia;
- poslední požadavek je takové využití hodnocení, které umožní zdokonalení výchovně vzdělávacího projektu.

7.5 Sebereflexe jako základ analýzy pedagogické činnosti

Sebereflexe je východiskem hlubšího sebepoznání i sebezdokonalování pedagogické činnosti lektora. Je to zpětná vazba o tom, co a jak lektor dělal a prožíval při komunikaci s účastníky, co se přitom dělo a jak tato komunikace probíhala.

Sebereflexe je základem autodiagnostiky pedagogické činnosti lektora.

Autodiagnostiku lze považovat za proces, v jehož průběhu lektor systematicky získává a zpracovává zpětnovazební informace o svém pedagogickém působení.

Zpětnovazební informace o svém pedagogickém působení získává lektor z různých zdrojů: s využitím otázek, které se týkají lektorova uvažování o výuce prostřednictvím videa, posuzováním výuky účastníků a s využitím názorů jiné osoby na lektorovu pedagogickou činnost.³⁹

³⁹ Bastl, P., Švec, V., Zdravotník lektorem, 1. Vydání, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997, s. 112, ISBN 80-7013-251-5

II PRŮZKUMNÁ ČÁST

8 CÍL PRÁCE A PRACOVNÍ HYPOTÉZY

8.1 Cíle teoretické části

Zjistit nejčastější příčiny alkoholových recidiv u klientů a jejich informovanost o alkoholových recidivách.

Vytvořit edukační program zabývající se problematikou alkoholových recidiv jak pro zdravotní sestry, tak pro klienty.

8.2 Formulace praktického cíle

Zhodnotit u vybraných respondentů nejčastější příčiny alkoholových recidiv. Provézt analýzu a šetření do jaké míry u vybraných respondentů je informovanost o alkoholových recidivách.

8.3 Průzkumné hypotézy

Hypotéza 1. Předpokládám, že u více než 35 % respondentů byla nejčastější příčinou vedoucí k závislosti na alkoholu samota.

Hypotéza 2. Předpokládám, že více než 60 % respondentů je nedostatečně informováno o alkoholových recidivách.

Hypotéza 3. Předpokládám, že více než 75 % respondentů by uvítalo edukační materiály týkající se alkoholové recidivy.

9 METODIKA PRŮZKUMU

9.1 Dotazník

Pro zjištění potřebných informací v mé bakalářské práci bylo zvoleno dotazníkové šetření, jakožto nejběžnější a nejdostupnější metoda, která patří do explorativních metod. Po sestavení dotazníku proběhl sběr informací. Před provedením výzkumu se rozdalo 10 dotazníků, aby se zjistilo, zda otázky, které jsou v dotazníku použity, jsou dostatečně srozumitelné.

Dotazník byl rozdán v Psychiatrické léčebně v Kroměříži na odděleních 8B a 15 tedy protialkoholních a byl tedy určen pouze klientům tohoto zařízení. Mnou vytvořený dotazník byl zcela anonymní a sloužil pouze pro účely výzkumu v mé bakalářské práci, tudíž respondentům nehrozilo žádné riziko zneužití jejich odpovědí. Dotazník, který jsem použila zahrnoval 20 otázek v **příloze č. B**. Položky byly formulovány na předtištěném formuláři a respondenti na ně odpovídali písemně. Výhodou tohoto způsobu získání informací je velký počet dat v relativně krátkém časovém úseku, naopak nevýhodou této metody může být zkreslená odpověď respondenta, nepochopení otázky nebo snadnější neochota spolupráce. Úvod dotazníku představí výzkumníka, návod k vyplnění jednotlivých položek dotazníku a stručné shrnutí dotazníkového šetření.

Jako vzorek pro výzkum byli vybráni klienti z Psychiatrické léčebny z Olomouce.

Sběr informací byl realizován v období 1.2. 2011 do 1.3. 2011.

Zpracování dotazníků jsem provedla v programu Microsoft Excel, který je jakožto tabulkový procesor k takové práci vhodný. Získaná data jsou uspořádána do pracovních tabulek četnosti. Položky jsou dále sestaveny do tabulek, grafických znázornění, které jsou slovně popsány.

Absolutní četnost udává počet respondentů, kteří odpovídají v položce stejnou odpovědí z nabídnutých možností.

Relativní četnost poskytuje informaci o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu, která je vyjádřena v %.

9.1.1 Formy položek v dotazníku

- Otázky otevřené – u položky je ponechána možnost vyjádření vlastního názoru, jedná se o položku: 1, 2, 3, 6, 7.

- Otázky uzavřené – u položky je možno označit pouze jednu vybranou odpověď, jedná se o položky: 4, 5, 8, 9, 12, 13, 19, 20.

- Otázky polozavřené – u položky je možno vybrat odpověď, pokud je odpověď volná otázka lze doplnit, jedná se o položku: 10, 11, 14, 15, 16, 17, 18.

9.1.2 Charakteristika položek

Cílem jednotlivých položek bylo:

- Položky osobní údaje jsou nečíslované. Tyto otázky pokládám, pouze z důvodu informativního charakteru, zda jsou více rizikové ženy nebo muži, v kolika letech vznikla závislost, jaký je jejich rodinný stav, zda mají nějaké vzdělání a jaké je jejich nejčastější zaměstnání.

- Položky č. 1, 2, 3 zjišťují kolikátá je tato léčba v pořadí, kolikátý týden probíhá, kdy se klient poprvé opil a při jaké příležitosti to bylo.

- Položky č. 4, 5, 6, 7, 8, 9 zjišťují jaká je vlastně nejčastější příčina vedoucí k jejich závislosti, jak si nejčastěji obstarávali alkohol, jaký druh alkoholu užívali, v jakém množství, jak dlouhý byl interval, kdy se pokoušeli abstinovat a jestli mají z konzumace alkoholu nějaké zdravotní potíže.

- Položky č. 10, 11, 12, 13 zjišťují zda, si klient myslí že už nebude pít, zda bude léčba úspěšná a jestli má někoho kdo mu ukončení léčby pomůže s abstinencí a jak si uvědomil svoji závislost.

- Položky č. 14, 15, 16, 17, 18. Těmito otázky zjišťují, zda respondenti něco ví o svých alkoholových recidivách.

- Položky 19, 20. Těmito otázkami chci zjistit, zda jsou dostatečně informováni o recidivách a jejich příčinách a zda by uvítali informační materiál sloužící k edukaci.

10 VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEJICH ANALÝZA

10.1 Zjištěné výsledky

Svůj průzkum jsem prováděla celkem u padesáti respondentů z řad klientů Psychiatrické léčebny v Kroměříži na odděleních 8B a 15 tedy protialkoholních, z důvodu zaměření mé bakalářské práce týkající se nejčastějších příčin recidiv u klientů závislých na alkoholu a následné edukace pro ně samé.

Spolupráce s klienty protialkoholních oddělení byla velmi vstřícná a úspěšná, klienti ochotně spolupracovali. Návratnost dotazníků byla 100 %.

Následující údaje jsou rozděleny na osobní údaje, příčiny alkoholových recidiv a informovanost o alkoholových recidivách.

U jednotlivých otázek byly zjištěny následující údaje:

OSOBNÍ ÚDAJE

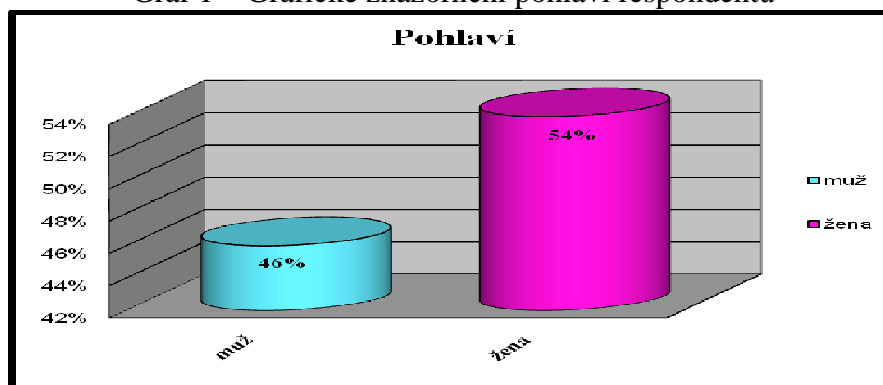
Otázka č. 1 – Pohlaví

Na možnost muž odpovědělo 46 % respondentů a na možnost žena odpovědělo 54 %. Z mých výsledků vyplývá, že závislost na alkoholu je větší u žen než mužů.

Sumární tabulka 1 – Pohlaví respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
muž	23	46 %
žena	27	54 %
Celkem	50	100 %

Graf 1 – Grafické znázornění pohlaví respondentů



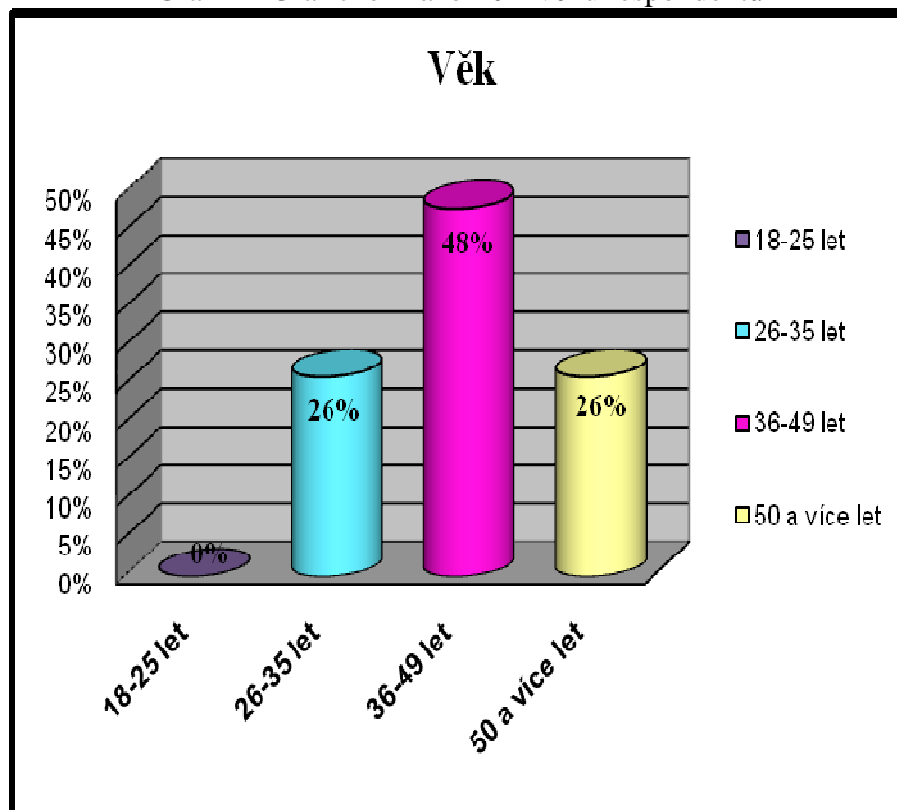
Otázka č. 2 – Věk

Na možnost 18 – 25 neodpověděl žádný respondent. Na odpověď 26 – 35 odpovědělo 26 % respondentů. Na možnost 36 – 49 odpovědělo 48 % respondentů a na 50 a více let odpovědělo 26 respondentů.

Sumární tabulka 2 – Věk respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
a) 18 - 25	0	0 %
b) 26 - 35	13	26 %
c) 36 - 49	24	48 %
d) 50 a více let	13	26 %
Celkem	50	100 %

Graf 2 – Grafické znázornění věku respondentů



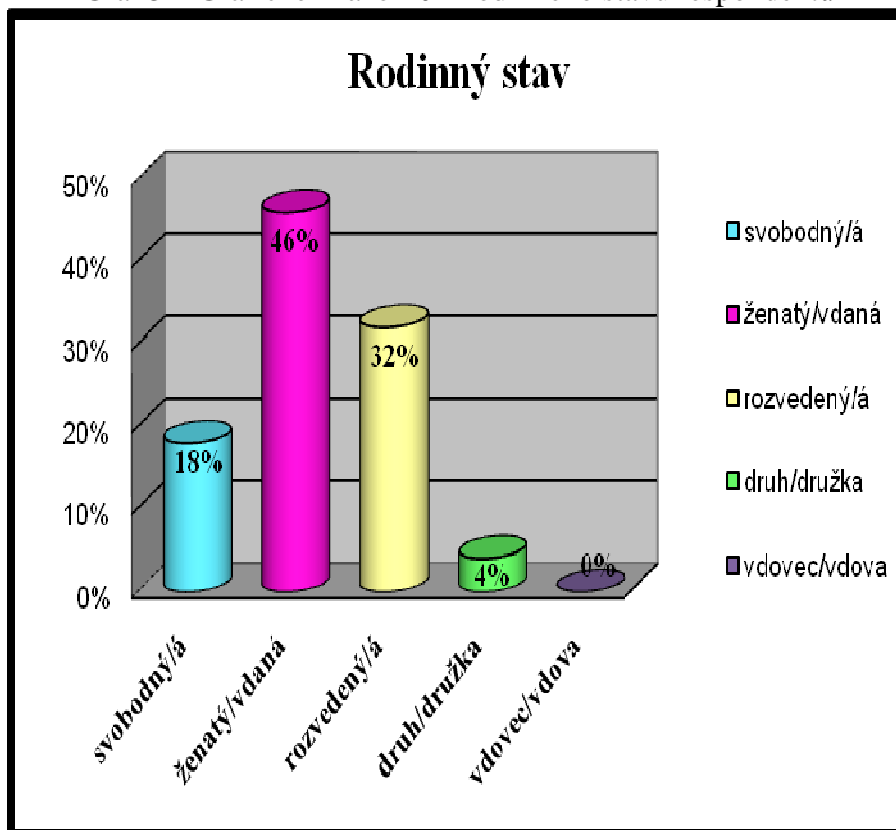
Otázka č. 3 – Rodinný stav

Respondenti měli na výběr z 5 možností. Odpověď svobodný/á zvolilo 18 % dotazovaných. Odpověď ženatý/vdaná napsalo 46 % respondentů. Odpověď rozvedený/á zvolilo 32 %. Odpověď druh/družka zvolili 4 % a vdovec/vdova nezvolil ani jeden respondent.

