

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav zdravotnického managementu

Bc. Lenka Kubincová

**Efektivita léčby závislosti na alkoholu
v České Republice**

Diplomová práce

Vedoucí práce: doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D.

Olomouc 2011

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené informační zdroje.

Olomouc 15. července 2011

podpis

Děkuji doc. PhDr. Kateřině Ivanové, Ph.D., za vedení diplomové práce a cenné rady.

Děkuji MUDr. Liboru Chvílovi, CSc., za odborné vedení při zpracování této diplomové práce.

OBSAH:

ÚVOD

I. ZÁVISLOST NA ALKOHOLU – ÚVOD DO PROBLEMATIKY

1.	Závislost na alkoholu – úvod do problematiky	10
1.1	Definice závislosti na alkoholu	11
2.	Teorie vzniku závislosti na alkoholu	14
2.1	Vývoj závislosti na alkoholu a další souvislosti	18
3.	Historie závislosti na alkoholu	24
4.	Závislost na alkoholu u mužů a u žen	30
5.	Morbidita a mortalita při závislosti na alkoholu	32
6.	Sociální důsledky závislosti na alkoholu	40

II. HODNOCENÍ KONKRÉTNÍCH INFORMACÍ VE VZTAHU K DANÉ PROBLEMATICE

7.	Léčba závislosti na alkoholu v České republice	45
8.	Význam léčby závislosti na alkoholu	52
9.	Hodnocení léčby závislosti na alkoholu ze zdravotního hlediska	58
9.1	Ústav zdravotnických informací a statistik České republiky	59
9.2	Vymezení indikátorů hodnocení efektivity léčby ze zdravotního hlediska u závislosti na alkoholu	61
9.2.1	Indikátor č.1 pro hodnocení efektivity léčby ze zdravotního hlediska u závislosti na alkoholu	65
9.2.2	Indikátor č.2 pro hodnocení efektivity léčby ze zdravotního hlediska u závislosti na alkoholu	66
9.2.3	Indikátor č.3 pro hodnocení efektivity léčby ze zdravotního hlediska u závislosti na alkoholu	66
9.3.1	Analýza a vyhodnocení indikátoru č. 1 vypovídajících o léčbě závislosti na alkoholu	67

9.3.2. Analýza a vyhodnocení indikátoru č. 2 vypovídajících o dobu trvání abstinence po tříměsíční protialkoholní léčbě	70
9.3.3. Analýza a vyhodnocení dat indikátoru č. 3 vypovídajících o časovém období trvání recidívy	71

DISKUSE A ZÁVĚR

ANOTACE

LITERATURA A PRAMENY

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHY

ÚVOD

Závislost na alkoholu je velmi aktuální a globální fenomén, který se stále rozšiřuje a celosvětově působí výrazné škody. Řešením důsledků nadměrné konzumace alkoholu se zabývá i Světová zdravotnická organizace. Nadužívání alkoholu zasahuje do života jedince a výrazně ho mění, svými důsledky postihuje celou společnost.^{1 2}

Téma své diplomové práce jsem nevolila náhodně. Problematice závislosti na alkoholu jsem se věnovala již ve své bakalářské práci, kterou jsem zaměřila na průzkum zjištění, zda sociální prostředí ovlivňuje délku abstinence u mužů závislých na alkoholu. Nyní bych se chtěla na tento nežádoucí jev podívat z jiného úhlu. Zajímalo by mě, jak se dá posoudit účinnost léčby závislosti na alkoholu.^{3 4}

Alkohol je látka, se kterou se v naší společnosti během svého života setkal každý. Užívání této legální drogy je v ní hluboko zakořeněno a provází lidstvo již po staletí, jak bude v práci podrobně přiblíženo (viz. kap. 3). Alkohol dává konzumentům pocit uvolnění, zvedá sebevědomí, zlepšuje náladu, člověk se cítí méně svázán společenskými konvencemi – snáze navazuje kontakty, přináší úlevu od stresu i bolesti. Stal se součástí lidských rituálů i běžného života. Alkohol podobně jako přírodní živly – voda a oheň může být dobrý sluha, ale zlý pán. Nadměrnou konzumací alkoholu, když se jeho užívání vymkne kontrole, dochází k intoxikacím, ke škodlivému užívání a v horším případě k rozvoji závislosti, jež sebou nese vážná poškození jedince. S nimi souvisí následný sociální úpadek postiženého, který pak doléhá i na jeho okolí.^{5 6 7 8}

¹ srov. Nešpor, K., Csémy, L. Tím nejdražším na alkoholu není zdaleka léčení závislosti, *Zprávy sdělovacím prostředkům od roku 2007*, <www.drnespor.eu/prerel07.doc>

² srov. Nešpor, K., Csémy, L. Prevence úrazů a prevence škod působených alkoholem se překrývají, *Zprávy sdělovacím prostředkům od roku 2007*, <www.drnespor.eu/prerel07.doc>

³ srov. World Health Organization. *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol* <http://www.who.int/substance_abuse/msbalcstrategy.pdf>

⁴ srov. Mülpachr, P. *Sociální patologie*. s. 33

⁵ srov. Bútora, M. in Bártlová, S. *Sociální patologie*. s. 23

⁶ srov. Šedivý, V. Válková, H. *Lidé, alkohol, drogy*. s. 24

⁷ srov. Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. s. 295

Nadměrná konzumace alkoholu zasahuje do všech oblastí lidského života a negativně je narušuje. Společnosti způsobuje značné škody. Česká republika je zemí s vysokou spotřebou alkoholu a také s vyšším počtem lidí, kterým činí potíže. Společnost vynakládá prostředky na jejich nápravu a také řešení. Jednou z cest je prevence a léčba poruch vyvolaných dlouhodobou nadměrnou konzumací alkoholu. Jedná se o nevratné onemocnění mozku, tedy patologický jev, který se léčí na specializovaných odděleních nemocnic a v psychiatrických léčebnách. **Efekt úspěšnosti léčby se však zjišťuje jen velmi obtížně. Práce si dává za hlavní cíl zjistit možnosti hodnocení účinnosti proti - alkoholní léčby ze zdravotního hlediska v České republice.** Výsledek tohoto zjištění je důležitý nejen pro odborníky zabývající se touto problematikou, ale také pro pacienty, kteří přicházejí do léčebných zařízení bojovat s tímto problémem, a chtějí vědět, jakou mají šanci, že se vyléčí a budou normálně žít.^{9 10 11 12 13}

Teoretická část práce přibližuje závislost na alkoholu jako nemoc. Pozornost je věnována také historickému vývoji, odlišnostem závislosti mezi pohlavími. Práce ukazuje význam poskytované léčby závislosti na alkoholu, která se snaží jak pomáhat závislým jedincům ke změně k zdravějšímu způsobu života, tak zmírňovat škody, které společnosti pro nadměrnou konzumaci alkoholu vznikají.¹⁴

Práce vymezuje účinnost léčby závislosti na alkoholu v rámci procesu poskytované zdravotnické péče. Vysvětluje organizaci léčby závislosti na alkoholu a stanovuje ukazatele, s jejichž pomocí je možno hodnotit účinnost léčby. Data

⁸ srov. Kapr, J. *Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny*, s. 63

⁹ srov. WHO, *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10 decentní revize. Tabele část aktualizovaná druhá verze*. Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10–F19)

¹⁰ srov. Kalina, Karel. a kol. *Základy klinické adiktologie*, s. 35

¹¹ srov. Nešpor, K. Co píše o alkoholu Lancet. *Zprávy sdělovacím prostředkům od roku 2007*, <www.drnespor.eu/prerel07.doc>

¹² srov. Nešpor, K. Csémy, L. Tím nejdražším na alkoholu není zdaleka léčení závislosti. *Zprávy sdělovacím prostředkům od roku 2007*, <www.drnespor.eu/prerel07.doc>

¹³ srov. Vrána, K. *Analýza: Vliv alkoholu na úmrtnost v České republice* <http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku=&artclID=496>

¹⁴ srov. Popov, P. in Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I mezioborový přístup*, s. 153

k vybraným ukazatelům byla zjišťována v oficiálních zdravotnických statistikách. Na základě deskripce a analýzy zjištěných dat a z následné komparace ukazatelů efektivity léčby závislosti na alkoholu jsou vyvozeny poznatky o možném hodnocení účinnosti protialkoholního léčení v České republice (dále jen ČR).¹⁵

Prvním podcílem této práce je popis závislosti na alkoholu jako nevléčitelného onemocnění. V práci bude popsáno onemocnění - závislost na alkoholu a teorie jejího vzniku. Přiblížen bude vývoj, fáze nemoci a nadužívání alkoholu v průběhu historie. Pro doplnění komplexního pohledu na problematiku budou vymezeny rozdíly závislostního chování mezi pohlavími.

Druhým podcílem je uvedení škod způsobených závislostí na alkoholu. Obsahem bude výčet somatických a psychických poruch vzniklých v přímé souvislosti s nadměrným konzumem alkoholu. Bude zde popsán vliv alkoholu na předčasná úmrtí a invaliditu. Dále budou přiblíženy sociální dopady závislostního chování na postiženého jedince i společnost.

Třetím podcílem týkajícím se praktické části je stanovení indikátorů efektivity léčby závislosti na alkoholu v ČR ze zdravotního hlediska, jako možného způsobu hodnocení protialkoholní léčby. Indikátory budou vytvořeny na základě analýzy ústavního léčebného programu pro léčbu závislosti na alkoholu.

Čtvrtým podcílem je vyhledání statistických dat, která naplní určené indikátory. Statistická data z oblasti zdravotnictví jsou shromažďována Úřadem zdravotnických informací a statistik ČR (dále jen ÚZIS), odtud budou čerpána pro účel zjištění účinnosti protialkoholní léčby. Naplněním určených ukazatelů bude možné posoudit účinnost poskytované ústavní léčby. V závěru budou vyhodnocena získaná zjištění možností hodnocení léčebného procesu a údajů vypovídajících o účinnosti protialkoholní léčby v ČR.

Informace pro diplomovou práci byly získávány na základě vypracovaných rešerší vědecké knihovny Univerzity palackého v Olomouci, kde byla zadána klíčová slova: alkohol, životní styl, nemoc, efektivita léčby, alkoholismus, nemoc, léčba, efektivita. Pro získávání literatury bylo využíváno především databáze Národní

¹⁵ srov. Gladkij, I. a kol. *Management zdravotnictví*. s. 86

lékařské knihovny, databáze NZO NCO, katalogu VKOL. Časové rozmezí vydaných publikací bylo stanoveno 1952- 2010.

Základním parametrem pro výběr literatury byly anotace, klíčová slova a osobní posouzení dané publikace.

.

1. Závislost na alkoholu – úvod do problematiky

Pokud se chceme zabývat problematikou závislosti na alkoholu, je důležité si uvědomit, že se jedná o nemoc. Je zahrnuta do Mezinárodní klasifikace nemocí, kterou vytváří Světová zdravotnická organizace. Postihuje nejen jednotlivce, ale má neblahý vliv i na jeho okolí. Specifika onemocnění spočívá v tom, stejně jako u dalších závislostí, že se člověk sám na jejím vzniku výrazně podílí svým nestřídmým přístupem ke konzumaci alkoholu. Pokud se proces rozvoje závislosti rozvine, je celoživotní, pak již nelze mluvit o nestřídmosti jedince, ale o nemoci, která poškozují zdraví člověka a zásadním způsobem mění jeho život. Obor, který se věnuje problematice prevence, léčby a výzkumu závislostního chování se nazývá adiktologie. Je zde kladen důraz na mezioborovou spolupráci, neboť čerpá poznatky z dalších vědních oborů, které se nemocí zabývají.^{16 17 18 19}

V úvodu této části je vysvětlen syndrom závislosti na alkoholu a souvislosti jejího pozvolného vývoje, stádia, kterými postižený prochází. Je zde přiblížena klasifikace typů závislosti na alkoholu a možné důvody jejího vzniku. Pro ucelení obrazu je představen historický vývoj. Pozornost je věnována i diferencí mezi pohlavím a dopadům na psychické a tělesné zdraví. V závěru této části budou nastíněny sociální důsledky nadužívání alkoholu v České republice. Specifické pojmy terminologie, které adiktologie užívá, jsou uvedeny v příloze č.5.

¹⁶ srov. WHO, *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decentní revize. Tabeleární část aktualizovaná druhá verze. Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10–F19)*

¹⁷ srov. Popov, P. in Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I mezioborový přístup*, s. 151

¹⁸ srov. Kalina, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*, s. 11

¹⁹ srov. Řehan, V. *Adiktologie 1.*, s. 12

1.1 Definice závislosti na alkoholu

Dlouho převažoval názor, že nadměrná konzumace alkoholu a její důsledky jsou pouze výsledkem nezodpovědného a nestřídmého chování jedince. Mnoho odborných studií prováděných význačnými vědci své doby např. Brühl-Kramer, Magnus Huss, E. Morton Jellinek a dalších, jak bude uvedeno dále (viz. kap. 3.) , se zasloužili o popsání a důkladné prozkoumání potíží způsobených nadměrným užíváním alkoholu. Toto úsilí napomohlo k tomu, že po mnoha letech byla závislost na alkoholu definována odborníky jako choroba a vložena do Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN).²⁰ MKN vytváří Světová zdravotnická organizace. Poslední publikovanou verzí je druhá aktualizovaná verze MKN 10. Závislost na alkoholu je v klasifikaci zařazena mezi poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek s kódem – F 10 značícím poruchy způsobené alkoholem. Syndrom závislosti na alkoholu má označení diagnóza F 10.2 (dále jen Dg. F 10.2). Dle klinického stavu je na čtvrtém místě za písmenem přidáno číselné označení současného stavu např. akutní intoxikace alkoholem F 10.0, nebo odvykací stav u závislosti na alkoholu je označen F 10.3.²¹

Závislost na alkoholu F 10. 2 je definována v MKN takto:

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

²⁰ srov. Sournia, J-CH. *Dějiny pijáctví*, s. 73

²¹ srov. WHO, *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decentní revize. Tabeleární část aktualizovaná druhá verze. Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10–F19)*

opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí.“

22

Mezi další projevy závislostního chování patří chronický alkoholismus, což je klinicky doložené poškození zdraví způsobené dlouhodobým nadměrným požíváním alkoholu.²³ Dipsomanie projevující se jako nutkání k nadměrnému příjmu alkoholu, které je několikadenní – v tahu.²⁴ Toxikománie charakteristická fyzickou a psychickou závislostí na návykové látce, při jejím odnětí rozvíjí abstinenční syndrom.²⁵ U patologické intoxikace alkoholem dochází k intoxikaci alkoholem již po několika minutách, přestože hladina alkoholu v krvi je nižší, projevující se slovní agresí a násilným chováním, které je pro postiženého za střízlivosti netypické. Tento stav se nevyskytuje často.²⁶

Z praktického hlediska se pro stanovení diagnózy zjišťuje, zda se v posledním roce vyskytly tyto jevy u postiženého jedince (výskyt alespoň třech znaků z výčtu potvrzuje tuto diagnózu):

- Silné nutkání nebo touha užívat látku
- Problémy s kontrolou při užívání látky
- Tělesný odvykací stav
- Zvyšující se tolerance
- Zanedbávání zálib a povinností ve prospěch užívané látky
- Další užívání návykové látky, přestože jsou zřejmé důkazy o škodlivých následcích^{27 28}

²² WHO, *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decentní revize. Tabele část aktualizovaná druhá verze. Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10–F19)*

²³ srov. Skála, J. *Alkoholismus*, s. 42

²⁴ srov. Vokurka, M. Hugo, J. a kol. *Velký lékařský slovník*, s. 223

²⁵ srov. Tamtéž, s. 1028

²⁶ srov. Kalina, Karel. a kol. *Základy klinické adiktologie*, s. 130

²⁷ srov. Nešpor, K. *Návykové chování a závislost*, s. 21

²⁸ srov. Mülpachr, P. *Sociální patologie*. s. 19

MUDr. Nešpor a kolektiv považují za klíčové „bažení po alkoholu (craving) a zejména zhoršené sebeovládání ve vztahu k alkoholu“.²⁹

Tento výčet příznaků se nepatrně odlišuje od definování znaků závislosti sestavené Americkou psychiatrickou asociací (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV, dále jen DSM IV) uvedenou v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních / mentálních/ poruch IV revize.³⁰

Ze sedmi uvedených znaků se mají prokázat minimálně tři za poslední sledovaný rok:

- Narůstající tolerance
- Odvykací příznaky z vysazení látky
- Návyková látka je často přijímána ve větším množství, než bylo zamýšleno.
- Trvalý nezdár v kontrole a snížení užívání.
- Mnoho času je věnováno získávání nebo užívání návykové látky a následně zotavování se z nadměrného užívání.
- Výrazné omezení nebo zanedbání společenských, profesních nebo rekreačních aktivit pro návykovou látku.
- Užívání návykové látky přes jasný důkaz fyzických či psychologických problémů způsobených či zhoršených užíváním návykové látky.³¹

Obě definice jsou velmi podobné, jedinou odlišností mezi DSM IV a MKN 10 je, že se neuvádí znak bažení neboli silné nutkání.

²⁹ CSÉMY, L. NEŠPOR, K. SOVINOVÁ, H. *Kolik je v České republice alkoholiků?* s. 22
<www.drnespor.eu/prerel07.doc>

³⁰ srov. American Psychiatric Association. *DSM- IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV text revision*
<http://www.google.com/books?hl=cs&lr=&id=w_HajjMnjxwC&oi=fnd&pg=PP1&dq=american+psychiatric+association.+diagnostic+and+statistical+manual+of+mental+disorders+dsmiv&ots=i7LXdj4O5J&sig=ek4AiFVBD_IYiRkGcjE9ND-KOmA#v=onepage&q&f=false> s. 214

³¹ srov. Nešpor, K. *Návykové chování a závislost*, s. 26

2. Teorie vzniku závislosti na alkoholu

Problematiku závislosti na alkoholu již odborníci důkladně popsali od jeho rozvoje, průběhu, přesného rozlišení druhů, typů a léčby až po důsledky. „Závislost na alkoholu je multifaktoriální jev.“³² Do současné doby se však nepodařilo zcela jednoznačně stanovit, který z faktorů, jenž vznik alkoholismu ovlivňuje, má dominantní úlohu. Jsou vytvořeny pouze teorie vysvětlující pravděpodobnost vzniku podle různých hledisek jednotlivých vědních disciplín. Závislost proniká do mnoha oblastí, z nichž vyvstává mnoho faktorů, které její rozvoj bezesporu ovlivňují. V následujícím přehledu jsou uvedeny nejčastěji uváděné teorie vzniku závislosti na alkoholu.^{33 34}

Biologické teorie	Genetická teorie	Enzymová teorie	Dopamin endorfinová teorie	
Sociologické teorie	Klasická studie	Teorie distribuce spotřeby alkoholu	Teorie anomie	Model systémové dynamiky
Psychologické teorie	Hlubinná psychologie	Neobehaviorální psychologie	Sociálně psychologické pojetí	
Kulturně antropologické teorie	Etnografické odlišnosti metabolismu alkoholu			
Psychická deprivace jako příčina závislosti	Neuspokojování potřeby způsobující psychickou deprivaci	Teorie vazby		

³² MÜLPACHR,P. *Sociální patologie*. s. 37

³³ srov. Bártlová, S. *Sociální patologie*. s. 20

³⁴ srov. Řehan, *Adiktologie 1*. s. 32

Biologické teorie předpokládají, že dispozice je biologická a hledá možné znaky předurčující vznik a následný rozvoj závislosti. Mezi její zástupce patří genetická teorie shledávající původce v genetické výbavě jedince, kterou si nese po svých předcích. Vidí zvýšené riziko vzniku závislosti u potomků rodičů – alkoholiků. Vychází ze studií, které prokázali, že závislý jedinec má mezi předky osoby s problematickou konzumací alkoholu. Enzymová teorie považuje za zásadní působení základních enzymů, které alkohol z organismu odbourávají a mohou se tak podílet na vzniku závislosti. Jedná se o izoenzym π ADH neboli alkoholdehydrogenázu, který byl zachycený pouze u jedinců nadměrně konzumujících alkohol. Studie prokázaly souvislost mezi typy abúzu k množství izoenzymu π ADH vůči celkovému ADH.^{35 36}

37

Další teorií patřící mezi biologické je dopaminandorfinová teorie, kde „mechanismus rozvoje abúzu a následně závislosti na alkoholu se odvíjí tak, že při požívání alkoholu vznikají izochinolinové alkaloidy, jež obsazují opiátové receptory. Tím nahradí endogenní opiáty (endorfiny), které chybí buď primárně, nebo následkem postupného narušení.“³⁸ Postižený vyhledává abúzus pro zajištění libého pocitu. Závislost se vyvíjí pozvolna na podkladě chemického puzení ke konzumaci alkoholu.^{39 40 41}

Možné příčiny vzniku závislostí shledají odborníci i v jiných oblastech. Mezi takové patří teorie vycházející z celospolečenských vztahů a jejich zákonitostí – souhrnně se nazývají *sociologické teorie*. Řadí se zde klasické studie vysvětlující konzumaci lihovin u jedinců jako odezvu na nepříznivé sociální jevy. Současné životní tempo má vzrůstající nároky na jednotlivce jak na jeho orientaci v technologiích, tak i v rozvoji masové komunikace. Způsobuje to rychlejší pracovní tempo, změna

³⁵ srov. Řehan, V. *Závislost na alkoholu a jiných drogách – psychologický přístup*. s. 25

³⁶ srov. Mülpachr, P. *Sociální patologie*. s. 28

³⁷ srov. Slezáková, L. *Vliv sociálního prostředí na chování mužů závislých na alkoholu*. s. 15

³⁸ ŘEHAN, V. *Závislost na alkoholu a jiných drogách – psychologický přístup*. s. 26

³⁹ srov. Řehan V. *Závislost na alkoholu a jiných drogách – psychologický přístup*. s. 26