Sumární tabulka 3 – Rodinný stav respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
a) svobodný/á	9	18 %
b) ženatý/vdaná	23	46 %
c) rozvedený/á	16	32 %
d) druh/družka	2	4 %
e) vdovec/vdova	0	0 %
Celkem	50	100 %

Graf 3 – Grafické znázornění rodinného stavu respondentů



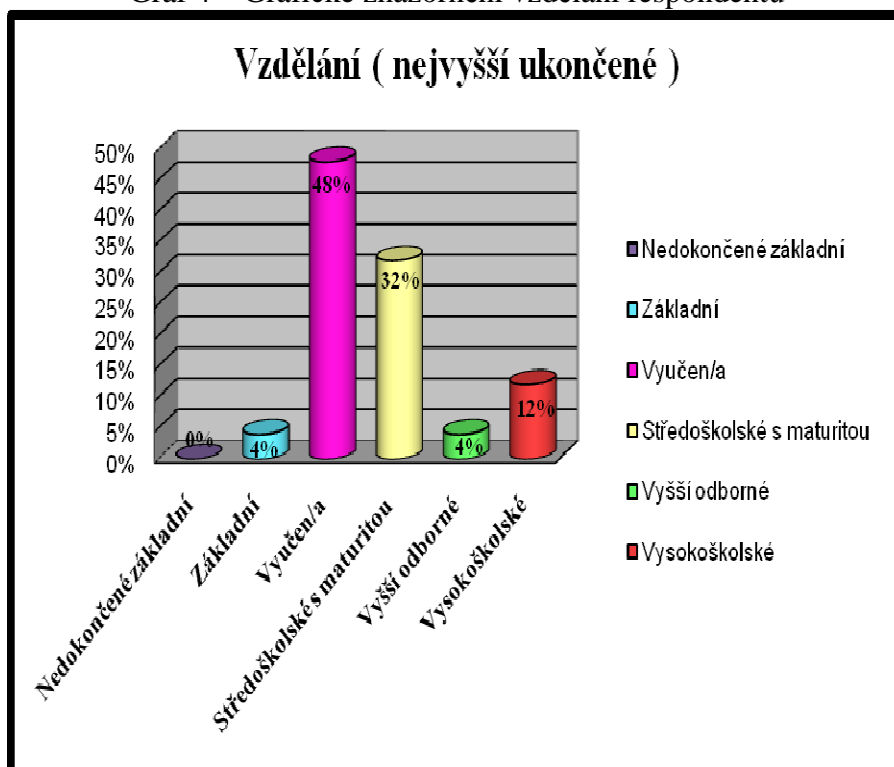
Otázka č. 4 – Vzdělání (nejvyšší ukončené)

U této otázky měli respondenti na výběr z 6 možností. Na odpověď nedokončené základní neodpověděl ani jeden respondent. Na základní odpověděli 4 % respondentů. Na odpověď vyučen/a odpovědělo 48 % respondentů. Odpověď středoškolské s maturitou zvolilo 32 % dotazovaných. Vyšší odborné odpověděli 4 % respondentů a na vysokoškolské odpovědělo 12 % dotazovaných.

Sumární tabulka 4 – Vzdělání respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
a) nedokončené základní	0	0 %
b) základní	2	4 %
c) vyučen/a	24	48 %
d) středoškolské s maturitou	16	32 %
e) vyšší odborné	2	4 %
f) vysokoškolské	6	12 %
Celkem	50	100 %

Graf 4 – Grafické znázornění vzdělání respondentů



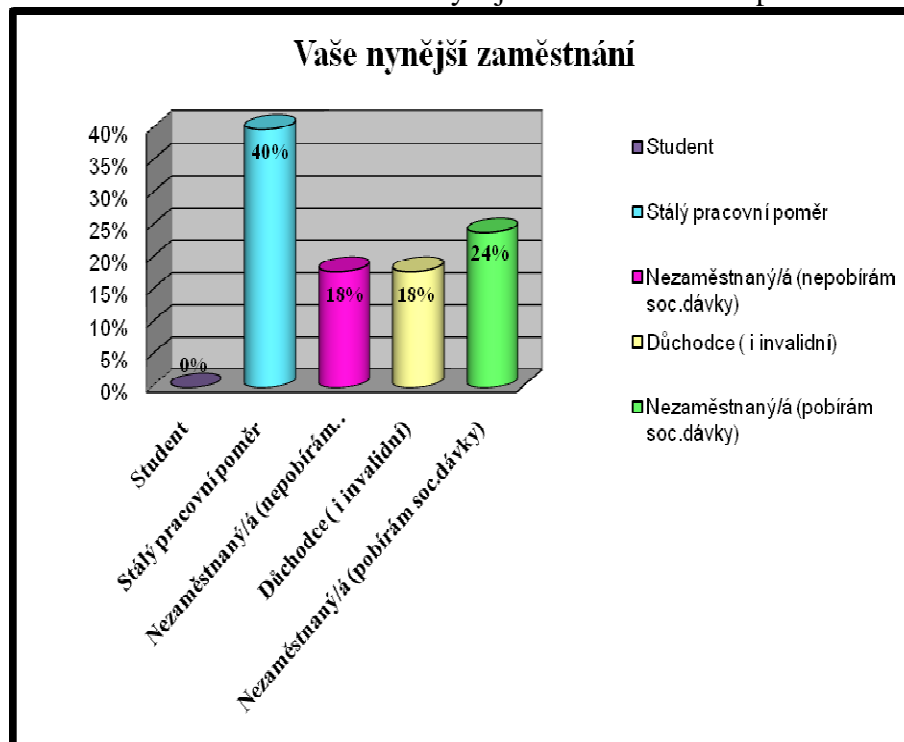
Otázka č. 5 – Vaše nynější zaměstnání

Respondenti měli na výběr z 5 možností. Odpověď student nezvolil žádný respondent. Odpověď stálý pracovní poměr napsalo 40 % dotazovaných. Odpověď nezaměstnaný/á (nepobírám sociální dávky) zvolilo 18 % respondentů. Odpověď důchodce napsalo 18 % respondentů. A odpověď nězaměstnaný/á (pobírám sociální dávky) zvolilo 24 %.

Sumární tabulka 5 – Nynější zaměstnání respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
a) student	0	0 %
b) stálý pracovní poměr	20	40 %
c) nezaměstnaný/á (nepobírám sociální dávky)	9	18 %
d) důchodce (i invalidní)	9	18 %
e) nezaměstnaný/á (pobírám sociální dávky)	12	24 %
Celkem	50	100 %

Graf 5 – Grafické znázornění nynějšího zaměstnání respondentů



PŘÍČINY ALKOHOLOVÝCH RECIDIV:

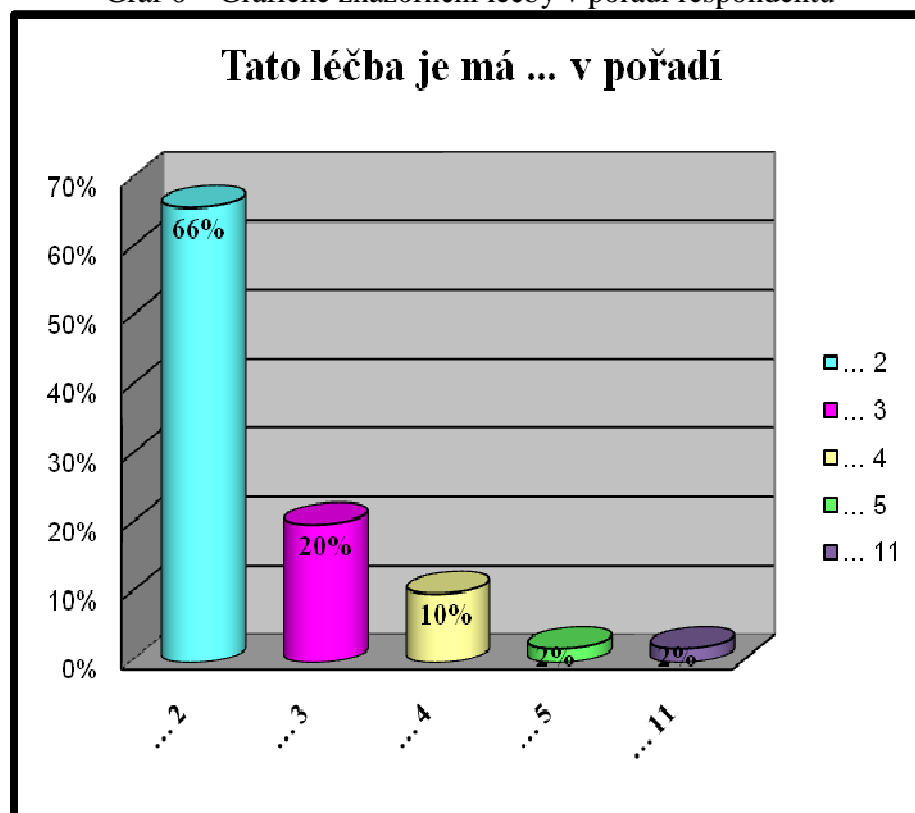
Otázka č. 6 – Tato léčba je má v pořadí.

Respondenti měli opět na výběr z 5 možností. Odpověď ... 2 léčba odpovědělo 66 % respondentů. Odpověď ... 3 léčba zvolilo 20 % respondentů. Odpověď ... 4 léčba napsalo 10 % respondentů. Odpověď ... 5 léčba zvolili 2 % respondentů a odpověď ... 11 léčba zvolili také 2 % respondentů.

Sumární tabulka 6 – Tato léčba je má v pořadí respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
... 2 léčba	33	66 %
... 3 léčba	10	20 %
... 4 léčba	5	10 %
... 5 léčba	1	2 %
... 11 léčba	1	2 %
Celkem	50	100 %

Graf 6 – Grafické znázornění léčby v pořadí respondentů



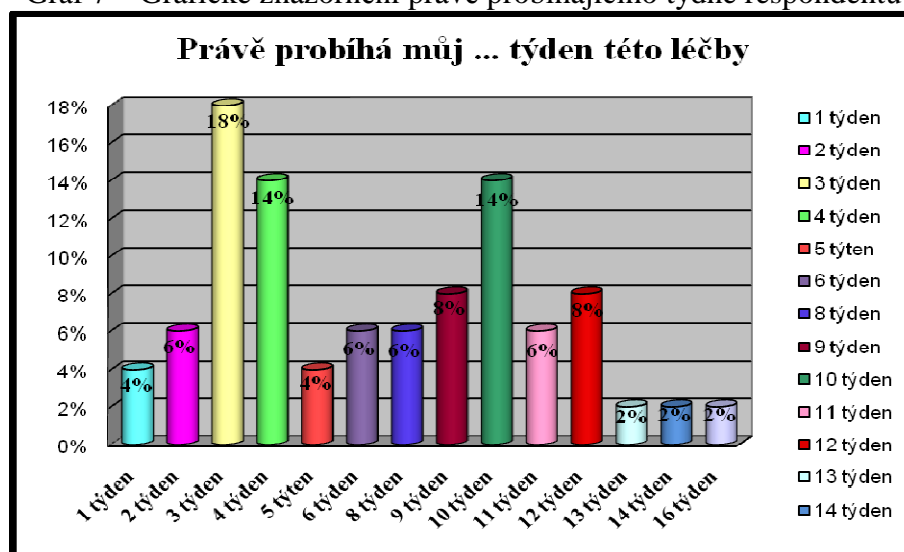
Otázka č. 7 – Právě probíhá můj týden této léčby.

U této otázky měli respondenti na výběr ze 14 možností. Na odpověď 1 týden odpověděli 4 % respondentů. Na odpověď 2 týden odpovědělo 6 % respondentů. Na odpověď 3 týden odpovědělo 18 % respondentů. 4 týden zvolilo 14 % respondentů. Odpověď 5 týden napsali 4 % respondentů. Na 6 týden napsalo 6 % respondentů. Odpověď 8 týden odpovědělo 6 % respondentů. Na odpověď 9 týden zvolilo 8 % respondentů. Odpověď 10 týden napsalo 14 % respondentů. 11 týden zvolilo 6 % respondentů. Odpověď 12 týden napsalo 8 % respondentů a na 12 týden, 13 týden, 16 týden napsali 2 % respondentů.

Sumární tabulka 7 – Který týden respondentů právě probíhá

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 týden	2	4 %
2 týden	3	6 %
3 týden	9	18 %
4 týden	7	14 %
5 týden	2	4 %
6 týden	3	6 %
8 týden	3	6 %
9 týden	4	8 %
10 týden	7	14 %
11 týden	3	6 %
12 týden	4	8 %
13 týden	1	2 %
14 týden	1	2 %
16 týden	1	2 %
Celkem	50	100 %

Graf 7 – Grafické znázornění právě probíhajícího týdne respondentů



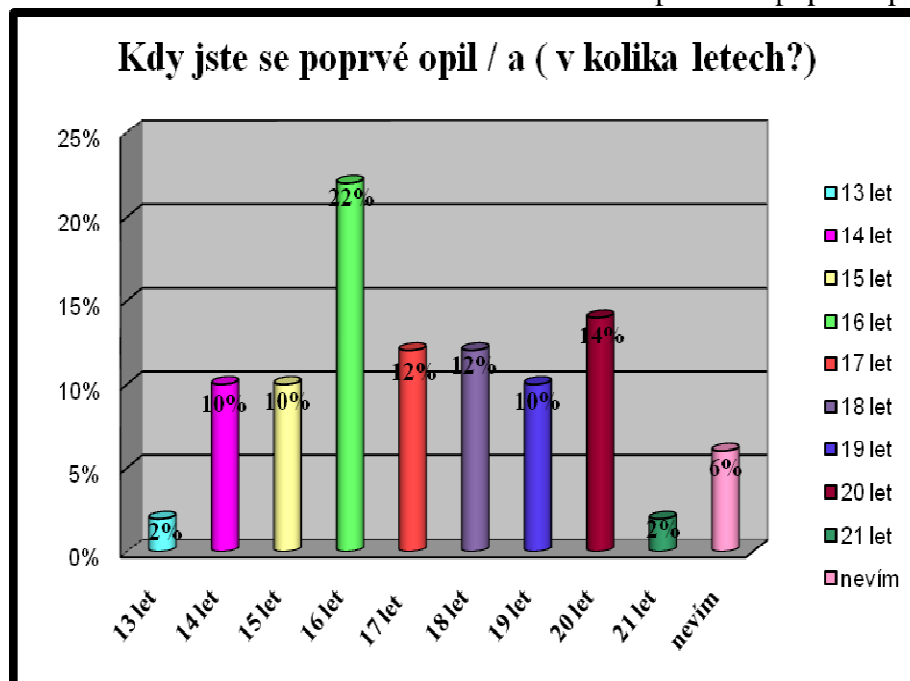
Otázka č. 8 – Kdy jste se poprvé opil/a (v kolika letech)?