⁴⁰ srov. Mülpachr, P. *Sociální patologie*. s. 28

⁴¹ srov. Slezáková, L. *Vliv sociálního prostředí na chování mužů závislých na alkoholu*. s. 15

bydliště z důvodu zaměstnání, což vede k trvalému napětí a obavě ze selhání. Alkohol zde funguje jako prostředek uvolnění napětí a relaxans, který také napomáhá rychlejšímu navázání kontaktů v novém prostředí.^{42 43 44}

Teorie distribuce spotřeby alkoholu „využívá Ledermannovu křivku logonormálního rozložení spotřeby. Základní tezí je předpoklad vztahu mezi celkovým objemem konzumace a procentem alkoholických problémů. Ledermanová křivka distribuce spotřeby je jednovrcholová se značným jednostranným zešikmením. Její pomocí lze stanovit, že zhruba 50 % spotřeby alkoholických nápojů připadá jen asi na 10 % populace a dalších 50 % spotřeby na zbývajících 90 % populace.“⁴⁵ V obecnější rovině to znamená přímou úměru mezi vyšší spotřebou alkoholu a vyšší prevalencí nemocí souvisejících s alkoholem. Předpokládá také, že v zemích s vysokým počtem konzumentů bude také více závislých na alkoholu a větší dopad ekonomických škod způsobených alkoholem.^{46 47}

Teorie anomie shledává nárůst alkoholismu v rozpadu sociálních norem vlivem razantních sociálních změn, válek a převratů, kde došlo k vymizení lidské solidarity a pomoci.^{48 49}

Zástupcem sociologických teorií je také model systémové dynamiky, který si všímá vytváření individuálních pozitivních postojů k alkoholu ve společnosti, která je pro alkoholní. Jedinec přejímá celospolečenský postoj a dále tak působí na své okolí a celkově se upevňuje kladný vztah k alkoholu ve společenské makrostruktuře.^{50 51}

⁴² srov. Řehan V. *Závislost na alkoholu a jiných drogách – psychologický přístup*. s. 27

⁴³ srov. Skála, J. *Závislost na alkoholu a jiných drogách* s. 37

⁴⁴ srov. Slezáková, L. *Vliv sociálního prostředí na chování mužů závislých na alkoholu*. s. 16

⁴⁵ ŘEHAN,V. *Závislost na alkoholu a jiných drogách – psychologický přístup*. s. 29

⁴⁶ srov. Tamtéž. s. 29

⁴⁷ srov. Mühlpachr,P. *Sociální patologie*. s. 27

⁴⁸ srov. Skála, J. *Závislost na alkoholu a jiných drogách* s. 38

⁴⁹ srov. Řehan,V. *Závislost na alkoholu a jiných drogách – psychologický přístup*. s. 29

⁵⁰ srov. Mühlpachr,P. *Sociální patologie*. s. 29

⁵¹ srov. Slezáková, L. *Vliv sociálního prostředí na chování mužů závislých na alkoholu*. s. 17

Další vědní disciplínou, která upozorňuje na možné příčiny závislostního chování, je psychologie, jejímž základem jsou specifické metody dané vědní disciplíny. K *psychologickým teoriím* patří hlubinná psychologie. Hlubinná psychologie v sobě zahrnuje více názorů na příčiny vzniku závislostní poruchy. Základem pro tyto názory je Freudova psychoanalýza. Část autorů se přiklání k hypotézám, že k alkoholu se uchylují jedinci, kteří v raném dětství zažívali citově chladný vztah ze strany matky. Později se tento názor rozšířil ve smyslu, že chování matky bylo buď velmi chladné, nebo neadekvátně pozorné a hýčkájící. Osobnost s touto výchovou byla neurotická a frustrovaná a více disponovaná propadnout alkoholu. Trendy založené na neopsychoanalýze shledávaly únik do alkoholu jako prostředek emočního uvolnění, ale také jako mechanismus pomáhající vyrovnat se změnami v okolí.^{52 53}

Na rozdíl od ostatních směrů neobehaviorální psychologie odmítá fakt, že závislost na alkoholu je nemoc, ale prosazuje názor, že se jedná o naučenou poruchu chování používající se k uvolňování tzv. „rozpuštění“ stresu, a jako naučenou ji lze také odnaučit. Dále se tento názor propracovává a shledává závislost chování jako formu maladaptivního chování, které má více forem. V případě sociálně psychologického pojetí vzniku závislosti je spatřován původ patologie v nestabilním rodinném soužití plném vnitřních konfliktů a nejistoty, která působí také směrem k okolí.^{54 55 56 57}

Zcela jinou oblastí je pojetí konzumace alkoholu vycházející z *kulturně antropologických odlišností*. Historicky, kulturně i geograficky se výrazně mění přístup, chování a prožívání vlivu alkoholu na organismus. Výzkumy doložily také metabolické zvláštnosti alkoholu u rozdílných etnik. Vážné potíže zažívali např. severoameričtí Indiáni, když se setkali s jinou kulturou a způsobem konzumace alkoholu.^{58 59}

⁵² srov. Řehan, V. *Závislost na alkoholu a jiných drogách – psychologický přístup*. s. 30

⁵³ srov. Slezáková, L. *Vliv sociálního prostředí na chování mužů závislých na alkoholu*. s. 18

⁵⁴ srov. Řehan, V. *Závislost na alkoholu a jiných drogách – psychologický přístup*. s. 31

⁵⁵ srov. Mühlpachr, P. *Sociální patologie*. s. 30

⁵⁶ srov. Tamtéž. s. 30

⁵⁷ srov. Slezáková, L. *Vliv sociálního prostředí na chování mužů závislých na alkoholu*. s. 20

⁵⁸ srov. Mühlpachr, P. *Sociální patologie*. s. 31

Dlouhodobé neuspokojování psychických potřeb z důvodu složitých životních situací může vést až ke vzniku *psychické deprivace*, tu považují odborníci také za původce závislostního chování.^{60 61} Uspokojovat nejen základní biologické, ale také vitální potřeby je velmi důležité již od narození pro zdravý vývoj osobnosti. Odborníci výzkumně potvrdili pět základních vitálních potřeb.⁶² Také vazba mezi matkou a dítětem silně ovlivňuje budoucí vývoj osobnosti. Teorie vazby mezi matkou a dítětem říká, že je zásadní pro přežití. Vztah se stále během života vyvíjí a doplňuje v průběhu životních etap, jako je dospívání. Také pečování je její součástí. „Předpokládá se, že porušení vazby mezi matkou a dítětem bývá jednou z klíčových příčin běžně se vyskytujících poruch chování.“⁶³

Existuje také mnoho dalších teorií, které vysvětlují podle různých hledisek, proč se tato nevyléčitelná nemoc u člověka rozvine, zde jsou uvedeny pouze nejfrekventovanější z nich.

2.1 Vývoj závislosti na alkoholu a další souvislosti

Vznik a rozvoj závislosti je dlouhodobý proces, který podmiňují určité faktory. Heller ve své publikaci přisuzuje velkou úlohu genetickým dispozicím a biochemickým zvláštnostem organismu. „Dalšími důležitými faktory jsou osobnostní struktura postiženého, prostředí a tolerantní postoje společnosti, droga a její dostupnost, podnět – startér. Za přítomnosti těchto faktorů již působí mechanismy průběhové: vznik a opakování situací, v nichž se podařilo dosáhnout účinku a uspokojení pomocí návykové látky, nepřítomnost jiných dostupných alternativ k řešení situací s uspokojivým výsledkem“⁶⁴

⁵⁹ srov. Skála, J. *Závislost na alkoholu a jiných drogách* s. 39

⁶⁰ srov. Mühlpachr, P. *Sociální patologie*. s.31

⁶¹ srov. Slezáková, L. *Vliv sociálního prostředí na chování mužů závislých na alkoholu*. s. 21

⁶² srov. Mühlpachr, P. *Sociální patologie*. s. 31

⁶³ MÜHLPACHR, P. *Sociální patologie*. s.32

⁶⁴ HELLER, J. PECINOVSKÁ, O. *Závislost známá neznámá*. s. 12

Při rozvíjející se závislosti se zvyšuje tolerance k množství alkoholu v těle. Organismus se při opakovaných dávkách přizpůsobuje alkoholu, a proto k dosažení stavu opilosti je třeba jeho většího množství. Tolerance se s pravidelnou konzumací pozvolna zvyšuje, když je ale dosaženo terminálního stádia, začíná opět klesat. S tím souvisí také změna kontroly jak v pití alkoholu, tak v plnění povinností a narušuje základní životní hodnoty. Jedinec se stává nespolehlivým vůči svému okolí. Toto stádium postihuje zhruba 3% populace.^{65 66}

Americký vědec a lékař první poloviny dvacátého století Dr. E. M. Jellinek, který se svou prací zasloužil o zařazení závislosti na alkoholu mezi nemoci (dříve závislost považována za tzv. opilství), definoval ve svém díle *The disease concept of alcoholism* základní typy závislosti na alkoholu. Dle Jellineka uvádí Heller:

Typ α (alfa) – není to pravá závislost na alkoholu, jde o občasná excesy – nedisciplinované popíjení. Osoba alkohol vyhledává pro uvolnění úzkostí, depresí. Hrozí zde riziko přechodu v typ gama.

Typ β (beta) – jedinec pravidelně popíjí alkohol a není ochoten si ho odepřít při nevhodných podmínkách, může přejít v závislost typu delta.

Typ γ (gama) – postižený neumí kontrolovat své pití ani při nevhodných situacích. V mezidobí je schopen abstinence, ale ta se zkracuje. Nastupuje fyzická závislost.

Typ δ (delta) – příznačné pro tuto skupinu je pravidelná denní konzumace alkoholu. V těle se stále udržuje určitá hladina alkoholu – jedinec není střízlivý a ani opilý, není schopen již abstinence. Je schopen fungovat bez problémů. Pokud se denní hladina alkoholu nedorovná, dochází k rozvoji silného odvykacího stavu i s možným deliriem tremens.

Typ ϵ (epsilon) – pro něj je typická dipsomanie, tedy několikadenní až záchvatovité opíjení se - nekontrolovatelné, bývá často spjato s psychickou nemocí.^{67 68 69 70 71}

⁶⁵ srov. Heller, J. Pecinová, O. *Závislost známá neznámá*, s. 12

⁶⁶ srov. Tamtéž, s. 15

⁶⁷ srov. Heller, J. Pecinová, O. *Závislost známá neznámá*, s. 27

⁶⁸ srov. Höschl, C. Libiger, J. Švestka, J. *Psychiatrie*, 567s.

⁶⁹ srov. Mülpachr, P. *Sociální patologie*. s. 21

⁷⁰ srov. Skála, J. *Alkohol a jiné psychotropní drogy : Abusus a závislost*, s.12

⁷¹ srov. Popov, P. Alkohol. In Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. s. 152

Psychiatr Jellinek rozpracoval také vývoj závislostí do čtyř stádií, která jsou odbornou veřejností uznávána po celém světě. V České republice jsou platné od roku 1957 (vztahují se k typu alfa a gama) ⁷²:

1. Stádium: iniciální, počáteční.

Jedinec konzumuje alkohol, protože mu vyhovují jeho účinky. Alkohol mu pomáhá, aby zvládal obtížné situace. Zvyšuje se tolerance pití alkoholu a také frekvence, ale dotyčný ji zvládá. Má ji pod kontrolou.