Respondenti měli volbu z 10 možností. Na odpověď 13 let odpověděli 2 % respondentů. Odpověď 14 let zvolilo 10 % respondentů. 15 let napsalo také 10 % respondentů. Odpověď 16 let zvolilo 22 % respondentů. 17 let zvolilo 12 % respondentů. Možnost 18 let napsalo 12 respondentů. Odpověď 19 let zvolilo 10 % respondentů. Možnost 20 let napsalo 14 % respondentů. 21 let zvolili 2 % respondentů a odpověď nevím zvolilo 6 % respondentů.

Sumární tabulka 8 – V kolika letech se respondenti poprvé opili

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
13 let	1	2 %
14 let	5	10 %
15 let	5	10 %
16 let	11	22 %
17 let	6	12 %
18 let	6	12 %
19 let	5	10 %
20 let	7	14 %
21 let	1	2 %
nevím	3	6 %
Celkem	50	100 %

Graf 8 – Grafické znázornění v kolika letech se respondenti poprvé opili



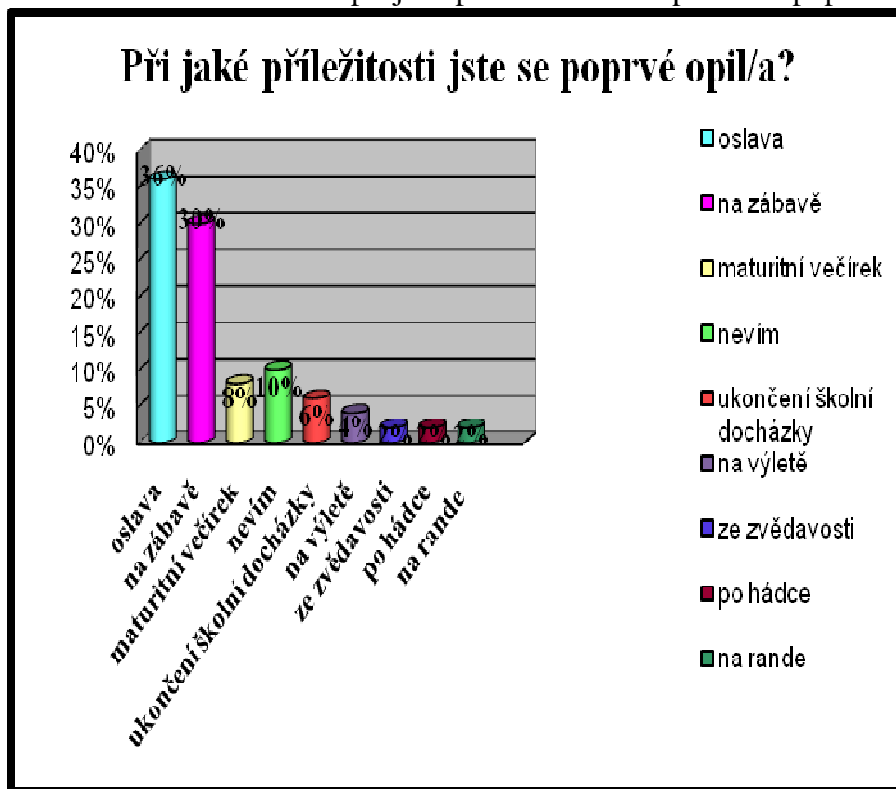
Otázka č. 9 – Při jaké příležitosti jste se poprvé opil/a?

U této otázky měli respondenti na výběr z 9 možností. Na odpověď oslava odpovědělo 36 % respondentů. Na zábavu napsalo 30 % respondentů. Odpověď maturitní večírek napsalo 8 % respondentů. Odpověď nevím zvolilo 10 % respondentů. Ukončení povinné školní docházky zvolilo 6 % respondentů. Odpověď na výletě napsali 4 % respondentů. Možnost ze zvědavosti, po hádce, na rande zvolili po 2 % respondentů.

Sumární tabulka 9 – Při jaké příležitosti se respondenti poprvé opili

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
oslava	18	36 %
na zábavě	15	30 %
maturitní večírek	4	8 %
nevím	5	10 %
ukončení povinné školní docházky	3	6 %
na výletě	2	4 %
ze zvědavosti	1	2 %
po hádce	1	2 %
na rande	1	2 %
Celkem	50	100 %

Graf 9 – Grafické znázornění při jaké příležitosti se respondenti poprvé opili



Otázka č. 10 – Jaké byly nejčastější příčiny, které Vás vedly k tomu, že jste začal/a užívat alkohol?

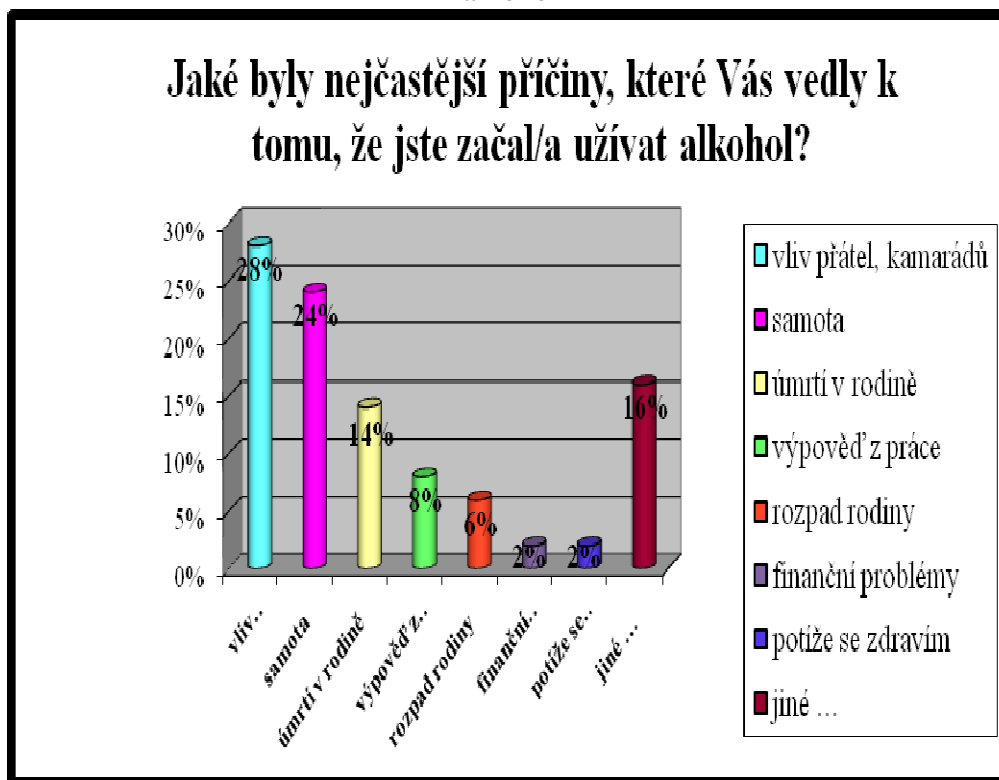
Respondenti měli na výběr z 8 možností. Na odpověď vliv přátel, kamarádů odpovědělo 28 % respondentů. Na samotu odpovědělo 24 % respondentů. Úmrtí v rodině zvolilo 14 % respondentů. Výpověď z práce napsalo 8 % respondentů. Odpověď finanční problémy zvolili 2 % respondentů. Možnost Potíže se zdravím napsali také 2 % respondentů a odpověď jiné zvolilo 16 % respondentů.

Tato doplňující položka se vztahovala k mé 1 hypotéze.

Sumární tabulka 10 – Jaké byly nejčastější příčiny respondentů vedoucí k užívání alkoholu

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
vliv přátel, kamarádů	14	28 %
samota	12	24 %
úmrtí v rodině	7	14 %
výpověď z práce	4	8 %
rozpad rodiny	3	6 %
finanční problémy	1	2 %
potíže se zdravím	1	2 %
jiné ...	8	16 %
Celkem	50	100 %

Graf 10 – Grafické znázornění nejčastějších příčin, které vedli respondenty užívat alkohol



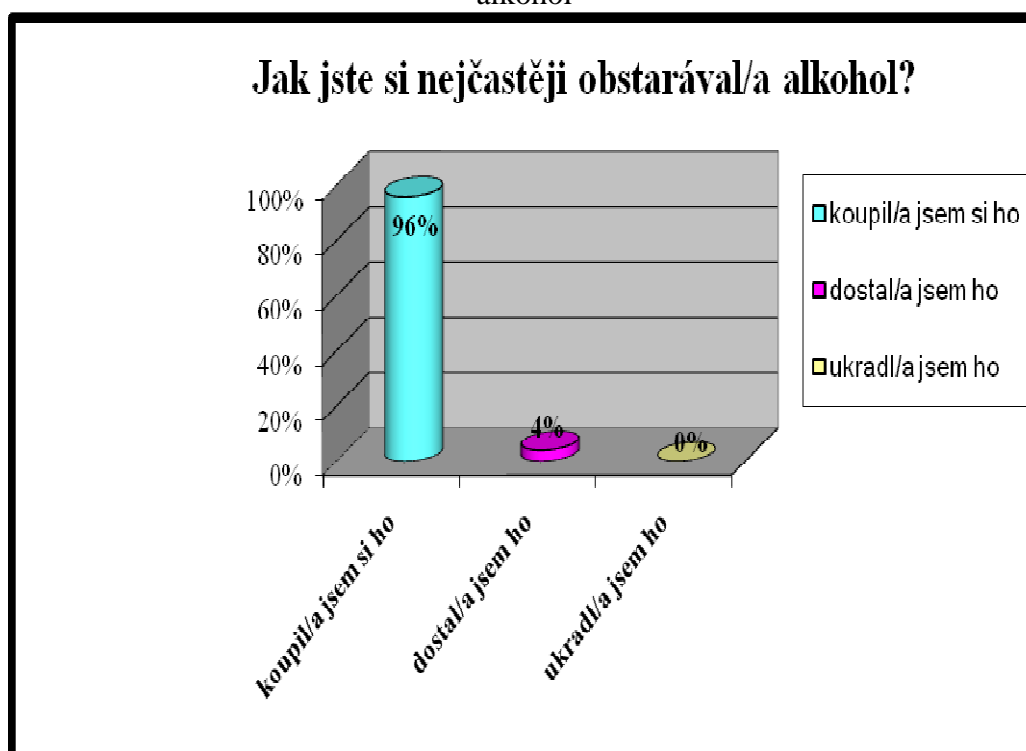
Otázka č. 11 – Jak jste si nejčastěji obstarával/a alkohol?

Respondenti měli na výběr ze 3 možností. Na odpověď koupil/a jsem si ho odpovědělo 96 % respondentů. Odpověď dostal/a jsem ho zvolili 4 % respondentů a na odpověď ukradl/a jsem ho nenapsal žádný respondent.

Sumární tabulka 11 – Jak si respondenti nejčastěji obstarávali alkohol

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
a) koupil/a jsem si ho	48	96 %
b) dostal/a jsem ho	2	4 %
c) ukradl/a jsem ho	0	0 %
Celkem	50	100 %

Graf 11 – Grafické znázornění jakým způsobem si respondenti nejčastěji obstarávali alkohol



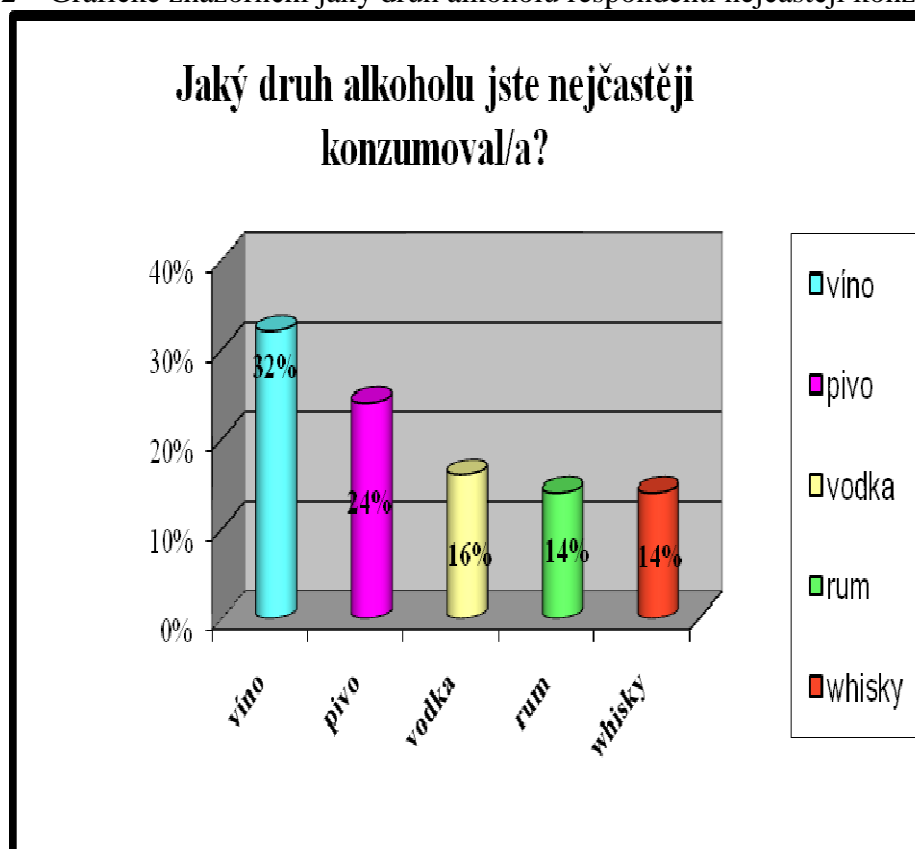
Otázka č. 12 – Jaký druh alkoholu jste nejčastěji konzumoval/a?