2. Stádium: prodromální, varovné.

Člověk alkohol vyhledává, má vyšší toleranci a tak k dosažení kýženého stavu zvyšuje dávku, což u okolí vzbuzuje pozornost. Začíná pít i skrytě, aby na sebe neupozorňoval, začíná mít pocit viny. Často myslí na alkohol. Pozvolna se objevují i výpadky paměti – tzv. okénka – palimpsest, které jsou neklamným dokladem toho, že jedinec přestává mít své pití pod kontrolou a přechází do III. stádia. V I. a II. stádiu je ještě možné zabránit vzniku závislosti.

3. Stádium: kruciální, rozhodné.

V této fázi stále ještě narůstá tolerance, kdy si jedinec připadá, že na něm není poznat, že je pod vlivem alkoholu. Při další konzumaci tento stav přechází náhle v opilost. Typické pro tuto etapu je, že pacient nechce omezit své pití, ale chce ho udržet v mezích, tzv. „chce pít s mírou“. V tomto stádiu je již alkohol pevně zakotven do metabolických procesů těla, kdy je změněna odpověď organismu na danou dávku. Tím pádem i malé množství alkoholu v organismu vyvolá takové nutkání k pití, že končí až opilostí. Občas se ještě jedinci podaří ukončit popíjení dřív, než nastoupí opilost. Takové situace ho pak jen utvrzují v tom, že konzumaci zvládá. Stavby opilosti se dostávají často, narůstají problémy s okolím, na což jedinec reaguje různým vysvětlováním a zdůvodňováním proč to tak je. Aby vše vysvětlil, vytváří si svůj racionalizační systém důvodů a příčin. Získání a konzumace alkoholu se pro jedince stává hlavním zájmem na úkor ostatních. Narůstá pocit provinění, že nezvládá své pití,

⁷² srov. Skála, J. *Alkohol a jiné psychotropní drogy : Abuzus a závislost*, s.12

na druhé straně přesvědčuje sám sebe, že to tak musel udělat apod., až začne věřit svému racionalizačnímu systému. U těchto lidí dochází k osobnostním změnám, zvýrazňují se negativní rysy jedince. Postižený je vztahovačný, na zájem okolí reaguje popudlivě, uzavírá se do sebe, má výrazné výkyvy nálady. Nadměrná a pravidelná konzumace poškozuje zdraví. Postižený nedodržuje správnou výživu a objevují se zdravotní problémy. Jedinec není schopen zastavit své pití sám a ani na popud okolí. V této fázi se stává pití alkoholu chorobou.

4. Stádium: terminální, konečné.

Typickým znakem této fáze jsou ranní doušky, kterými se postižený snaží předejít velmi nepříjemnému odvykacímu stavu – střízlivění. Pije tedy v tahu neboli v kuse. Klesá tolerance a projevují se orgánová poškození z nadměrné a dlouhodobé konzumace alkoholu. Tělo má z důvodu narušené životosprávy nedostatek živin, vitamínů, minerálů, stopových prvků a oslabenou imunitu. Dochází k úpadku osobnosti a celkové degradaci. Jedince zajímá uspokojování jediné potřeby – potřeby alkoholu, vše ostatní odsouvá – rodinu, přátele, práci. Dostává se do stavu, kdy nemůže být bez alkoholu, ale jeho požívání mu způsobuje zdravotní potíže. Teprve nyní je ochoten vyhledat pomoc. K přechodu do chronického stádia může dojít kdykoliv ve III. anebo IV. stádiu.^{73 74 75 76}

U člověka závislého na alkoholu se zpravidla setkáváme s různým stupněm intoxikace alkoholem. Alkohol se z těla odbourává pozvolna. U jedince, jenž v konzumaci pokračuje, se zvyšuje koncentrace látky a také stupeň intoxikace. Stav je provázen neurologickými změnami a narušením chování. Nadměrný příjem alkoholu (může být i jednorázový) působí toxicky na mozkové buňky, vede k poruchám vědomí a psychofyziologických funkcí, nazýváme jej akutní intoxikace.⁷⁷

⁷³ srov. Heller, J. Pecinová, O. *Závislost známá neznámá*, s. 19

⁷⁴ srov. Skála, J. *Alkohol a jiné psychotropní drogy : Abusus a závislost*, 14 s.

⁷⁵ srov. srov. Mülpachr, P. *Sociální patologie*. s. 20

⁷⁶ srov. Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*, s. 291

⁷⁷ srov. Popov, P. Alkohol. In Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. s. 152

Podle množství požitého alkoholu rozeznáváme čtyři stupně:

stadium excitační, euforické: (0,5 – 1,0 promile alkoholu) člověk pod vlivem alkoholu je euforický, sebejistý, více mluvný, je otevřenější, ztrácí sebekontrolu

stadium hypnotické: (1 - 2 promile alkoholu) při této hladině se dostavuje útlum centrální nervové soustavy

stadium narkotické: (2 – 3 promile alkoholu) projevuje se výraznou opilostí, může přejít až v bezvědomí

stadium asfytické: (3,5 - 5 promile) v tomto stádiu je již jedinec těžce intoxikován dochází k poklesu tělesné teploty, krevního tlaku, bezvědomí až zástavě dechu a krevního oběhu končící úmrtím.

Hladina alkoholu v krvi nad pět promile bývá smrtelná, ale z praxe jsou známy případy, kdy měl jedinec i okolo sedmi promilí alkoholu v krvi. Hraje zde velkou roli tolerance a fyzické dispozice osoby, např. u závislých jedinců typu delta.^{78 79 80}

Po požití alkoholu a následné intoxikaci nastupuje odbourávání této látky z těla, které je u osob závislých spojeno s nástupem odvykacích projevů. Rychlost odbourávání alkoholu z těla je individuální a závisí na chemických reakcích probíhajících v jaterní buňce. Alkoholový odvykací stav se začíná projevovat po pár hodinách od ukončení konzumace, nejintenzivněji se projevuje druhý den abstinence a vymizí obvykle do pěti dnů.^{81 82}

Odvykací stav dle MKN 10 je definován jako: „Skupina příznaků různého seskupení a stupně závažnosti, vyskytující se při absolutním nebo relativním odvykání psychoaktivní látky po jejím dlouhotrvajícím užívání. Nástup a průběh odvykacího stavu jsou časově ohraničeny a mají vztah k typu psychoaktivní látky a dávce, která byla užita bezprostředně před zastavením nebo redukcí užívání. Odvykací stav

⁷⁸ srov. Takáč, J. Alkohol Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu
<<http://www.at-ambulance.cz/alkohol.htm>>

⁷⁹ srov. Kalina, K a kol. *Základy klinické adiktologie*, s. 133

⁸⁰ srov. Popov, P. Alkohol. In Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. s. 152

⁸¹ srov. Heller, J. Pecinová, O. *Závislost známá neznámá*, s.56

⁸² srov. Kalina, K a kol. *Základy klinické adiktologie*, s. 134

může být komplikován křečemi.“⁸³ Odvykací stav u závislosti na alkoholu je dokladem metabolické závislosti organismu.⁸⁴

Charakteristické jsou tyto příznaky: alkoholický tremor (zahrnuje třes očních víček, prstů HKK, rukou, jazyka, v intenzivnějších formách také hlavy a celého těla), pocení, úzkost, podrážděnost, nauzea, tachykardie, hypertenze, psychomotorický neklid, nespavost, bolest hlavy, přechodné halucinace či iluze (zrakové, sluchové a hmatové), křeče, subfebrilie, suchost sliznic, rozšíření zornic, průjmy. Nejtěžším projevem odvykacího stavu je delirium trémens.^{85 86 87 88}

⁸³ WHO, MKN – 10 *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decentní revize. Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10–F19)*
<<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>>

⁸⁴ srov. Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*, s. 292

⁸⁵ srov. Heller, J. Pecinová, O. *Závislost známá neznámá*, s. 62

⁸⁶ srov. Nešpor, K. Csémy, L. *Léčba a prevence závislosti*, s. 42

⁸⁷ srov. Kalina, K a kol. *Základy klinické adiktologie*, s. 134

⁸⁸ srov. Radimský, M. A kol. *Psychiatrie I.*, s.135

3. Historie závislosti na alkoholu

Lidstvo zná alkohol zhruba od neolitu tedy mladší doby kamenné, kdy se začalo rozvíjet zemědělství. Poprvé se lidé setkali s alkoholem náhodně ve formě zkvašených bobulí. Účinky člověka zaujaly - byly opojné, přinesly mu něco nového a bylo to příjemné, protože alkohol způsobuje uvolnění, povznesenou náladu, snižuje práh bolesti a zábrany, zvedá sebevědomí. Alkohol lidem pomáhal a zpříjemňoval jim život. Byl často součástí rituálů a obřadů. Používali ho různí šamani a kněží, kteří mu připisovali nadpřirozenou moc. Odedávna byla snaha si alkohol vyrábět. Lidé používali kromě bobulí také různé ovoce, byliny, části rostlin a později také med a mléko. Příjemné účinky má alkohol, jen pokud je v malých dávkách. Když se dávky zvýší, dostavuje se pak únava až ospalost, pohyby jsou méně koordinované, objevuje se dvojité vidění, zvednuté sebevědomí a uvolněné společenské zábrany mohou vést k projevům agresivního chování na sebemenší podněty z okolí. Po každém takovém excesu se dostavuje odbourávání alkoholu z organismu tedy střízlivění „kocovina“, která je provázena poklesem nálady, pocitem úzkosti, bolesti hlavy, pocitem žízně, mohou se vyskytnout závratě a nevolnost. Přesto měl alkohol mnoho příznivců a hojně se rozšiřoval mezi národy. Z archeologických nálezů je zjištěno, že víno lidé vyráběli již před 7000 lety.^{89 90 91}

První písemné zmínky o nestřídmé konzumaci alkoholu jsou ze Starověku u národů Středního a Blízkého Východu, v egyptských papyrech, v ugaritských a sumerských textech. Zmínky o konzumaci alkoholu se našly např. v Eposu o Gilgamešovi z období 3. - 4. tis. př. n.l. Je dochováno v různých eposejích a divadelních hrách, jak často se lidé opjeli. Na druhou stranu se snažili také tento nešvar korigovat, ale záleželo na funkci a důležitosti alkoholu, jakou jí společnost přikládala. Např. Aztéci tolerovali opilost u starců, ale u mladíků ji přísně trestali. V době Drakona v Aténách trestali opilé zabitím. V Číně 1220 př. n. l. hrozila smrt

⁸⁹ srov. Sournia, J.-CH. *Dějiny pijáctví*, s. 304

⁹⁰ srov. Skála, J. *Alkoholismus*, s. 235

⁹¹ srov. Mlčoch, Z. *Historie pití alkoholu a tresty za opilost a opilství*. <<http://www.alkoholik.cz/zavislost/>>

každému, kdo byl přistižen opilý. Zákaz pít alkohol vydal Budha i Konfucius 5. – 6. stol. př. n. l. stejně jako Mohamed. Fyzické trestání opilců propagoval také Karel Veliký.^{92 93}