U této otázky měli respondenti na výběr z 5 možností. Na odpověď víno odpovědělo 32 % respondentů. Odpověď pivo zvolilo 24 % respondentů. Vodku zvolilo 16 % respondentů. A odpověď rum a whisky zvolilo 14 % respondentů.

Sumární tabulka 12 – Jaký druh alkoholu respondenti nejčastěji konzumovali

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
víno	16	32 %
pivo	12	24 %
vodka	8	16 %
rum	7	14 %
whisky	7	14 %
Celkem	50	100 %

Graf 12 – Grafické znázornění jaký druh alkoholu respondenti nejčastěji konzumovali



INFORMOVANOST O ALKOHOLOVÝCH RECIDIVÁCH:

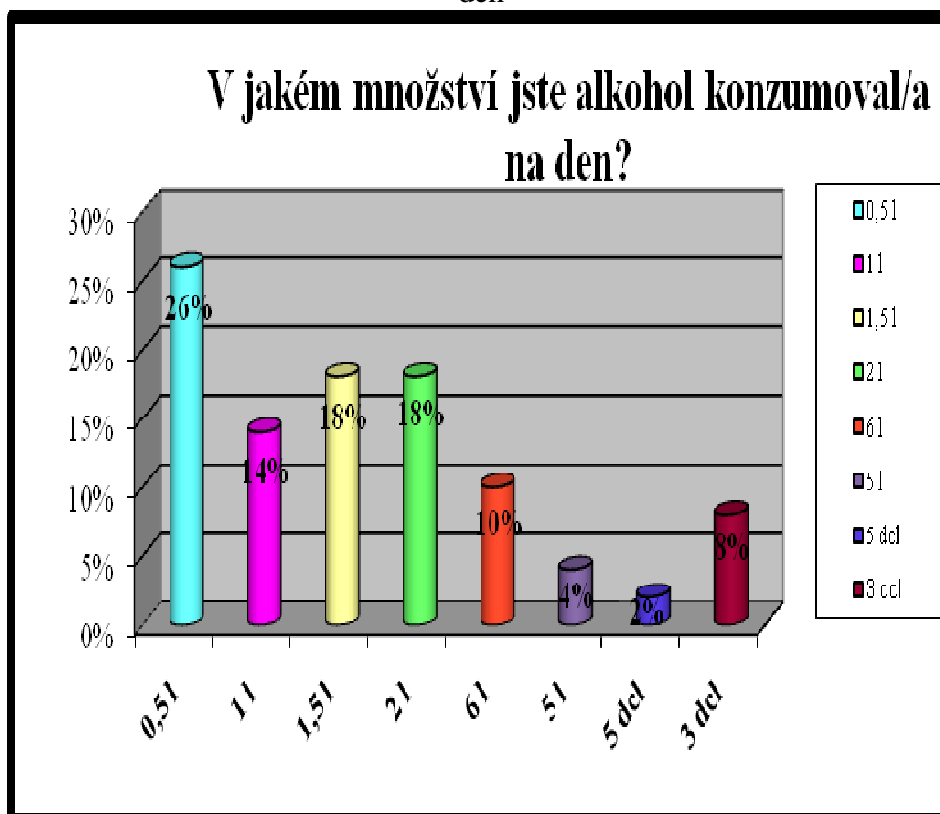
Otázka č. 13 – V jakém množství jste alkohol konzumoval/a na den?

Respondenti měli na výběr z 8 možností. Na odpověď 0,5 l odpovědělo 26 % respondentů. Odpověď 1 l zvolilo 14 % respondentů. 1,5 l napsalo 18 % respondentů. Odpověď 2 l napsalo 18 % respondentů. Možnost 6 litrů uvolilo 10 % respondentů. 5 l zvolili 4 % respondentů. 5 dcl napsali 2 % respondentů a 3 dcl zvolilo 8 % respondentů.

Sumární tabulka 13 – V jakém množství respondenti konzumovali alkohol na den

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
0,5 l	13	26 %
1 l	7	14 %
1,5 l	9	18 %
2 l	9	18 %
6 l	5	10 %
5 l	2	4 %
5 dcl	1	2 %
3 dcl	4	8 %
Celkem	50	100 %

Graf 13 – Grafické znázornění v jakém množství respondenti konzumovali alkohol na den



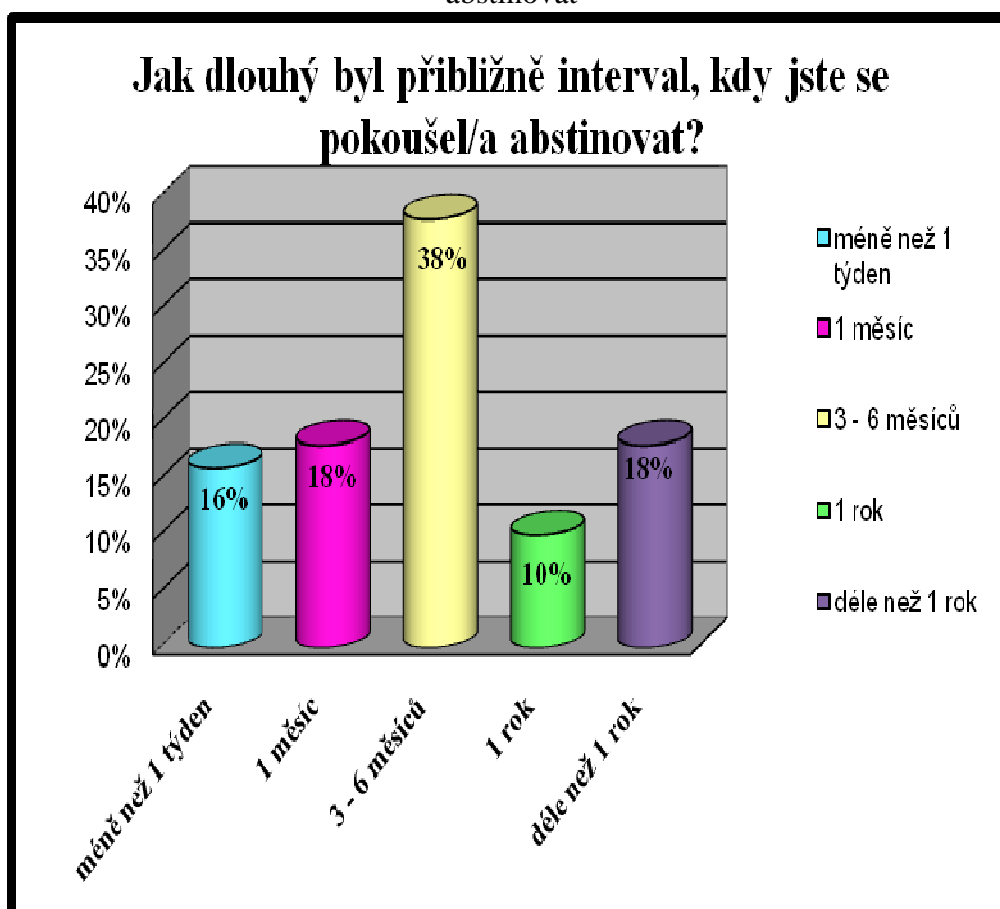
Otázka č. 14 – Jak dlouhý byl přibližně interval, kdy jste se pokoušel/a abstinovat?

Respondenti měli na výběr z 5 možností. Na odpověď méně než 1 týden odpovědělo 16 % respondentů. Možnost 1 měsíc zvolilo 18 % respondentů. 3 – 6 měsíců napsalo 38 % respondentů. Odpověď 1 rok zvolilo 10 % respondentů a možnost déle než 1 rok napsalo 18 % respondentů.

Sumární tabulka 14 – Jak dlouhý byl interval kdy se respondenti pokoušeli abstinovat

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
a) méně než 1 týden	8	16 %
b) 1 měsíc	9	18 %
c) 3 – 6 měsíců	19	38 %
d) 1 rok	5	10 %
e) déle než 1 rok	9	18 %
Celkem	50	100 %

Graf 14 – Grafické znázornění jak dlouhý byl interval kdy se respondenti pokoušeli abstinovat



Otázka č. 15 – Máte nějaké zdravotní potíže vyplývající z konzumace alkoholu?

U této otázky měli respondenti na výběr ze 7 možností. Na odpověď nemám žádné zdravotní potíže odpovědělo 52 % respondentů. Potíže se zažívacím systémem zvolilo 12 % respondentů. Možnost dýchací potíže nezvolil žádný respondent. Na epilepsii odpovědělo 16 % respondentů. Deprese napsalo 6 % respondentů. Odpověď abstinenční syndrom napsalo 8 % respondentů a odpověď jiné zvolilo 6 % respondentů.

Sumární tabulka 15 – Zda respondenti mají nějaké zdravotní potíže vyplývající z konzumace alkoholu

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
a) nemám žádné zdravotní potíže	26	52 %
b) potíže se zažívacím systémem	6	12 %
c) dýchací potíže	0	0 %
d) epilepsie	8	16 %
e) deprese	3	6 %
f) abstinenční syndrom	4	8 %
g) jiné ...	3	6 %
Celkem	50	100 %

Graf 15 – Grafické znázornění zda respondenti mají nějaké zdravotní potíže vyplývající z konzumace alkoholu



Otázka č. 16 – **Považujete léčbu, kterou nyní podstupujete, za smysluplnou?**

V této otázce měli respondenti na výběr bez dvou možností. Odpověď ano zvolilo 100 % respondentů a odpověď ne nezvolil žádný respondent.

Sumární tabulka 16 – Zda respondenti považují léčbu, kterou nyní podstupují za smysluplnou

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
a) ano	50	100 %
b) ne	0	0 %
Celkem	50	100 %

Graf 16 – Grafické znázornění zda respondenti považují léčbu, kterou nyní postupují za smysluplnou



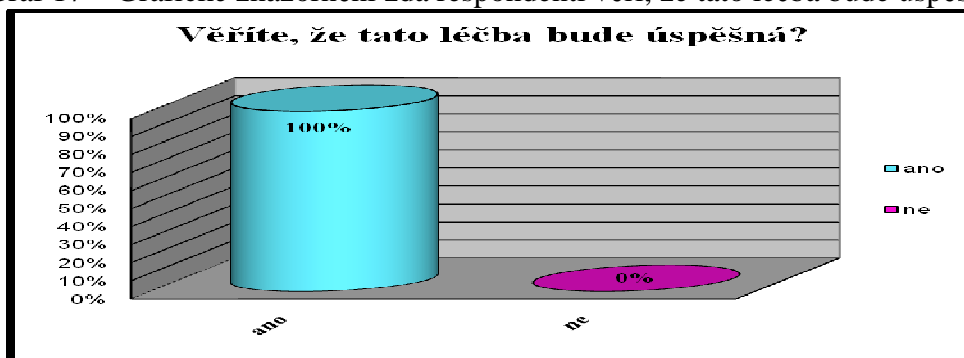
Otázka č. 17 – **Věříte, že tato léčba bude úspěšná?**

V této otázce měli respondenti na výběr ze dvou možností. Odpověď ano zvolilo 100 % respondentu a odpověď ne nezvolil žádný respondent.

Sumární tabulka 17 – Zda respondenti věří, že tato léčba bude úspěšná

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
a) ano	50	100 %
b) ne	0	0 %
Celkem	50	100 %

Graf 17 – Grafické znázornění zda respondenti věří, že tato léčba bude úspěšná



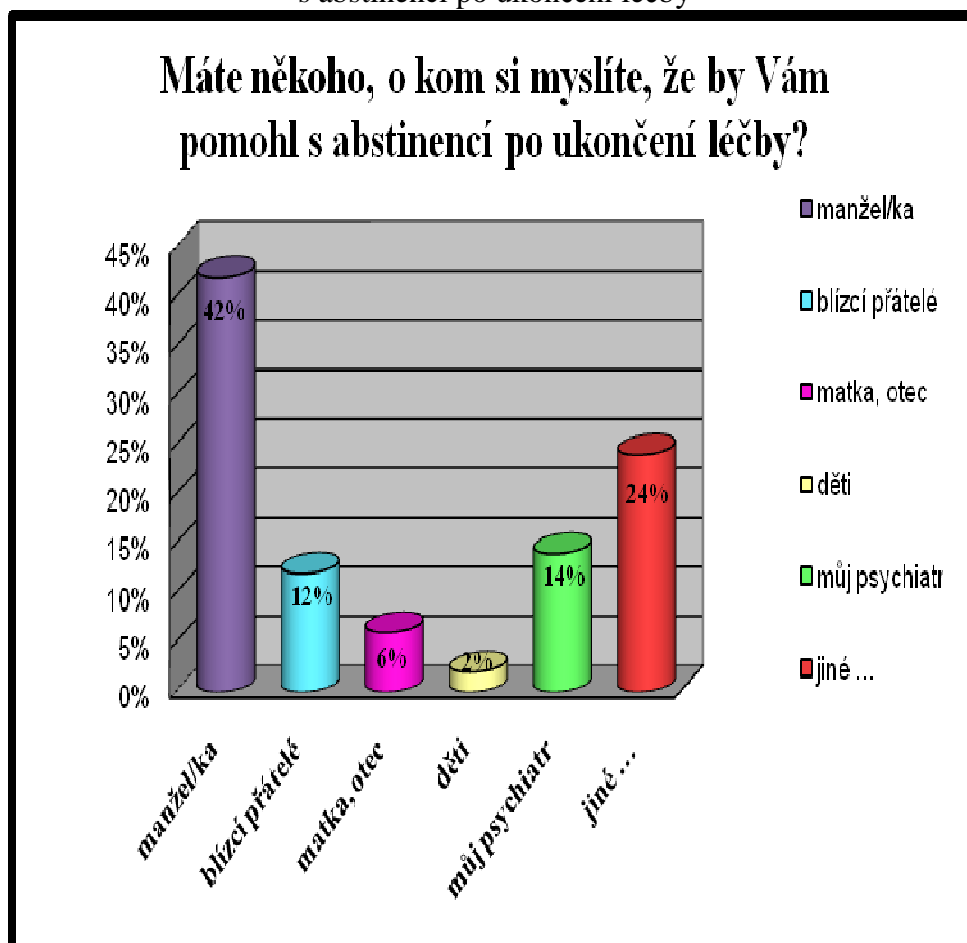
Otázka č. 18 – Máte někoho, o kom si myslíte, že by Vám pomohl s abstinencí po ukončení léčby?