Kolem roku 1000 př. n. l. se Řekové naučili vyrábět víno, jeho pití se brzo stalo běžnou součástí života. Víno bylo dostupné ve všech vrstvách obyvatelstva, bylo proto mnoho těch, kteří mu propadli. Zde je třeba připomenou Dionýse boha vína a nespoutaného veselí, kterému byly zasvěceny obřady, oslavy a jiné slavnosti. Na jeho počest se lidé značně opíjeli. V 6. století př. n. l. se podrobně pitím alkoholu zabýval Platón, který sepsal řadu doporučení pro muže, ženy a také otroky. Jeho doporučeními se běžný lid nedržel a bylo zcela běžné potkat opilého člověka. Všude se potýkali s problémy nadměrného pití. Alkoholické nápoje byly rozšířeny mezi všechny národy, jen preferovaly různé druhy, pivo, medovinu, víno z různých druhů ovoce. Na severu Afriky dodnes vyrábějí alkohol z medu vloženého do melounu.^{94 95 96}

S nástupem křesťanství se církve snažila omezit tento nešvar, který prohlásila za pohanský zvyk. Ale její prohlášení byla málo účinná, a tak se snažila opíjení alespoň zmírnit. Katolická církev nabádala ke střídmosti v konzumaci alkoholu. Sama církev vlastnila vinice a vyráběla víno a mnichové v kláštorech ho hojně popíjeli.^{97 98}

Ve středověku se dále rozšiřovalo pěstování vína, s nímž úměrně také narůstala jeho konzumace. Víno se používalo také jako lék, kde se tradovalo, že pomáhá trávení, čistí krev, dodává přirozenou energii. Bylo jen málo odpůrců jako třeba rádce Jindřicha IV. Barthélemy de Laffumas v r. 1596 poukazyval na to, že nezměrné popíjení ničí rodinu a také manželství. V 11. - 13. století alchymisté objevili destilaci a vyrobili alkohol, který dostal latinský název spiritus nebo také arabský název khol. Zpočátku se užíval jako lék, ale byl oblíbený a na konci 16. století byl již běžně konzumován

⁹² srov. Skála, J. *až na dno?! Fakta o alkoholu a jiných návykových látkách*, s. 99

⁹³ srov. Šedivý, V. Válková, H. *Lidé, alkohol, drogy*. s. 22

⁹⁴ srov. ČSAV kol. autorů Encyklopedického institutu ČAV, *Ilustrovaný encyklopedický slovník*, s. 976

⁹⁵ srov. Sournia, J-CH. *Dějiny pijáctví*, s. 68

⁹⁶ srov. Řehan, V. *Adiktologie 1.*, s. 15

⁹⁷ srov. Sournia, J-CH. *Dějiny pijáctví*, s. s. 71

⁹⁸ srov. Skála, J. *až na dno?! Fakta o alkoholu a jiných návykových látkách*, s. 101

jako alkoholický nápoj, kde byl různý procentuální poměr alkoholu od 14 – 50%. Vyšší koncentrace přinášela dříve opilost a rychleji návykovost. Každý národ si vytvořil svůj destilát, který upřednostňoval. Přímá úměra fungovala také v tom, že čím více bylo zájemců o alkohol, tím více bylo hospod a tím více lidí, kteří tomu propadali.⁹⁹

Pijáctví se výrazněji projevovalo v nižších sociálních vrstvách a to více v západní Evropě, bylo provázáno dalšími sociálními jevy, jako je nezaměstnanost, prostituce, násilná činnost. Nejvíce si problémy uvědomovali v Anglii, kde bylo opilectví doloženo přesnými statistickými údaji. Ale bylo rozšířeno po celé Evropě – Francii, Německu, Rusku, Polsku a severských státech. Například ve Švédsku bylo zvykem podat čeledínovi ke snídani sklenku destilátu. Není pak překvapující, že se zde velmi rozmohly problémy s alkoholem.¹⁰⁰

Lékaři začali více upozorňovat na poškození nejen tělesné, ale také duševní v souvislosti s alkoholem. Na přelomu 18. a 19. století uveřejnil lékař Thomas Trotter svou myšlenku, že nekontrolované opíjení vede k šílenství. Docílil také toho, že takto postižení jedinci byli považováni za choré. Ve stejnou dobu byla poprvé popsána změna jater a odborně nazvána cirhóza. V roce 1813 byl použit termín delirium tremens, který popisoval stav náhlé posedlosti vznikající v návaznosti na nadměrné požívání alkoholických nápojů. Také mnoho dalších lékařů popisuje stavy a poškození organismu alkoholem. Např. Brühl-Kramer – německý lékař vyslovil myšlenku, že pijáctví je způsobeno nemocí, Rosh – francouzský lékař napsal pojednání o nadměrném pití lihových nápojů. Americký psychiatr Benjamin Rusche poprvé užil pojem alkoholismus jako název pro chorobu.^{101 102}

Zlomovým dílem byla publikace Magnuse Husa v roce 1849 – švédského lékaře Alkoholismus chronicus. Ve své knize poprvé užil slova alkoholismus a mluví o něm jako o nemoci. Vypracoval novou teorii a přístup k těmto poruchám. Je to ucelený popis nemocí způsobených alkoholem. M. Huss byl aktivním bojovníkem

⁹⁹ srov. Sournia, J.-CH. *Dějiny pijáctví*, s. 69

¹⁰⁰ srov. Šedivý, V. Válková, H. *Lidé, alkohol, drogy*, s. 25

¹⁰¹ srov. Sournia, J.-CH. *Dějiny pijáctví*, s. 43

¹⁰² srov. Řehan, V. *Adiktologie 1.*, s. 29

s alkoholismem. Ve Švédsku napomohl k zákazu domácí výroby destilátů, snížení množství pohostinství a založil několik léčebných ústavů. V roce 1825 bylo v této zemi 172 349 palíren alkoholu. Své dílo několikrát rozšiřoval a upravoval o nové poznatky. Na jeho práci navázalo mnoho dalších lékařů. Americký psychiatr českého původu E. Morton Jellinek prosazoval názor, že alkoholismus je nemoc a ve svém díle uveřejněném v roce 1960 rozděluje nadměrné konzumenty alkoholu do skupin, dle něj podle fází vývoje závislosti, kde jasně odděluje, kdy jedinec je už závislý a kdy ještě ne. Označuje je řeckými písmeny – Alpha, Beta, Gamma, Delta, Epsilon.¹⁰³¹⁰⁴¹⁰⁵¹⁰⁶

První léčebný ústav pro alkoholiky byl otevřen v Bostnu v roce 1857. Do třiceti let už bylo v USA na 50 podobných zařízení.¹⁰⁷

V Evropě založil první takový ústav kněz Kruse v Německu v Lintorfu u Düsseldorfu v roce 1850. Pak následovalo založení protialkoholního zařízení ve Švýcarsku v roce 1855, v Anglii v roce 1883. V roce 1892 profesor Dr. A. Forel začíná prosazovat při léčbě závislých na alkoholu nové myšlenky – alkoholik musí mít úplnou a trvalou abstinenci, léčba se provádí formou psychoterapie a mohou ji provádět jen úplní abstinenti. V roce 1900 vzniká léčebna ve Francii a v témže roce také v Rakousku v Steinhofu. V roce 1905 vznikla ve Švýcarsku Mezinárodní rada pro otázky závislosti na alkoholu. V Čechách takový ústav založil jako první K. Konařík ve Velkých Kunčicích pod Radhoštěm v roce 1909.¹⁰⁸

Státy bojovali s alkoholismem různě, prostřednictvím zdanění, omezeným prodejem nebo přístupem k němu. Na počátku války k prohibičním opatřením přistoupilo carské Rusko, na konci války USA. Efekt se dostavil v podobě snížení spotřeby alkoholických nápojů, počet onemocnění způsobených alkoholismem a výskyt trestných činů páchaných v jeho souvislosti ale byl však jen krátkodobý. Již v roce 1930 byla situace v USA stejně vysoká, jako před zavedením - konzumace

¹⁰³ srov. Sourmia, J.-CH. *Dějiny pijáctví*, s. 69

¹⁰⁴ srov. Tamtéž, s. 73

¹⁰⁵ srov. Šedivý, V. Váľková, H. *Lidé, alkohol, drogy*. s. 25

¹⁰⁶ srov. Sourmia, J.-CH. *Dějiny pijáctví*, s. 75

¹⁰⁷ srov. Řehan, V. *Adiktologie I.*, s. 30

¹⁰⁸ srov. Skála, J. *Alkoholismus*, s. 95

alkoholu byla vysoká, hlavně podomácky vyráběného. Navíc se výrazně rozmohl tzv. černý obchod s alkoholem. V roce 1933 byl zákon zrušen.¹⁰⁹

K prohibici přistoupilo také Finsko v roce 1922, po 10 letech ji zrušilo. Ve Švédsku zavedli před II. světovou válkou tzv. přidělové knížky na alkohol, v roce 1955 byly zrušeny. V Polsku v roce 1956 vešel v platnost tvrdý zákon, který trestal až pětiletým vězením takového alkoholika, který ubližoval své rodině. V současné době je již mírnější.^{110 111}

Se vznikem protialkoholních zařízení začínají vznikat také abstinentské spolky v Anglii, Francii, ve Švýcarsku a dalších zemích. Nejznámější je spolek anonymních alkoholiků – (zkratka AA), který byl založen v roce 1935 v USA. Sdružení je založeno na vzájemné laické pomoci závislých na alkoholu vedoucí k abstinenci a zapojení se zpět do běžného života. AA mají vytvořen program skládající se z dvanácti kroků, který by měl pomoci k abstinentskému životu. V současnosti má více než 2 milióny členů po celém světě. V české republice se tato organizace rozšiřuje od roku 1990, za minulého režimu byla zakázána.^{112 113}

V ČSR fungoval v meziválečném období Český abstinentský svaz, který se zasloužil o vznik protialkoholních poraden v Praze, Brně a Ostravě. Ty se dále rozšiřovaly a v roce 1955 jich bylo 140 a v evidenci měli téměř 40 000 závislých na alkoholu. Protialkoholní záchytná stanice se jako první otevřela v roce 1950 v Ostravě. Po pěti letech bylo v ČSR už 17 takovýchto stanic, které čítaly 165 lůžek.^{114 115}

Alkohol a problémy, které způsobuje, je s lidskou společností nerozlučně spjat od nepaměti. Všechny vyspělé státy mající své zastoupení ve Světové zdravotnické

¹⁰⁹ srov. Sournia, J-CH. *Dějiny pijáctví*, s. 171

¹¹⁰ srov. Skála, J. *Alkoholismus*, s. 95

¹¹¹ srov. Skála, J. *až na dno?! Fakta o alkoholu a jiných návykových látkách*, s. 103

¹¹² srov. Řehan, V. *Adiktologie I.*, s. 127

¹¹³ srov. Sournia, J-CH. *Dějiny pijáctví*, s. 171

¹¹⁴ srov. Skála, J. *Alkoholismus*, s. 97

¹¹⁵ srov. Tamtéž, s. 161

organizaci se snaží tento celospolečenský jev zmírňovat a hledat účinná opatření v podobě schválené globální strategie na snížení škodlivého užívání alkoholu.¹¹⁶