U této otázky měli respondenti na výběr ze 6 možností. Odpověď manžel/ka si zvolilo 42 % respondentů. Možnost blízcí přátelé napsalo 12 %. Matka, otec si zvolilo 6 % respondentů. Odpověď děti napsali 2 % respondentů. Možnost můj psychiatr napsalo 14 % respondentů a odpověď jiné zvolilo 24 % respondentů.

Sumární tabulka 18 – Zda respondenti mají někoho, kdo by jim pomohl s abstinencí po ukončení léčby

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
a) manžel/ka	21	42 %
b) blízcí přátelé	6	12 %
c) matka, otec,	3	6 %
d) děti	1	2 %
e) můj psychiatr	7	14 %
f) jiné ...	12	24 %
Celkem	50	100 %

Graf 18 – Grafické znázornění zda respondenti mají někoho, kdo by jim pomohl s abstinencí po ukončení léčby



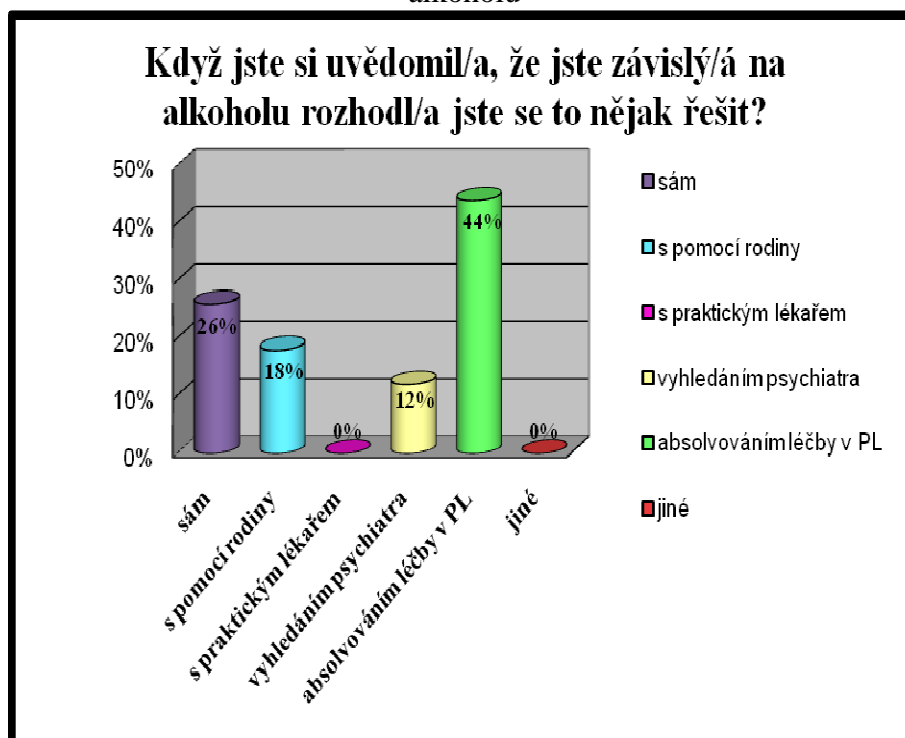
Otázka č. 19 – Když jste si uvědomil/a, že jste závislý/á na alkoholu rozhodl/a jste se to nějak řešit?

Respondenti měli na výběr ze 6 možností. Odpověď sám si zvolilo 26 % respondentů. Možnost s pomocí rodiny napsalo 18 % respondentů. S praktickým lékařem ne zvolil odpověď žádný respondent. Odpověď vyhledáním psychiatra napsalo 12 % respondentů. Možnost absolvováním léčby v PL napsalo 44 % respondentů a odpověď jiné si ne zvolil žádný respondent.

Sumární tabulka 19 – Řešení respondentů, když si uvědomili, že jsou závislí na alkoholu

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
a) sám	13	26 %
b) s pomocí rodiny	9	18 %
c) s praktickým lékařem	0	0 %
d) vyhledáním psychiatra	6	12 %
e) absolvováním léčby v PL	22	44 %
f) jiné ...	0	0 %
Celkem	50	100 %

Graf 19 – Grafické znázornění řešení respondentů, když si uvědomili, že jsou závislí na alkoholu



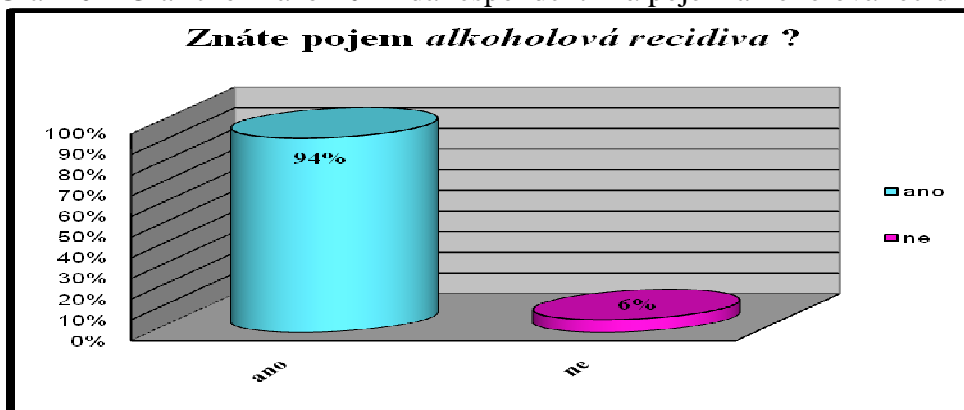
Otázka č. 20 – **Znáte pojem alkoholová recidiva?**

V této otázce měli respondenti na výběr ze dvou možností. Odpověď ano zvolilo 94 % respondentů a odpověď ne zvolilo 6 % respondentů.

Sumární tabulka 20 – Zda respondent zná pojem alkoholová recidiva

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
a) ano, stručně vysvětlete	47	94 %
b) ne	3	6 %
Celkem	50	100 %

Graf 20 – Grafické znázornění zda respondent zná pojem alkoholová recidiva



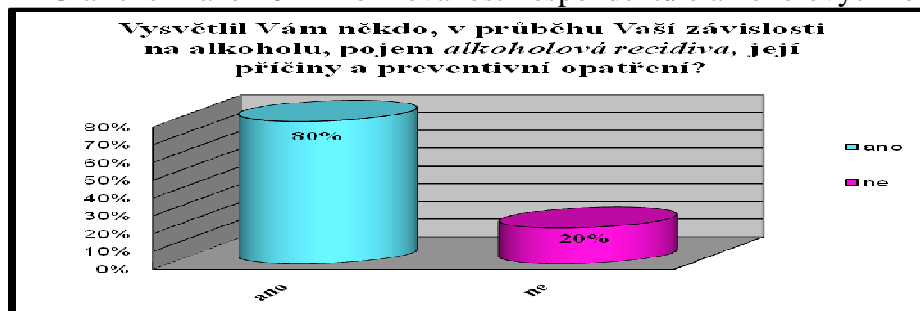
Otázka č. 21 – **Vysvětlil Vám někdo, v průběhu Vaší závislosti na alkoholu pojem alkoholová recidiva, její příčiny a preventivní opatření?**

I u této otázky měli respondenti na výběr ze dvou možností. Odpověď ano zvolilo 80 % dotazovaných. Odpověď ne zvolilo 20 % dotazovaných.

Sumární tabulka 21 – Informovanost respondentů o alkoholových recidivách

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
a) ano, kdo	40	80 %
b) ne	10	20 %
Celkem	50	100 %

Graf 21 – Grafické znázornění informovanosti respondentů o alkoholových recidivách



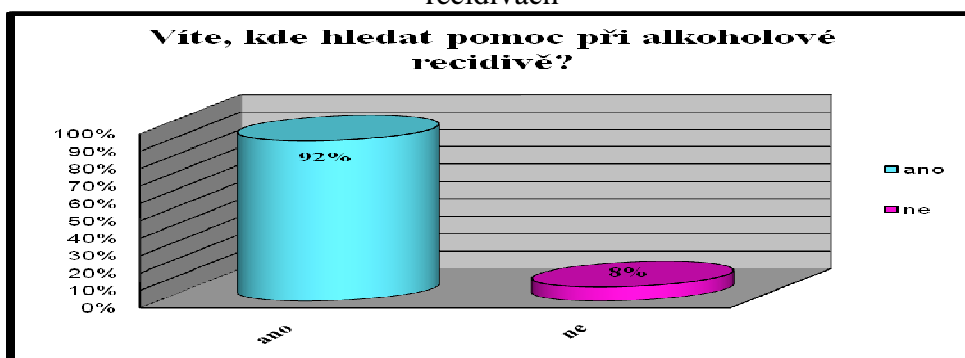
Otázka č. 22 – Víte, kde hledat pomoc při alkoholové recidivě?

V této otázce měli respondenti také na výběr ze dvou možností. Odpověď ano si zvolilo 92 % respondentů a odpověď si zvolilo 8 % respondentů.

Sumární tabulka 22 – Zda respondenti ví kde hledat pomoc při alkoholových recidivách

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
a) ano, kde	46	92 %
b) ne	4	8 %
Celkem	50	100 %

Graf 22 – Grafické znázornění zda respondenti ví kde hledat pomoc při alkoholových recidivách



Otázka č. 23 – Víte, co je nejčastější příčinou u recidiv alkoholu?

V této otázce měli respondenti na výběr ze dvou možností. Odpověď ano si zvolilo 90 % respondentů a odpověď ne volilo 10 % respondentů.

Sumární tabulka 23 – Zda respondenti ví jaká je nejčastější příčina u recidiv alkoholu

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
a) ano, vypište	45	90 %
b) ne	5	10 %
Celkem	50	100 %

Graf 23 – Grafické znázornění zda respondenti ví jaká je nejčastější příčina u recidiv alkoholu



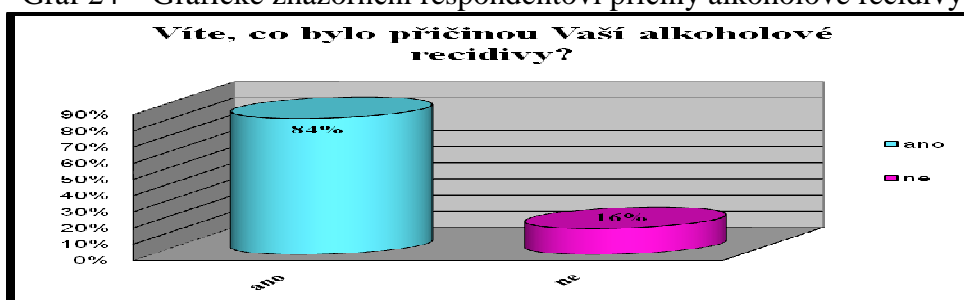
Otázka č. 24 – Víte, co bylo příčinou Vaší alkoholové recidivy?

V této otázce měli respondenti měli na výběr ze dvou možností. Na odpověď ano odpovědělo 84 % dotazovaných. Na odpověď ne odpovědělo 16 % dotazovaných.

Sumární tabulka 24 – Respondentovi příčiny alkoholové recidivy

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
a) ano, vypišete	42	84 %
b) ne	8	16 %
Celkem	50	100 %

Graf 24 – Grafické znázornění respondentovi příčiny alkoholové recidivy



Otázka č. 25 – Myslíte si, že jste dostatečně informován/a o alkoholových recidivách a jejich příčinách?

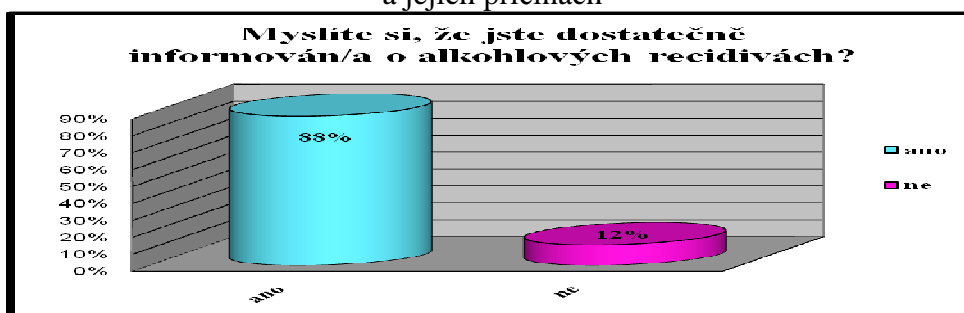
Zde měli respondenti na výběr ze dvou možností. Odpověď ano zvolilo 88 % respondentů. Odpověď ne zvolilo 12 % respondentů.

Tato doplňující položka se vztahovala k mé 2 hypotéze.

Sumární tabulka 25 – Respondentova informovanost o alkoholových recidivách a jejich příčinách

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
a) ano	44	88 %
b) ne	6	12 %
Celkem	50	100 %

Graf 25 – Grafické znázornění respondentovi informovanosti o alkoholových recidivách a jejich příčinách



Otázka č. 26 – Uvítal/a by jste informační materiál (brožura, leták, video, apod.) zabývající se alkoholovými recidivami?

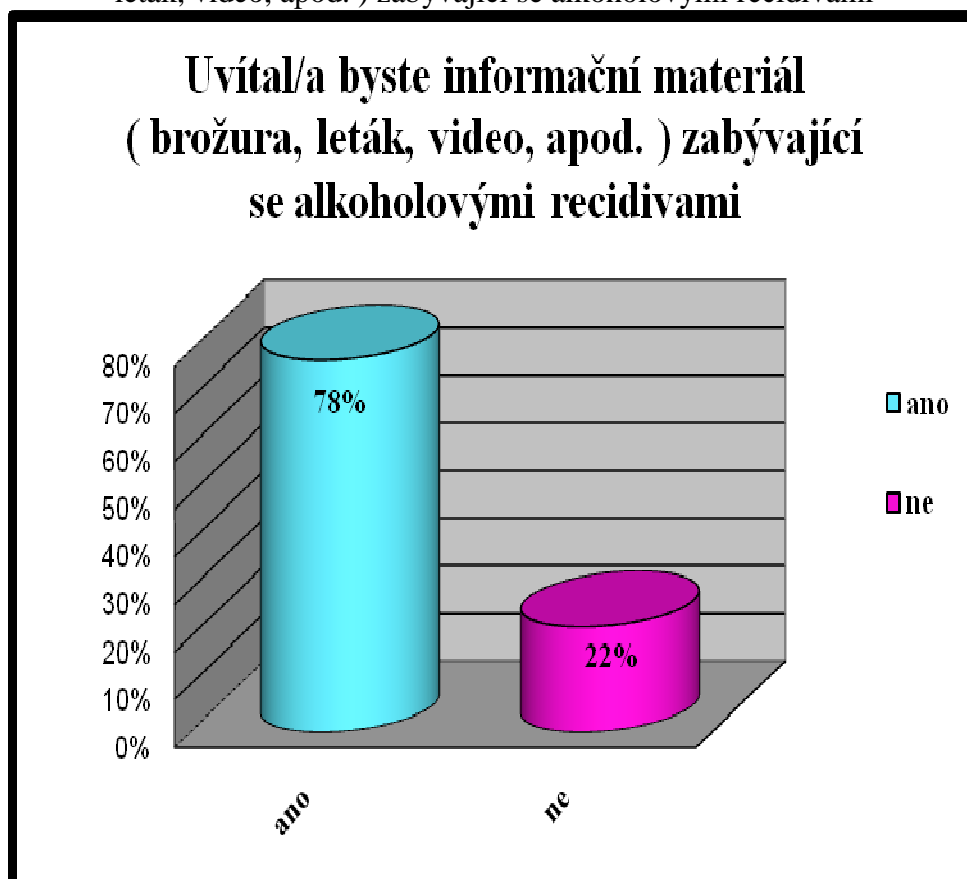
I zde mělo respondenti na výběr ze dvou možností. Odpověď ano zvolilo 78 % respondentů. Odpověď ne zvolilo 22 % respondentů.

Tato doplňující položka se vztahovala k mé 3 hypotéze.

Sumární tabulka 26 – Zda by respondenti uvítali informační materiál (brožura, leták, video, apod.) zabývající se alkoholovými recidivami

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
a) ano	39	78 %
b) ne	11	22 %
Celkem	50	100 %

Graf 26 – Grafické znázornění zda by respondenti uvítali informační materiál (brožura, leták, video, apod.) zabývající se alkoholovými recidivami



11 ANALÝZA ZJIŠTĚNÝCH VÝSLÉDKŮ

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit jaké jsou nejčastější příčiny recidiv a jejich informovanost o těchto recidivách spolu s vytvořením edukačního programu (formou informačního letáku) zabývající se touto problematikou jak pro zdravotní sestry, tak pro klienty.

Pro svoji práci jsem si vytvořila 3 hypotézy:

První hypotéza: „ **Předpokládám, že u více než 35 % respondentů byla nejčastější příčina vedoucí k závislosti na alkoholu samota.**“

Pro vyhodnocení první hypotézy bylo nutné vyhodnotit otázku č. 4 „ **Jaké byly nejčastější příčiny, které Vás vedly k tomu, že jste začal/a užívat alkohol ?** “ Tato otázka se přímo vztahuje k mé první hypotéze, dále vyhodnotit otázku č. 17 „ **Víte co je nejčastější příčinou u recidiv alkoholu?** “ a otázku č. 18 „ **Víte co bylo příčinou Vaší alkoholové recidivy?** “, které se nepřímo vztahují k mé první hypotéze. Spojení jednotlivých analýz potvrdí nebo naopak vyvrátí mou hypotézu. Při vyhodnocování první hypotézy jsem vycházela z faktu, že příčiny alkoholu jsou silnými faktory, které mohou člověka vtáhnout až na úplné dno.

Z vyhodnocené otázky č. 4: Jaké byly nejčastější příčiny, které Vás vedly k tomu, že jste začal/a užívat alkohol, vyplynulo, že **24 %** respondentů považuje za příčinu samotu, nejvyšších **28 %** respondentů odpovědělo vliv přátel, kamarádů, naopak **6 %** respondentů odpovědělo rozpad rodiny, **14 %** respondentů úmrtí v rodině, **8 %** respondentů výpověď z práce, **2 %** finanční problémy, potíže se zdravím uvedli také **2 %** a **16 %** respondentů si vybrali možnost volné odpovědi jako manželova žárlivost, doping, krize ve vztahu, špatné partnerské vztahy a snížené sebevědomí.

Vyhodnocení otázky č. 17: Víte, co je nejčastější příčinou u recidiv alkoholu, se ukázalo, že **90 %** respondentů odpovědělo ano, kdy byla možnost o dopsání volné odpovědi a nejčastěji zmíněné odpovědi byli: finanční problémy, porušení abstinence, pocit méněcennosti, vysazení antabusu, slabá vůle, samota, rozvod, snadná dostupnost alkoholu a špatná společnost a jen **10 %** respondentů odpovědělo ne.

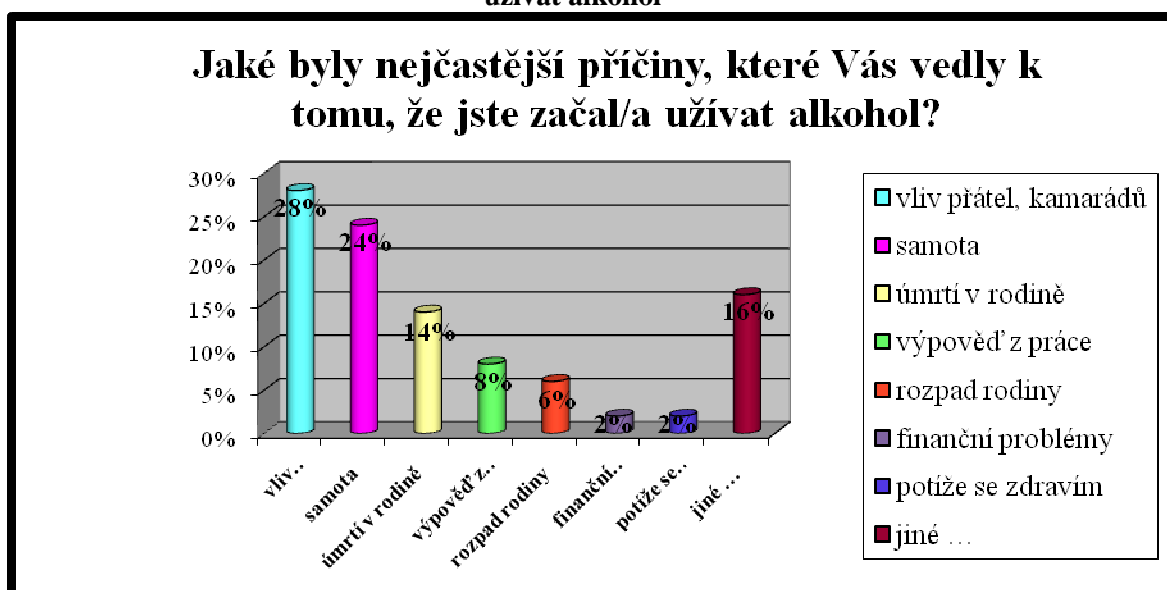
Vyhodnocení otázky č. 18: Víte, co bylo příčinou Vaší alkoholové recidivy, se ukázalo, že **84 %** respondentů odpovědělo ano, kdy byla možnost o dopsání volné

odpovědi a nejčastěji zmíněné odpovědi byli: časté návštěvy hospod, rozpad rodiny, nezaměstnanost, rozpad vztahu, deprese, samota, nervozita, stres, starosti, lítostivost, malá sebedůvěra a **16 %** respondentů odpovědělo ne.

Po zprůměrování hodnot, kdy jsem si myslela že nejčastější příčinou bude samota mi vyšlo, že na tuto možnost odpovědělo jen **24 %** respondentů.

Po zhodnocení výsledků můžu tedy říci, že **má první hypotéza**: Předpokládám, že u více než **35 %** respondentů byla nejčastější příčinou vedoucí k závislosti na alkoholu samota, **se nepotvrdila**.

Graf k 1. hypotéze – Jaké byly nejčastější příčiny, které Vás vedly k tomu, že jste začal/a užívat alkohol



Druhá hypotéza: „ **Předpokládám, že více než 60 % respondentů je nedostatečně informováno o alkoholových recidivách.** “

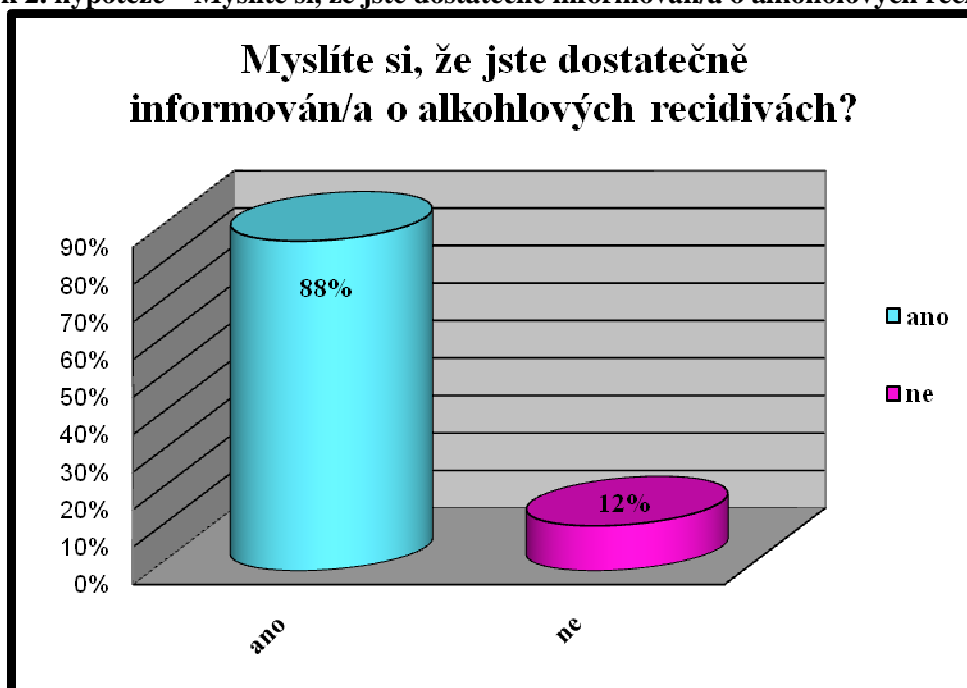
Pro vyhodnocení druhé hypotézy jsem musela vyhodnotit otázku č. 19 „ **Myslíte si, že jste dostatečně informován/a o alkoholových recidivách a jejich příčinách?** “ Tato otázka se přímo vztahuje k mé druhé hypotéze. I zde by mělo vyhodnocení otázky vyvodit odpověď na mou druhou hypotézu.

Vyhodnocení otázky č. 19: Myslíte si, že jste dostatečně informován/a o alkoholových recidivách a jejich příčinách, ukázalo, že **88%** respondentů jsou dostatečně informováni a naopak jen **12 %** respondentů o těchto recidivách nebyly dostatečně informováni.

Po zprůměrování hodnot, kdy jsem si myslela, že **60 %** respondentů je nedostatečně informováno mohu říci, že odpovědělo **88 %** což je velmi uspokojivé.

Pro zhodnocení výsledků můžu tedy říci, že má druhá hypotéza: Předpokládám, že více než **60 %** respondentů je nedostatečně informováno o alkoholových recidivách, **se potvrdila.**

Graf k 2. hypotéze – Myslíte si, že jste dostatečně informován/a o alkoholových recidivách



Třetí hypotéza: „ **Předpokládám, že více než 75 % respondentů by uvítalo edukační materiály týkající se alkoholové recidivy.** “

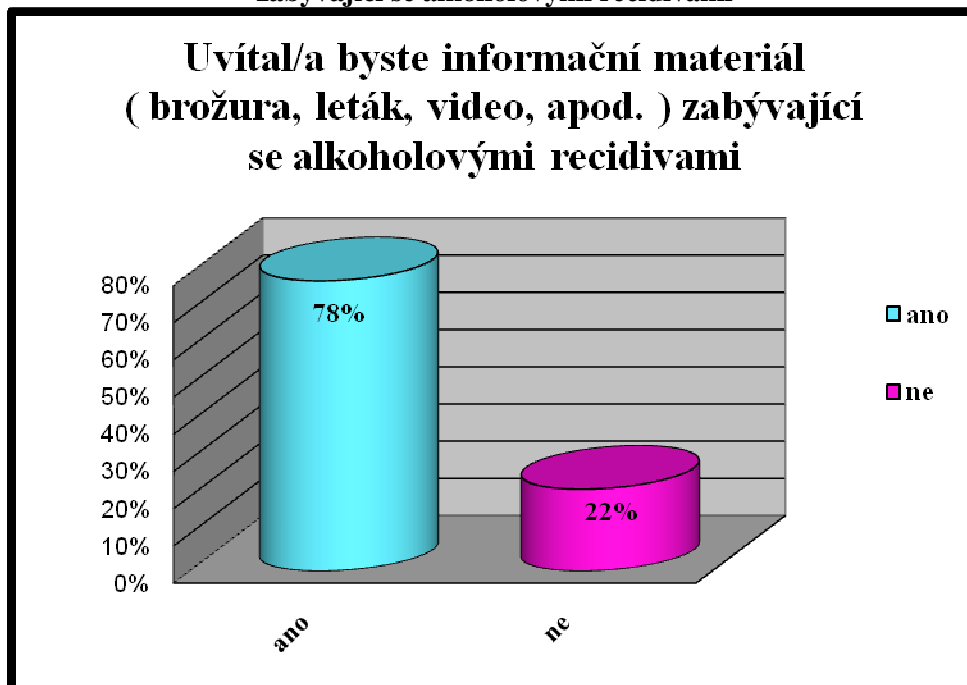
Pro vyhodnocení třetí hypotézy jsem musela vyhodnotit otázku č. 20 „ **Uvítal/a by jste informační materiál (brožura, leták, video, apod.) zabývající se alkoholovými recidivami?** “ Tato otázka se přímo vztahuje k mé druhé hypotéze. I zde by mělo vyhodnocení otázky vyvodit odpověď na mou druhou hypotézu. Při tomto vyhodnocování jsem vycházela z faktu, že by informační materiál klientům prospěl.

Vyhodnocení otázky č. 20: Uvítal/a byste informační materiál (brožura, leták, video, apod.) zabývající se alkoholovými recidivami, ukázalo, že **78 %** respondentů by informační materiál rádi uvítali a naopak **22 %** respondentů by informační materiál nechtěli.