¹¹⁶ srov. WHO. *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*
<http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R13-en.pdf>

4. Závislost na alkoholu u mužů a u žen

Pokud mluvíme o syndromu závislosti na alkoholu je nutno rozlišit, zda se jedná o muže či ženu. Závislost je u obou pohlaví odlišná. Rozdílnost tvoří jak biologická stránka, tak i společenský vývoj. V minulosti nebylo běžné, aby se ženy opíjely. Tento jev byl spíše doménou mužů.¹¹⁷

Počátkem 20. století byl poměr žen nadměrně konzumujících alkohol vůči mužům 1 : 20. K vzestupu došlo po II. světové válce. V roce 1995 se již uvádí 1 : 2,6 mužů. Tento obrovský nárůst ovlivnil především hospodářský vývoj. Postavení žen ve společnosti stoupalo. Ženy jsou samostatnější a nezávislejší, už se jejich práce neomezuje jen na péči o domov a děti, ale stávají se rovnocennými partnery muže, jak po ekonomické, pracovní, tak společenské stránce. Změna životního stylu sebou nese vyšší nároky. Alkohol je nejrozšířenější návykovou látkou v českých zemích, ke které se lidé uchylují pro pocity uvolnění, odstraňuje napětí a zvyšuje sebevědomí. Proto ho ženy začaly více vyhledávat a tak i zde se stávají pozvolna rovnocenným partnerem muže. Obě pohlaví mají také specifické způsoby, jak nadměrně konzumují alkohol, muž i žena mají příznačný způsob, jak se opíjejí. U žen je typický symptomatický abúzus vyznačující se samotářským pitím, často skrytým, pro dosažení příjemného psychického stavu, snížení úzkostí a zvednutí sebevědomí při řešení problémů. Závislost vzniká zhruba po pěti letech. Typický pro muže je systematický abúzus charakteristický pravidelným stereotypním pitím, při němž se mění osobnost člověka. Při náhlém vysazení alkoholu se dostavuje odvykací stav často také s deliriem tremens. Obě formy se však v praxi částečně vzájemně překrývají.^{118 119}

U obou pohlaví jsou rozdíly ve vývoji závislosti a v její léčbě. Závislost na alkoholu postihuje ženy rychleji a výrazněji, jak po stránce tělesné tak psychické. Uchylují se k alkoholu z důvodů depresí, úzkostí, stresu a problémů. Mezi nejčastější důvody abúzu u žen jsou potíže s dětmi a v partnerském vztahu, u mužů to jsou obtíže

¹¹⁷ srov. Heller, J. Pecinová, O. *Závislost známá neznámá*, s. 27

¹¹⁸ srov. Nešpor, K. *Návykové chování a závislost*, s. 55

¹¹⁹ srov. Heller, J. Pecinová, O. *Závislost známá neznámá*, s. 27

v zaměstnání a s partnerkami. Ženy pijí skrytě a více dbají na to, jak působí na své okolí. Odbornou pomoc vyhledávají často mnohem později než muži. Okolí odsuzuje ženu alkoholičku mnohem více než když se jedná o muže. Výskyt alkoholismu příbuzných v rodině je častější u žen závislých na alkoholu než tomu bývá u mužů. Rodinu více postihuje závislost matky než otce a častěji přicházejí o rodinu a její podporu. Pokud žena žije s mužem alkoholikem, tak s ním setrvává 10 x častěji než muž s partnerkou alkoholičkou. Na rozdíl od mužů, nejsou ženy závislé na alkoholu tolik agresivní, ale spíše úzkostné a mají méně násilného chování a trestných činů, také pud sebezáchovy je u nich silnější. Vliv hormonálního cyklu u žen ovlivňuje jejich abúzus, výrazněji se zhoršuje v období před menstruací. Ženy alkoholičky jsou více sexuálně zneužívány, týrány.^{120 121}

Muži i ženy se odlišují i ve svém přístupu k léčbě - ženy méně spolupracují oproti mužům. Během léčby si ale význam abstinence uvědomí více žen a získají lepší náhled. Také do individuální psychoterapie a do doléčovacích programů se ženy lépe zapojují. Po jejich absolvování je pak abstinence u nich trvalejší. U žen je důležitější včasné odhalení problému a zahájení léčby, protože alkohol je více devastuje a rychleji nastupují nevratné změny.¹²²

¹²⁰ srov. Heller, J. Pecinová, O. *Závislost známá neznámá*, s. 29

¹²¹ srov. Nešpor, K. *Návykové chování a závislost*, s. 56

¹²² srov. Heller, J. Pecinová, O. *Závislost známá neznámá*, s. 29

5. Morbidita a mortalita při závislosti na alkoholu

Z definice MKN 10 vyplývá, že osoba závislá na alkoholu si jej neodpírá ani při jasném průkazu zdravotních potíží, alkohol nepříznivě působí na lidský organismus i při běžné konzumaci.¹²³

Přímý vliv alkoholu na organismus způsobuje útlum v produkci žaludečních šťáv, snižuje růst střevních bakterií, zvyšuje dlouhodobě krevní tlak a puls a také diurézu, zapříčiňuje pokles tělesné teploty o ½ až 1°C, více koncentrovaný alkohol naleptává sliznice, ve vysokých dávkách oslabuje dýchání.¹²⁴

Při pravidelném a dlouhodobém působení alkoholu na lidský organismus, dochází k somatickým poškozením. Organismus má abúzem sníženou buněčnou a humorální imunitu, jedinec snáze podlehne infekci, bývá v léčbě nedisciplinovaný, častěji se objevují u alkoholiků reinfekce a venerická onemocnění. Např. tuberkulóza, zápal plic způsobený streptokoky, HIV/AIDS, infekce virem herpes simplex typ 2, syfilis a kapavka.¹²⁵

Alkohol je považován za kokarcinogen. V souvislosti s vyšší konzumací alkoholu je vyšší výskyt rakoviny dutiny ústní a nosohltanu, jícnu, žaludku, tlustého střeva, rekta, jater, pankreatu. Podle posledních studií je prokázána lineární závislost mezi rizikem vzniku rakoviny prsu a zvyšující se konzumací alkoholu.^{126 127 128 129}

¹²³ srov. WHO, *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decentní revize. Tabulární část aktualizovaná druhá verze. Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10–F19)*

¹²⁴ srov. Skála, J. *Alkoholismus*, s.36

¹²⁵ srov. Skála, J. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*, s. 53

¹²⁶ srov. Radimský, M. a kol. *Psychiatrie I.* 138 s.

¹²⁷ srov. Skála, J. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*, s. 54

¹²⁸ srov. Skála, J. *Alkohol a jiné psychotropní drogy : Abusus a závislost*, s. 17

¹²⁹ srov. srov. Room, R Babor, T. Rehm, J.. Alcohol and Public Health. *The Lancet*. listopad 2005. *Alcohol and Public Health*. <http://www.mty.itesm.mx/dae/cat/a_alcoholandpublichealth.pdf>

Sliznice zažívacího traktu je narušená a snadněji jí prostupuje infekce, důsledkem může být atrofická gastritida, v kombinaci s léky pak akutní gastritida s přechodem do chronické fáze.¹³⁰

Mezi nejzávažnější a nejčastější důsledek pijáctví patří poškození jater, vznik alkoholické hepatitidy, jaterní cirhózy a jejich komplikací v podobě portální hypertenze, ascitu, jaterní encefalopatie, cholestázy, jícnových varixů, které se může vyvinout postupně až v jaterní selhání končící smrtí.^{131 132 133 134}

Alkohol ovlivňuje hormonální regulaci, způsobuje zánět slinivky břišní. Akutní fáze nastává po picím excessu. Zánět slinivky břišní časem chronizuje. Alkohol narušuje produkci inzulínu. Také narušuje metabolismus lipidů což vede ke steatóze jater, následně k jaterní fibróze. Snížená hladina vitamínů B vyvolává anémie, poškození periferních nervů. Dochází k malabsorpci vitamínu D v játrech což vede k časnějšímu výskytu osteoporózy.^{135 136 137 138 139}

Abúzus ovlivňuje krvetvorbu a způsobuje makrocytární anémie, trombocytopenie, leukocytopenie, hemoragická diatéza (projektivní mechanismus alkoholu má protisrážlivý účinek), poruchy hemokoagulace.^{140 141 142}

Zasažen je i centrální nervový systém projevující se např. alkoholickou polyneuropatií, atrofií mozku, epileptickými záchvaty, alkoholovou atrofií mozečku,

¹³⁰ srov. Heller, J. Pecinovská, O. *Závislost známá neznámá*, s. 60

¹³¹ srov. Skála, J. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*, s. 65

¹³² srov. Skála, J. „až na dno?! Fakta o alkoholu a jiných návykových látkách, s. 30

¹³³ srov. Heller, J. Pecinovská, O. *Závislost známá neznámá*, s. 59

¹³⁴ srov. Ehrmann, J. jr. Schneiderka, P. Ehrmann, J. *Alkohol a játra*, s. 88

¹³⁵ srov. Skála, J. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*, s. 55

¹³⁶ srov. Heller, J. Pecinovská, O. *Závislost známá neznámá*, s. 60

¹³⁷ srov. Radimský, M. a kol. *Psychiatrie I.* 138 s

¹³⁸ srov. Skála, J. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*, s. 55

¹³⁹ srov. Heller, J. Pecinovská, O. *Závislost známá neznámá*, s. 62

¹⁴⁰ srov. Skála, J. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*, s. 57

¹⁴¹ srov. Popov, P. Alkohol. In Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I. Mezioborový přístup*. s. 152

¹⁴² srov. Heller, J. Pecinovská, O. *Závislost známá neznámá*, s. 61

poruchou vegetativního nervového systému, alkoholickým tremorem či poruchou paměti.^{143 144}

Nadměrná konzumace alkoholu neblaze postihuje i oběhovou soustavu. Vyvolává alkoholickou kardiomyopatii, systémovou arteriální hypertenzi a dříve nastupující sklerózu cév.^{145 146 147}

Je prokázáno, že na rozdíl od mírného a pravidelného popíjení jsou velmi nebezpečné nárazové picí excesy, kdy se výrazně zvyšuje nebezpečí náhlého srdečního úmrtí.¹⁴⁸

U mužů alkoholiků vzniká reverzibilní alkoholická azoospermie, nadměrné a dlouhodobé užívání alkoholu vede k impotenci.^{149 150 151}

Nadměrná konzumace alkoholu se projevuje také na vzhledu (facies alkoholika – typický vzhled alkoholika) je zarudlý, oteklý v obličeji, rozšířené drobné cévky na tváři, časté modřiny, zarudlé spojivky, častější výskyt hnisavých onemocnění např. ragády ústních koutků.^{152 153}

V případech úrazů a otrav u lidí závislých na alkoholu je horší průběh a obtížněji se hojí, v ebrietě je výraznější krvácivost. Alkohol v těle je závažnou kontraindikací pro podání mnohých životně důležitých léků v případě nutných operativních zákroků.¹⁵⁴

U tělesných poškození organismu alkoholem je nutno zmínit také fetální alkoholový syndrom, který je ve vyspělých zemích nejčastějším důvodem vzniku vrozených vad. Vzniká z nadměrného popíjení alkoholu v těhotenství. Alkohol vážně