Po zprůměrování hodnot, kdy jsem si myslela, že více než **75 %** respondentů by uvítalo informační materiál mohu říci, že odpovědělo **78 %** což je velmi uspokojivé.

Pro zhodnocení výsledku můžu tedy říci, že **má druhá hypotéza:** Předpokládám, že více než **75 %** respondentů by uvítalo edukační materiály týkající se alkoholové recidivy, **se potvrdila.**

Graf ke 3. hypotéze – Uvítal/a by jste informační materiál (brožura, leták, video, apod.) zabývající se alkoholovými recidivami



11 DISKUZE

Cílem této práce bylo zjistit jaké jsou nejčastější příčiny alkoholových recidiv, nedostatečná informovanost o těchto recidivách spolu s jejich informovaností a následným vytvořením edukačního programu (formou informačního letáku) zabývající se touto problematikou jak pro zdravotní sestry, tak pro klienty.

Své dotazníky jsem rozdala klientům – mužům i ženám v Psychiatrické léčebně v Kroměříži na protialkoholních odděleních tedy odděleních 8B a 15, kteří jsou na léčbě opakovaně. Nejpočetnější skupinou mého výzkumu byli respondenti ve věkové kategorii 36 – 49 let.

Dotazníky ukázaly, že příčin vedoucích k alkoholovým recidivám a následné opakování léčby je mnoho. Mezi nejčastější příčiny patřily samota, vliv přátel kamarádů, rozpad rodiny, finanční problémy, výpověď z práce, ale také potíže se zdravím. Na druhou stranu také 10 % respondentů odpovědělo, že vůbec neví jaké jsou vůbec příčiny vedoucí k alkoholovým recidivám. Tato skutečnost ukazuje na fakt, že mnoho klientů je nedostatečně informováno o této problematice. Celých 78 % respondentů ve výzkumu také uvedlo, že by uvítalo informační materiál ve formě (letáčků, brožur) zabývající se touto problematikou.

Na základě zjištěných výsledků jsem došla k závěru, že je důležité zvýšit informovanost o nejčastějších příčinách alkoholových recidiv jak u klientů v Psychiatrických léčebnách, tak i laické veřejnosti osobám, které už určitý problém s alkoholem má. Podle nastudované odborné literatury jsem vypracovala informační letáček zabývající se problematikou alkoholismu, nejčastějšími příčinami a kde hledat pomoc. Informační leták je zpracován jednoduchou formou a je určený pro všechny osoby, které už nějaký problém s alkoholem mají, ale může také sloužit jako prevence alkoholismu v jakémkoli věkovém rozmezí od puberty až po důchodový věk. Při jeho tvorbě jsem se hlavně zaměřila na přehlednost, barevnost, srozumitelnost a jednoduchost předkládaných informací. Mou hlavní myšlenkou bylo seznámení jedinců s pojmem alkoholismus, příčiny alkoholismu, následky alkoholismu a také v neposlední řadě způsob léčby.

Vypracovaný letáček bych chtěla rozdat v Psychiatrických léčebnách, ve kterých by se k němu podle mého názoru měla dostat široká veřejnost klientů, ale také v ambulancích

u psychiatrických lékařů. Mým cílem tedy je, aby se tento letáček dostal k co možná největší skupině jedinců, byl snadno dostupný a také samozřejmě byl zdarma.

Informační leták je uveden v **příloze č. G.**

Navrhuji následující řešení:

1. Vytvoření informačního letáku zabývající se problematikou alkoholismu, nejčastějšími příčinami a kde hledat pomoc.

2. Rozmístění informačních letáků do Psychiatrických léčeben a čekáren psychiatrických lékařů.

3. Seznámení laické veřejnosti, že tato nemoc „ alkoholismus “ může potkat každého z nás.

4. Edukace formou mluvené přednášky jak laické veřejnosti, tak i klientům v Psychiatrických léčebnách. Tato přednáška by měla být prezentována odborným personálem, který má potřebné znalosti v oblasti problematiky spojené s alkoholismem.

Je na místě:

- stanovit téma (cíl);
- vědět koho chceme edukovat (klienty PL, laickou veřejnost);
- obsah, co bude sděleno;
- případné pomůcky pro snadnější pochopení (třeba projektor);
- kdy, místo a forma sdělení (čas, místo edukace a formou ústní přednášky, promítání);
- za jakých podmínek (zdarma);
- zpětná vazba (kontrola znalostí např. formou menšího písemného testu), zda edukace splnila svůj účel;
- např. motivace k dalšímu „ sebezvdělávání “ – vstup zdarma na různé akce, množstevní poukázky na zdravotní pomůcky.

Jako výstup mé absolventské práce jsem si po dohodě s vedením protialkoholního oddělení připravila přednášku na téma alkoholismus a alkoholové

recidivy jak pro klienty, tak i sestry Psychiatrické léčebny. Vedené oddělení souhlasilo a tak jsme se dohodli na obsahu prezentace a termínu přednášky.

Možným problémem by mohl být fakt, že si mnoho dotazovaných často ani nechce připustit fakt, že by mohli být závislí. Neustále své problémy odkládají ať už z kterékoliv důvodu až si nakonec uvědomí, že situace je tak špatná, že je potřeba ji řešit. Velká většina z nich, především ženy si tento fakt nepřipouštějí. Největším problémem by tedy mohla být překážka, jakým způsobem vzbudit jejich zájem a udržet jej až dokonce.

Dle mého názoru je má výzkumná práce přínosná, protože poukazuje na fakt že osob závislých na alkoholu stále rychleji a rychleji narůstá a jejich informovanost o této problematice není tak dostatečná. Myslím si, že by se tato tematika dala rozvést o další rozpracování i z jiných stran.

ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit jaké jsou nejčastější příčiny alkoholových recidiv u klientu spolu s jejich informovaností o alkoholových recidivách se záměrem vytvoření edukačního programu v podobě informačního letáku zabývající se touto problematikou Tato práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou.

V teoretické části jsem nastínila co je alkoholová závislost spolu s faktory vzniku, vývojová stádia závislosti na alkoholu, typy závislostí. Zmiňuji se také o příznacích závislosti na alkoholu a jejich následky dlouhodobého užívání alkoholu, co se týká somatických, psychických a sociálních.

Praktická část se zabývala analýzou výsledků průzkumného šetření. Pro sběr dat jsem si zvolila dotazníkovou metodu. Tato metoda mi umožnila rychlý sběr informací. Z rozdaných 50 dotazníků bylo vráceno 50, z toho vyplněné všechny. Získané odpovědi, lze považovat za věrohodné a v jeho vyhodnocení bylo zachyceno mnoho podnětných údajů, které se týkali nejen mnou vytvořených hypotéz.

Úplným závěrem bych chtěla říct, že alkoholismus je choroba velmi obtížná a vážná, žádný alkoholik se nenaučí pít s mírou a málokdy si připustí, že vůbec alkoholikem je.

Lidé okolo nás málo kdy vidí, že alkohol dostává jedince do problémů, ne že jim přináší radost a úlevu. Smutné na tom však je to, že si to neuvědomují a přitom se do takové situace můžou dostat i oni i oni sami.

Dle mého názoru není určitě snadné s požíváním alkoholu přestat. V tomto případě je důležité mít hodně trpělivosti, vytrvalosti a také mít kolem sebe lidi, kteří budou oporou.

Pokud se rozhodnou k léčbě není to ještě výhra, pak mají tož ještě před sebou dlouhý kus cesty než ho ujdou, ale vždy ta šance na uzdravu tam je, jen je hlavní aby to chtěl jedinec sám.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Knižní zdroje:

- 1) BASTL, P., ŠVEC, V., *Zdravotník lektorem*, 1. Vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997, s. 6-7-8-9-10-14-15-18-86-89-90,112, ISBN 80-7013-251-5
- 2) HELLER, J., Pecinovská, O., a kol., *Závislost známá neznámá*, 1. Vydání, Praha: Grada, 1996, s. 81-83, ISBN 80-7169-277-8
- 3) HOSEK, J., *Sám proti alkoholu*, 1. Vydání, Praha: Grada, 1998, s. 182, ISBN 80-7169-624-2
- 4) KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie zdraví*, 1. Vydání, Praha: Portál, 2001, s. 200, ISBN 80-7178-551-2
- 5) NEŠPOR, K., *Návykové chování a závislost*, 1. Vydání, Praha: Portál, 2000, s.18-19-20-23-24, ISBN 80-7178-432-X
- 6) MÜHLPACHR, P., *Sociální patologie*, 1. Vydání, Brno: Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity, Brno, 2002, s. 46, ISBN 80-210-251-5
- 7) SKÁLA, J., ... *až na dno!?*, 4. Přepřacované a doplňkové vydání, Praha: Avicenum, 1988, s. 48
- 8) SKÁLA, J., *Závislost na alkoholu a jiných drogách*, 1. Vydání, Praha: Avicenum, 1987, s. 21, 17, 46-63, ISBN 08-077-87
- 9) VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, 1. Vydání, Praha: Portál, 1999, s. 290, ISBN 80-7178-214-9

Internetové zdroje:

- 10) MLČOCH, Z., Alkoholik, alkoholismus – definice, vysvětlení pojmů.
http://www.alkoholik.cz/zavislost/psychika_a_telo/alkoholik_alkoholismus_definice_vysvetleni_pojmu.html 15.8. 2009
- 11) MLČOCH, Z., Alkoholik, alkoholismus – 40 příznaků závislosti na alkoholu dle Dr. Jellinka.
http://www.alkoholik.cz/zavislost/psychika_a_telo/40_priznaku_zavislosti_na_alkoholu_dle_dr_jellinka.html 15.8.2009
- 12) MLČOCH, Z., Alkoholik, alkoholismus – kontakty na protialkoholní léčebny v ČR a zařízení zabývající se léčbou závislostí.
www.alkoholik.cz/zavislost/kontaktynalecebnyterapety/kontaktynaprotialkoholnilecebnyvcrazarizenizabyvajiciselecbouzavislosti 21.10.2009
- 13) MÍLOVÁ, Z., Závislosti a jiné.
<http://tomas.valka.info/zuzka/alkohol.html> 21.10.2009
- 14) HA - velfamily.cz – poradna – civilizační nemoci – alkohol, odvykání.
www.mojelekarna.cz/poradna/civilizacni-nemoci---alkohol,-odvykani-9-42.html
21.10.2009
- 15) ŠKRABALEK, M., Křehké štěstí
<http://best-star.blog.cz/0704/ctyrlistek> 21.10.2009
- 16) LEHMANN, L., Willkommen auf der Startseite Alkoholismus.
<http://www.loleh.de/> 21.10.2009

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. A Protialkoholní zařízení a protialkoholní péče
- Příloha č. B Dotazník
- Příloha č. C Dotazník pro klienty v PL v Kroměříži
- Příloha č. D Dotazník – Bažení pro klienty v PL v Kroměříži
- Příloha č. E Poučení pacienta o zásadách na oddělení
- Příloha č. F Alkoholické desatero
- Příloha č. G Informační leták

PŘÍLOHA A – PROTIALKOHOLNÍ ZAŘÍZENÍ A PROTIALKOHOLNÍ PÉČE I.

Protialkoholní zařízení a protialkoholní péče

Péče o lidi závislé na alkoholu zahrnuje nejrůznější formy terapie a je součástí psychiatrické péče. Většinou se jedná o léčení dlouhodobé a souhrnné, které je zaměřeno na rehabilitaci tělesnou, psychickou i sociální. Kromě léčby následků nadužívání alkoholu

a závislosti na něm spadá do oblasti protialkoholní péče a prevence.

Léčba závislých na alkoholu je poskytována v rámci ambulantní a ústavní péče. K protialkoholním zařízením u nás patří: záchytná stanice (ZS), ordinace AT (OAT) a lůžková oddělení v psychiatrických léčebnách.

V ordinacích AT se provádí ambulantní léčba závislosti na alkoholu a ta je poskytována těm klientům, které do léčení navrhli rodinní příslušníci, praktický či závodní lékař nebo jiné zdravotnické zařízení. K ambulantní péči jsou vhodní klienti, kteří jsou dostatečně motivováni, sociálně relativně dobře integrováni, bez těžkých somatických a psychických následků nebo ti, kteří nastoupí na ústavní léčbu nebo osoby po absolvování ústavní protialkoholní léčby v rámci jejich doléčování.

Výhodou ambulantní léčby je, že se pro klienty nevyžaduje pracovní neschopnost a většina ordinací AT má takové ordinační hodiny, které umožňují lidem navštěvovat je i po pracovní době. Ordinace AT osoby závislé na alkoholu evidují a poskytují jim dispenzární péči. V rámci ambulantní péče bývá v mnoha zařízeních nabízena klientům kromě terapie individuální i účast v psychoterapeutických skupinách, někde se pracuje i s rodinnými příslušníky formou rodinné nebo manželské terapie nebo se organizují socioterapeutické kluby. Pro klienty, u nichž ambulantní léčba nepřinesla žádoucí efekt, pro ty s výraznými obtížemi v sociálních vztazích, pro ty, kteří mají vážně poškozený zdravotní a psychický stav, je vhodná ústavní léčba.

Oproti ambulantní léčbě má ústavní několik výhod. První výhodou je „chráněné prostředí“, jsou nepřetržitě k dispozici odborníci, je zde snížena dostupnost alkoholu a prostředí není tak ohrožující. Druhá výhoda úzce souvisí s první a je jí změna prostředí, která často přispívá k zásadním životním rozhodnutím a souvisí i se změnou

osob, se kterými by se závislý za standardních podmínek málokdy setkal. Další výhodou je možnost mnohem intenzivnější léčebného programu než u léčby ambulantní. Nevýhodou je nákladnost ústavní léčby, to, že se klient nemůže věnovat své profesi a jistá ekonomická ztráta rodiny. Na druhé straně musíme brát na vědomí, že většina lidí nastupující na ústavní léčbu je nezaměstnaná či v pracovní neschopnosti a po návratu z léčebny může začít žít plnohodnotný život, který je pro rodinu mnohonásobným přínosem.

V některých zařízeních bývá délka ústavní léčby pevně stanovena (dobrovolná léčba trvá 3 měsíce) nebo může být individuální pro dohodu klienta a léčebného týmu. Důležitými faktory pro stanovení délky protialkoholní ústavní léčby jsou stav klienta při přijetí, jeho aktuální životní situace, délka předchozí abstinence a schopnost využívat ambulantního léčení.