¹⁴³ srov. Skála, J. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*, s. 59

¹⁴⁴ srov. Skála, J. *Alkohol a jiné psychotropní drogy : Abusus a závislost*, s. 18

¹⁴⁵ srov. Skála, J. *až na dno?! Fakta o alkoholu a jiných návykových látkách*, s. 30

¹⁴⁶ srov. Skála, J. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*, s. 60

¹⁴⁷ srov. Heller, J. Pecinová, O. *Závislost známá neznámá*, s. 61

¹⁴⁸ srov. srov. Room, R Babor, T. Rehm, J.. Alcohol and Public Health. *The Lancet*. listopad 2005. *Alcohol and Public Health*. <http://www.mty.itesm.mx/dae/cat/a_alcoholandpublichealth.pdf>

¹⁴⁹ srov. Skála, J. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*, s. 108

¹⁵⁰ srov. Skála, J. *Alkohol a jiné psychotropní drogy : Abusus a závislost*, s. 18

¹⁵¹ srov. Heller, J. Pecinová, O. *Závislost známá neznámá*, s. 61

¹⁵² srov. Skála, J. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*, s. 66

¹⁵³ srov. Heller, J. Pecinová, O. *Závislost známá neznámá*, s. 62

¹⁵⁴ srov. Skála, J. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*, s. 67

poškozuje plod – jeho růst, úbytek tukové tkáně, vývoj centrálního nervového systému. Narozené děti bývají mentálně poškozené s typickým výraz v obličeji tzv. kašpárkovský obličej.^{155 156 157 158}

Další významnou oblastí, kde abúzus alkoholu zanechává své stopy je psychické zdraví. Dlouhodobá nadměrná konzumace alkoholu vede k propuknutí psychóz. Psychóza vzniká jako reakce organismu na požití návykové látky, také bezprostředně po zkonsumování nebo při odnětí alkoholu u lidí závislých na této látce.¹⁵⁹

Mezi nejčastější a nejzávažnější patří delirium tremens. Objevuje se po náhlém vysazení alkoholu u osob závislých na této látce. Tento stav může postiženého bezprostředně ohrožovat na životě rozvratem vnitřního prostředí. Nejčastěji nastupuje v noci. Je charakteristický neklidem, úzkostí, nespavostí, děsivými sny, halucinacemi sluchovými a zrakovými, silným pocením, nevolností, dezorientací jak místem, tak časem. Běžný kontakt s nemocným nelze navázat. Jedinec je dehydratovaný, má hypotenzi, tachykardii, zvýšenou tělesnou teplotou, třes horních končetin. V úvodu může být spuštěn epileptickým záchvatem. Doba trvání je 2 – 5 dní, pak psychotický stav většinou zcela vymizí. Jen výjimečně může přejít v Korzakovovu psychózu.^{160 161 162}

Mírnější průběh je u alkoholické halucinózy, která je charakteristická nepříjemnými sluchovými halucinacemi. Stav je spojen s pocitem pronásledování. Příznaky se objevují pozvolna, kdy akutní fáze trvá 3 – 10 dní, doznívat může i několik měsíců.^{163 164 165}

¹⁵⁵ srov. Preiss, M. Kučerová, H. a kol. *Neuropsychologie v psychiatrii*, s. 151

¹⁵⁶ srov. Radimský, M. a kol. *Psychiatrie I.* s. 138

¹⁵⁷ srov. srov. Mülpachr, P. *Sociální patologie*. s. 21

¹⁵⁸ srov. Popov, P. Alkohol. In Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I. Mezioborový přístup*. s. 154

¹⁵⁹ srov. Höschl, C. Libiger, J. Švestka, J. *Psychiatrie*, s. 565

¹⁶⁰ srov. Nešpor, K. Csémy, L. *Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi*, s. 52

¹⁶¹ srov. Heller, J. Pecinová, O. *Závislost známá neznámá*, s. 68

¹⁶² srov. Radimský, M. a kol. *Psychiatrie I.* s. 140

¹⁶³ srov. Řehan, V. *Závislost na alkoholu a jiných drogách – psychologický přístup*, s. 40

¹⁶⁴ srov. Heller, J. Pecinová, O. *Závislost známá neznámá*, s. 68

¹⁶⁵ srov. Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*, s. 292

Závažná je také Korzakovova alkoholická psychóza u níž je nejvýraznější narušení krátkodobé paměti a dezorientace. Dlouhodobá paměť je zachována. Postižený si výpadky paměti vyplňuje konfabulacemi, o jejichž pravdivosti je přesvědčen. Provázejí ji bolesti končetin. Porucha má regresivní chronizující průběh, často přechází v demenci. Ve většině případů postihuje ženy.^{166 167}

Psychóza, která se častěji vyskytuje u mužů je paranoidní alkoholická psychóza projevující se silnými naléhavými paranoidními bludy v podobě pronásledování, vztahovačnosti nebo žárlivosti. Postižený může být pod jejich vlivem nebezpečný. Léčba bývá obtížná a bludy často přetrvávají.¹⁶⁸

Mezi nejzávažnější psychické poruchy je nutno zařadit také alkoholickou demenci vznikající při dlouhodobém nadměrném konzumu alkoholu. Často bývá jedinec současně postižen také jinou psychickou chorobou. Objevuje se okolo 50. roku věku, kdy se projevuje úbytkem intelektu, který se časem zvyrazňuje.¹⁶⁹

Tento výčet obsahuje nejčastější poškození vznikající u jednotlivce, který závislosti na alkoholu propadl. Tyto potíže ho vyčleňují z běžného života a mají dopad na celou společnost. Problémy způsobené závislostí na alkoholu se z globálního pohledu výrazně podílejí na zkrácení let života nebo přímo na smrti. Konzumace alkoholu je v příčinné souvislosti u více jak 60 různých onemocnění. V celosvětovém měřítku dopad nemocí způsobených alkoholem se rovná počtu úmrtí a invalidity způsobené tabákem a hypertenzí. Studie provedené WHO a Světovou bankou konstatují, že celosvětově v důsledku nemocí nebo smrtí způsobených užíváním alkoholu způsobí 3,5 % ztracených let produktivního věku.¹⁷⁰

Odhaduje se, že v České republice v roce 2002 s ohledem na spotřebu alkoholu činí tato ztráta více než 10 % ztracených let produktivního věku.¹⁷¹

¹⁶⁶ srov. Heller, J. Pecinovská, O. *Závislost známá neznámá*, s. 69

¹⁶⁷ srov. Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*, s. 292

¹⁶⁸ srov. Heller, J. Pecinovská, O. *Závislost známá neznámá.*, s. 69

¹⁶⁹ srov. Tamtéž, s. 69

¹⁷⁰ srov. srov. Room, R Babor, T. Rehm, J.. Alcohol and Public Health. *The Lancet*. listopad 2005. *Alcohol and Public Health*. <http://www.mty.itesm.mx/dae/cat/a_alcoholandpublichealth.pdf>

¹⁷¹ srov. Vrána. K *Analýza: Vliv alkoholu na úmrtnost v České republice*.
<http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku=&artclID=496>

Nadměrná konzumace alkoholu je třetím nejrizikovějším faktorem podílejícím se na předčasné smrti a invaliditě. Předpokládá se, že za rok v souvislosti s alkoholem zemře 2,5 miliónu lidí. Dle Rehma uvádí Nešpor, že alkohol má 4,5 % podíl na celosvětové úmrtnosti populace.^{172 173}

Úmrtnost v České republice způsobena vlivem alkoholu, podle analýzy uveřejněné na demografickém informačním portálu, má přímou souvislost s množstvím spotřebovaného alkoholu. S růstem spotřeby alkoholu ve společnosti se také zvyšuje stupeň škod v populaci. Dle analýzy jsou patrné i výrazné rozdíly mezi pohlavími. V roce 2002 zemřelo v České republice 7,6 % mužů z důvodu alkoholu ze všech zemřelých, což činí 4 143 počet úmrtí. U žen v témže roce byl podíl úmrtí 4,15 % tedy 2 236 úmrtí. Spotřeba alkoholu na jednoho obyvatele za rok 2002 byla **10,0 l.**¹⁷⁴

Pro ilustraci je v následující tabulce (viz. tab. 1, s. 35) uveden přehled vývoje úmrtí pro obě pohlaví od roku 1980 po rok 2002.^{175 176}

¹⁷² srov. Nešpor, K. Czémy, L. Globální strategie týkající se alkoholu Světové zdravotnické organizace a co z toho vyplývá pro Česko. s. 75 <www.drnespor.eu/prerel07.doc>

¹⁷³ srov. Nešpor, K. Czémy, L. *Zprávy sdělovacím prostředkům od roku 2007*. Alkohol a infekční nemoci: globální problém, který se nás týká. s. 74. <www.drnespor.eu/prerel07.doc>

¹⁷⁴ srov. ČSÚ [http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/t/EA0049D17F/\\$File/30041002.pdf](http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/t/EA0049D17F/$File/30041002.pdf)

¹⁷⁵ srov. Kapr, J. *Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny*. s. 63

¹⁷⁶ srov. Vrána, K. *Analýza: Vliv alkoholu na úmrtnost v České republice*
<http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku=&artclID=496>

Tabulka č.1 Úmrtí v ČR ovlivněná konzumací alkoholu a jejich podíl na všech úmrtích ¹⁷⁷

	Muži			Ženy			Celkem	
	Alkohol	Celkem	Podíl (%)	Alkohol	Celkem	Podíl (%)	Index M/Z	Podíl (%)
1980	4169	68791	6,06	2929	66746	4,39	1,42	5,24
1981	4147	66526	6,23	2883	63881	4,51	1,44	5,39
1982	4120	66419	6,20	2854	64346	4,44	1,44	5,33
1983	4280	67937	6,30	2953	66537	4,44	1,45	5,38
1984	4255	66752	6,37	2931	65436	4,48	1,45	5,44
1985	4181	66589	6,28	3024	65052	4,65	1,38	5,47
1986	4299	66755	6,44	3033	65830	4,61	1,42	5,53
1987	4225	64404	6,56	2966	62840	4,72	1,42	5,65
1988	4290	63688	6,74	2880	62006	4,64	1,49	5,70
1989	4429	64396	6,88	3002	63351	4,74	1,48	5,82
1990	4882	66468	7,34	2940	62698	4,69	1,66	6,06
1991	4640	63342	7,33	2840	60948	4,66	1,63	6,02
1992	4494	61767	7,28	2724	58570	4,65	1,65	6,00
1993	4198	59180	7,09	2641	59005	4,48	1,59	5,79
1994	4190	58609	7,15	2654	58764	4,52	1,58	5,83
1995	4164	58925	7,07	2595	58988	4,40	1,60	5,73
1996	4016	56709	7,08	2394	56073	4,27	1,68	5,68
1997	4104	56692	7,24	2281	56052	4,07	1,80	5,66
1998	4079	55139	7,40	2308	54388	4,24	1,77	5,83
1999	4020	54845	7,33	2267	54923	4,13	1,77	5,73
2000	4123	54882	7,51	2282	54119	4,22	1,81	5,88
2001	4088	53772	7,60	2274	53983	4,21	1,80	5,90
2002	4143	54377	7,62	2236	53866	4,15	1,85	5,89

V roce 2009 byla spotřeba alkoholických nápojů na jednoho obyvatele za rok v ČR v hodnotě čistého lihu **10,4 l**, což je **nárůst o 0,4 l**. (K nárůstu spotřeby čistého lihu na osobu za rok v České republice na 10,4 l došlo v roce 2007). Dle uvedené analýzy je pravděpodobný nárůst úmrtnosti z důvodu vyšší spotřeby alkoholu. V této souvislosti je také možný vyšší výskyt somatických potíží u postižených jedinců. Somatické a psychické poškození vedou k vyšší nemocnosti a invalidizují jedince. Důsledky jsou natolik závažné, že tito lidé pobírají částečné a plné invalidní důchody. V následující tabulce (viz. tab. 2, s. 39) jsou uvedeny počty částečných invalidních důchodů, které jsou ročně vydávány za rok 2007 - 2009. ^{178 179}

¹⁷⁷ VRÁNA, K. *Analýza: Vliv alkoholu na úmrtnost v České republice*

<http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku=&artclID=496>

¹⁷⁸ srov. ČSÚ. *Spotřeba alkoholických nápojů a cigaret (na obyvatele za rok)*

<[http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/t/EA0049D17F/\\$File/30041002.pdf](http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/t/EA0049D17F/$File/30041002.pdf)>

¹⁷⁹ srov. Skála, J. Alkohol a invalidita - možnosti prevence. In KUBIČKA, Luděk; SKÁLA, Jaroslav.