Po ukončení ústavní léčby je klient předán do ordinace AT k evidenci a poskytování dispensární péče.

Vedle zmíněných zařízení fungují také tzv. denní a noční stacionáře. Denní stacionář je často mezistupněm mezi ústavní a ambulantní léčbou. Klienti do něj docházejí v průběhu pracovní neschopnosti v době od rána do odpoledne po dobu minimálně 1 týdne v závěru své léčby a tato forma léčebné péče jim má usnadnit přechod do normálního života.

Pro ty klienty, kteří přišli o zaměstnání, ztratili rodinu nebo domov, jsou v relativně dobrém stavu a spolupracují existují tzv. noční stacionáře. Do nich přicházejí klienti po skončení pracovní doby (samozřejmě pokud jsou zaměstnání), zůstávají tam přes noc a ráno odcházejí do svého zaměstnání.

V horších případech jsou záchytné stanice, které poskytují za úhradu nákladů ošetření těm lidem, kteří se dostali do takové stavu opilosti, že vzbuzovali pohoršení na veřejnosti, kdy pod vlivem alkoholu byli nebezpeční sami sobě nebo ohrožovali svou rodinu či majetek. Účelem těchto stanic je v podstatě detoxikace klienta. Ten na záchytné stanici pak zůstane tak dlouho, dokud nevystřízliví – nejdéle však do 24 hodin. Na pobyt na záchytné stanici se nevztahuje pracovní neschopnost a je o něm proveden záznam. Při opakovaném zachycení je informován zaměstnavatel klienta, kopie záznamu jde do ordinace AT. Na záchytných stanicích pracují jednak ošetřovatelé, lékaři, kteří odborně zasahují v případech, kdy opilá osoba je zraněná, nebo je opilost komplikovaná třeba otravou.

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Markéta Pláňavová, jsem studentkou 3. ročníku Vysoké školy zdravotnické v Praze a chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který slouží k vypracování mé bakalářské práce na téma: Alkoholové recidivy a jejich nejčastější příčiny u klientů závislých na alkoholu.

Vyplňte prosím dotazník dle následujících instrukcí. Odpovězte na každou otázku, žádnou nevynechejte. Vaši odpověď označte buď zakroužkováním vyhovující možnosti nebo ji rozepište do vyznačeného prostoru. Dotazník je zcela ANONYMNÍ a slouží pro účely výzkumu v mé bakalářské práci.

Prosím Vás o pravdivé a upřímné odpovědi. Předem děkuji za Váš čas a ochotu.

Děkuji Markéta Pláňavová

A. OSOBNÍ ÚDAJE

Pohlaví: a) muž b) žena

Věk: a) 18-25 b) 26-35 c) 36-49 d) 50 a více let

Rodinný stav:

- a) svobodný/á
- b) ženatý/vdaná
- c) rozvedený/á
- d) druh/družka
- e) vdovec/vdova

Vzdělání (nejvyšší ukončené):

- a) nedokončené základní
- b) základní
- c) vyučen/a
- d) středoškolské s maturitou
- e) vyšší odborné
- f) vysokoškolské

Vaše nynější zaměstnání:

- a) student
- b) stálý pracovní poměr
- c) nezaměstnaný/á / příležitostná práce (nepobírám sociální dávky)
- d) důchodce (i invalidní)
- e) nezaměstnaný/á (pobírám sociální dávky)

B. PŘÍČINY ALKOHOLOVÝCH RECIDIV

1. Tato léčba je má (vyplňte číslicí) v pořadí.
Právě probíhá můj (vyplňte číslicí) týden této léčby.

2. Kdy jste se poprvé opil/a (v kolika letech)?
3. Při jaké příležitosti jste se poprvé opil/a?
Uveďte
.....

4. Jaké byly nejčastější příčiny, které Vás vedly k tomu, že jste začal/a užívat alkohol?
 - a) samota
 - b) vliv přátel, kamarádů
 - c) rozpad rodiny
 - d) úmrtí v rodině
 - e) výpověď z práce (nezaměstnanost)
 - f) finanční problémy
 - g) potíže se zdravím
 - h) jiné, uveďte.....

5. Jak jste si nejčastěji obstarával/a alkohol?
 - a) koupil/a jsem si ho sám/a
 - b) dostal/a jsem ho
 - c) ukradl/a jsem ho

6. Jaký druh alkoholu jste nejčastěji konzumoval/a?
Uveďte
.....

7. V jakém množství jste alkohol konzumoval/a na den? (př. 2 litry, 2 dcl.)
.....

8. Jak dlouhý byl přibližně interval, kdy jste se pokoušel/a abstinovat?
 - a) méně než 1 týden
 - b) 1 měsíc
 - c) 3 – 6 měsíců
 - d) 1 rok
 - e) déle než 1 rok

9. Máte nějaké zdravotní potíže vyplývající z konzumace alkoholu?
 - a) nemám žádné zdravotní potíže
 - b) potíže se zažívacím systémem
 - c) dýchací potíže
 - d) epilepsie
 - e) deprese
 - f) abstinenční syndrom
 - e) jiné, uveďte.....

10. Považujete léčbu, kterou nyní podstupujete, za smysluplnou?

- a) ano
- b) ne, proč?

.....

11. Věříte, že tato léčba bude úspěšná?

- a) ano
- b) ne, proč?

.....

12. Máte někoho, o kom si myslíte, že by Vám pomohl s abstinencí po ukončení léčby?

- a) manžel/ka
- b) blízcí přátelé
- c) matka, otec
- d) děti
- e) můj psychiatr
- f) jiné, uveďte

.....

C. INFORMOVANOST O ALKOHOLOVÝCH RECIDIVÁCH

13. Když jste si uvědomil/a, že jste závislý/á na alkoholu rozhodl/a jste se to řešit jak?

- a) sám
- b) s pomoci rodiny
- c) s praktickým lékařem
- d) vyhledáním psychiatra
- e) absolvováním léčby v Psychiatrické léčebně na protialkoholním oddělení
- f) jiné, uveďte

.....

14. Znáte pojem *alkoholová recidiva*?

- a) ano, stručně vysvětlíte:

.....

- b) ne

15. Vysvětlil Vám někdo, v průběhu Vaší závislosti na alkoholu, pojem *alkoholová recidiva*,

její příčiny a preventivní opatření?

- a) ano, kdo?

.....

- b) ne

16. Víte, kde hledat pomoc při alkoholové recidivě?

(pokud jste odpovídal/a ano uveďte příklad)

- a) ano, kde?

.....

- b) ne

17. Víte co je nejčastější příčinou u recidiv alkoholu?

a) ano, vypište:

.....

b) ne

18. Víte, co bylo příčinou Vaší alkoholové recidivy?

a) ano, vypište:

.....

b) ne

19. Myslíte si, že jste dostatečně informován/a o alkoholových recidivách a jejich příčinách?

a) ano

b) ne

20. Uvítal/a byste informační materiál (brožuru, leták, video, apod.) zabývající se alkoholovými recidivami?

a) ano

b) ne

VŠECHNY MALÉ I VELKÉ PROBLÉMY, KTERÉ MI ZPŮSOBIL
ALKOHOL:

Mému zdraví tělesnému - včetně konkrétního poškození např. mozku, jater, žaludku, slinivky břišní, zvracení, nechutenství, bolesti nohou, úrazy v opilosti.....
Zdraví duševnímu - včetně abstinčních příznaků, poruch spánku, ranní roztřesenosti a doušek, okének, delirií, epilept. záchvatů, depresivních myšlenek na sebevraždu v opilosti..
Ve vztazích s blízkými v rodině - rodinné neshody a násilí, výčitky blízkých, pohrůžek rozchodů, rozvod....
V práci - konzumace alkoholu na pracovišti, vynucené dovolenky, pohrůžky, propuštění....
Problémy s právem - včetně agresivních opilostí, řízení v opilosti a ztráta ŘP....

Podrobně a sebekriticky rozvést!!!

VŠECHNY MALÉ I VELKÉ PROBLÉMY, KTERÉ MI ZPŮSOBIL
ALKOHOL:

Mému zdraví tělesnému - včetně konkrétního poškození např. mozku, jater, žaludku, slinivky břišní, zvracení, nechutenství, bolesti nohou, úrazy v opilosti.....
Zdraví duševnímu - včetně abstinčních příznaků, poruch spánku, ranní roztřesenosti a doušek, okének, delirií, epilept. záchvatů, depresivních myšlenek na sebevraždu v opilosti..
Ve vztazích s blízkými v rodině - rodinné neshody a násilí, výčitky blízkých, pohrůžek rozchodů, rozvod....
V práci - konzumace alkoholu na pracovišti, vynucené dovolenky, pohrůžky, propuštění....
Problémy s právem - včetně agresivních opilostí, řízení v opilosti a ztráta ŘP....

Podrobně a sebekriticky rozvést!!!

**Bažení /craving/ - silná touha nebo pužení,
chuť pít alkohol, hrát automaty, brát drogy.**

**Je to příznak závislosti. Je nejsilnější v situaci,
kdy je předmět dostupný, v počátcích
abstinence. Negativní duševní stavy zvyšují
intenzitu bažení.**

Projevy bažení

- vzpomínky na příjemné pocity pod vlivem návykové látky
- nepříjemné tělesné pocity - svírání na hrudi, bušení srdce,
třes, bolesti hlavy, pocení, svírání žaludku
- nepříjemné duševní pocity - silná touha po návykové látce,
úzkost, nervozita, slabost, únava, neklid, vzrušení,
podrážděnost, stísněnost

Poučení pacienta o zásadách pobytu na odd 15:

Byl/a jsem poučen/a že:

Pacient během celého léčebného pobytu musí zachovávat zásady přísné abstinence. Toto se týká alkoholu i jiných návykových látek.

Tyto látky nesmí požívat ani je u sebe držet, nesmí mít u sebe potraviny obsahující alkohol ani alkoholové trestí (bombonéry, cukrovinky, zákusky, pito).

Na odd. nesmí mít u sebe žádné léky včetně vitamínových preparátů, sypané čaje, kapky či jakékoli léčebné přípravky bez schválení lékaře. Na oddělení nejsou povoleny neprůhledné pet-lahve a termosky.

Není povoleno mít u sebe hygienické a toaletní potřeby (i vody po holení) obsahující alkohol.

Aviváže, šampony, pěny do koupele, sprchové gely, tělová mléka jsou povoleny.

Na odd. není povoleno držení sypaného a šňupacího tabáku, ručně balených cigaret, injekčních stříkaček a jehel, marihuanových i jiných dýmek, kolínské vody, Alpy, ředidel a odlakovačů a předměty připomínající drogovou kulturu.

Kouřit je povoleno jen původní firemní cigarety a to jen ve stanoveném čase.

V celém areálu PL je zakázáno fotografovat a používat záznamová zařízení.

Během pobytu je povoleno opouštět areál léčebny POUZE se svolením lékaře.

Mobilní telefon má pacient u sebe po celou dobu pobytu, ručí si za něj sám. Nesmí jej používat při společném programu (komunita, relaxace, psychotherapeutické skupiny, osvěta, volná tribuna, životopisné skupiny, koncert) a po večeře.

Je zakázáno hrát jakékoli hazardní hry včetně karetních her všeho druhu, tyto nesmí mít pac. u sebe na odd.

Pacient může používat jen ty elektrické spotřebiče (kulmy, fény, žehličky aj.), které jsou prověřeny elektrikářem léčebny. Je přísně zakázáno používání jakýchkoli vařičů a spirál.

Ošetřující personál má kdykoli právo a povinnost bez udání jakéhokoli důvodu provádět prohlídky osobních věcí a přinesených nebo zaslanych balíčků nebo dopisů (u toxikomanů)-vždy za přítomnosti pacienta a vykonávat dechové zkoušky a odběr moči k toxikologickému vyšetření.

Drogově závislým pacientům jsou povoleny návštěvy POUZE!! nejbližších rodinných příslušníků a jakékoliv výjimky povoluje pouze ošetřující lékař.

Pacient je povinen nosit vhodné oblečení, na kterém nejsou nápisy podporující alkohol, nebo návykové látky!

Pacient je povinen v co nejkratším čase si řádně a důkladně prostudovat podrobný řád odd. a zásady léčby a striktně se jimi řídit.

V průběhu léčby se pacient zavazuje řídit se pokyny zdravotnického personálu.

Pacient bere na vědomí, že porušení výše uvedených zásad a zásad uvedených v podrobném řádu odd., který mu bude na požádání k dispozici, si může přivodit disciplinární postih až po propuštění z oddělení.

Datum:

Podpis pacienta:

ALKOHOLICKÉ DESATERO

1. Léčím se pro sebe

2. Uvědomuji si skutečnost, že jsem alkoholik /čka
či toxikoman /ka, čili osoba, které požívání alkoholu či drogy
způsobuje těžkosti zdravotní, rodinné, společenské a znemožňuje
jí žít plným životem.
3. Budu dodržovat naprostou a trvalou abstinenci -- alkoholismus
je doživotní choroba. Alkoholik se nikdy nenaučí pít s mírou.
4. Angažuji se při léčbě -- nikdo ze mne abstinenta neudělá.
Při Léčbě svého alkoholismu musím aktivně spolupracovat.
5. Netajím se léčbou -- lidi, na kterých mi záleží, o své
léčbě informuji.
6. Nevystavuji se zbytečnému riziku. -- pokud možno se vyhýbám
situacím, při kterých bych se mohl /la znovu napít,
či požit drogu. Nevyhledávám starou společnost, nechodím
do hospody.
7. Najdu si své záliby a koníčky -- abstinující člověk má víc
volného času, který může prožít příjemně a užitečně.
8. Dodržuji zdravou životosprávu -- doba celého dne má být
rovnoměrně rozvržena na práci, odpočinek a zábavu.
Sportuji, abych si udržel /dobrou / tělesnou kondici.
9. Učím se řešit své problémy -- cílem psychoterapie není
zbavit člověka problémů, ale naučit ho, jak je má řešit.
10. Kontakt s léčebnou institucí -- propuštěním léčba nekončí,
následuje další fáze doléčování, která je často důležitější
než samotná léčba. V této jsem ve styku s protialkoholní
léčebnou nebo poradnou, docházím na kluby, abych měl/a
podporu při svém úsilí o abstinenci.