Sborník studií o abúzu alkoholu a jiných návykových látek. s. 129.

Tabulka č. 2 Počet invalidních částečných důchodů u Dg. F 10 ^{180 181 182}

Počet invalidních částečných důchodů u Dg. F 10					
Roky	Muži	Ženy	Celkem	% z celkového počtu všech ČID	Celkový počet všech ČID
2009	94	21	115	4,05	2840
2008	72	37	109	4,24	2574
2007	81	35	116	4,12	2816

Přehled plných invalidních důchodů v období 2007 – 2009 je uveden níže (viz. tab. 3, s. 39).

Tabulka č. 3 Počet plných invalidních důchodů u Dg. F 10 ^{183 184 185}

Počet plných invalidních důchodů u Dg. F 10					
Roky	Muži	Ženy	Celkem	% z celkového počtu všech PID	Celkový počet všech PID
2009	87	17	104	3,67	2837
2008	91	27	118	3,99	2956
2007	111	33	144	4,46	3226

Lidé takto hendikepovaní se nezapojují do pracovního procesu nebo jen omezeně. Jsou vyčleněni z aktivní části populace. Do společnosti nemohou přispívat, ale naopak vyžadují její pomoc v podobě renty a zdravotní péče.¹⁸⁶

¹⁸⁰ ÚZIS. *Psychiatrická péče 2009*. s. 113 <<http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2009>>

¹⁸¹ ÚZIS. *Psychiatrická péče 2008*. s. 96 <<http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2008>>

¹⁸² ÚZIS. *Psychiatrická péče 2007*. s. 92 <<http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2007>>

¹⁸³ ÚZIS. *Psychiatrická péče 2009*. s. 114 <<http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2009>>

¹⁸⁴ ÚZIS. *Psychiatrická péče 2008*. s. 97 <<http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2008>>

¹⁸⁵ ÚZIS. *Psychiatrická péče 2007*. s. 93 <<http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2007>>

¹⁸⁶ srov. Skála, J. Alkohol a invalidita - možnosti prevence. In Kubička, L. Skála, J. *Sborník studií o abúzu alkoholu a jiných návykových látek*. s. 129.

6. Sociální důsledky závislosti na alkoholu

Závažná onemocnění sebou přinášejí somatické a psychické potíže, které mají dopad i na chování člověka, jak k jeho nejbližším tak i k širšímu okolí. Platí to také u závislosti na alkoholu, kde navíc vstupuje fakt, že mezi projevy závislosti patří silné nutkání látku užívat, kdy následně závislý jedinec vše této chuti podřizuje. Často má opilý člověk alkoholem natolik změněno chování, že zanedbává své povinnosti, záliby i potěšení. Alkohol je nedílná součást života závislého, pravidelná konzumace je životní styl, kterému postižený vše podřizuje. Zásadním způsobem to mění jeho vztahy s okolím a jedinec sociálně selhává ve společnosti. Nejbližšími lidmi je pro každého rodina, která své členy vybavuje návyky a učí je se začlenit do společnosti, dává jim pocit bezpečí, lásky a porozumění. Člověk závislý na alkoholu fungování rodiny narušuje jako partner, rodič i příbuzný. Alkohol ovlivňuje jednání, zhoršuje komunikaci, mění pozornost, přístup k řešení problémů a rozhodování, které je pomalejší a často zkreslené.^{187 188}

V roli partnera je problematický piják bezohledný, nespolehlivý, lže a často také bývá agresivní. Soužití je nabouráváno alkoholovými excesy. S nadměrným konzumem alkoholu jsou spojeny poruchy potence a sexuální apotence, žárlivé podezírání a nedůvěřivost. Tyto faktory způsobují mezi partnery ochladnutí a odcizení.¹⁸⁹

Alkoholismus ze strany muže je druhým nejčastějším důvodem pro rozvod. Jedním z důvodů, proč tomu tak je, je i vyšší počet mužů závislých na alkoholu. Ročně přichází na protialkoholní léčbu okolo 7 tisíc mužů a žen jen zhruba 3 tisíce. Muži pijí častěji ve společnosti, abúzus je společensky rozšířenější, kdežto ženy v soukromí a tajně. Žena je však ochotna se svým partnerem závislým na alkoholu zůstat desetkrát častěji než muž s alkoholičkou. Muži jsou zpravidla ochotni abúzus partnerky

¹⁸⁷ srov. WHO, *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decentní revize. Tabele část aktualizovaná druhá verze. Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10–F19)*

¹⁸⁸ srov. Heller, J. Pecinová, O. *Závislost známá neznámá*, s. 77

¹⁸⁹ srov. Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. s. 293

tolerovat, dokud se zvládá chod rodiny a nevyjde tento fakt na veřejnost. Vztah s partnerem závislým na alkoholu nekončí hned rozpadem, rodina se mu snaží pomoci. V případech, kdy nejbližší jako původce potíží shledávají alkohol a ne partnerovo opíjení se, vyžadují po postiženém protialkoholní léčeni, od kterého očekávají, že se člen rodiny vrátí a bude umět pít v mezích.^{190 191 192 193}

Z průzkumu, kterým se autorka zabývala v bakalářské práci, vyplývá, že muži, kteří se vracejí k rodině a mají zázemí, porušují abstinenci ve větší míře po protialkoholním léčení než muži žijící samostatně bez rodiny. Systém rodinného soužití, ze kterého na léčení odešli a do něhož se opět vrací, není abstinentský, proto velmi napomáhá recidivě. Partner očekává od závislého, že se vrátí vyléčený a bude v alkoholu střídavý, což z podstaty onemocnění není možné. Po delších recidivách přicházejí pak k dalším pobytům na protialkoholních odděleních.¹⁹⁴

Jiným způsobem, jak se také rodina vyrovnává s alkoholismem partnera, je přejímání životního stylu závislého. Do svého života začleňují alkohol jako jeho součást a zvýšeně konzumují alkohol společně. Tito lidé na protialkoholní léčbu nepřicházejí, nemají o ni zájem.¹⁹⁵

Dospělý člověk závislý na alkoholu nežije pouze s partnerem, ale často má také děti, je rodič, vychovatel a vzor pro svého potomka. Vlivem alkoholu se tato role oslabuje nebo zcela stírá. Výchovné působení se odvíjí podle momentálního množství zkonsumovaného alkoholu. Objevuje se neadekvátní agresivní chování či naopak úplná netečnost. Děti si v tomto prostředí vytvářejí narušené základní mezilidské vztahy. Dle Matějčka uvádí Vágnerová, že se u dětí z těchto rodin častěji projevují různé formy deprivací.¹⁹⁶

¹⁹⁰ srov. ČSÚ, *Rozvodovost*. <<http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/rozvodovost>>

¹⁹¹ srov. ÚZIS, *Psychiatrická péče 2009*. <<http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2009>>

¹⁹² srov. Heller, J. Pecinová, O. *Závislost známá neznámá*, s. 78

¹⁹³ srov. Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. s. 294

¹⁹⁴ srov. Slezáková, L. *Vliv sociálního prostředí na chování mužů závislých na alkoholu* s. 55

¹⁹⁵ srov. Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. s. 294

¹⁹⁶ srov. Matějčka in Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. s. 294

Narušená výchova a špatný vzor nejsou jedinými dopady postihující děti ze strany závislého rodiče. Další důsledek je pokles finančních prostředků pro rodinu, protože závislý člen vydává peníze převážně na alkoholické nápoje. Děti nemají zajištěnou správnou výživu a hygienu. Snižuje se kulturní a sociální úroveň všech členů. Dítě závislých rodičů se stává často cílem posměchu u vrstevníků.¹⁹⁷

Alkoholismus rodičů výrazně neovlivňuje potomky pouze v dětství, ale také v jejich dospělosti, kdy mezi jejich časté problémy patří nejistota v nalezení tzv. normálního chování, obtížně dokončují stanovené úkoly do úplného konce, používají lež v případech, které nejsou pro ně zásadní a mohou jednoduše mluvit pravdu, sami se sebou nemají slitování a berou se velmi vážně, mají těžkosti v intimních vztazích. Dospělí potomci alkoholiků obtížně zvládají změny a neadekvátně na ně reagují, touží po chvále a ocenění, že vše dobře zvládají, pociťují svou odlišnost mezi ostatními, jsou nadměru loajální a extrémně nezodpovědní nebo extrémně zodpovědní. U potomků osob závislých na alkoholu je vysoké riziko projevu této závislosti také u dalších generací.^{198 199}

Člověk závislý na alkoholu si ho není ochoten odepřít ani v situacích, kdy je to nevhodné nebo přímo zakázané a dopouští se pak trestné činnosti. „Trestná činnost související s alkoholem se soustřeďuje v podstatě do dvou okruhů - *Trestné činy související s nedovolenou výrobou či konzumací alkoholu* (výroba alkoholu bez povolení, jeho podávání mládeži, řidičům apod., např. ustanovení trestního zákona § 194a, 218, zákon č. 379/2005Sb. *Trestné činy, u nichž se výrazně projevuje vliv alkoholu na potlačení morálních a sociálních zábran, případně účinek iniciační* (násilná a mravnostní trestná činnost, majetková trestná činnost, trestná činnost v dopravě). V trestním zákoně je dále obsaženo ustanovení o trestném činu opilství (§201a TZ) postihující případy, kdy se pachatel aplikací alkoholu nebo jiné návykové látky přivedl do stavu nepřičetnosti a v něm se dopustil jednání, které má jinak znaky trestného činu. Obsahuje i ustanovení o trestném činu ohrožení pod vlivem návykové látky (§201 TZ) pro případy, kdy pachatel ve stavu vylučujícím způsobilost, kterou

¹⁹⁷ srov. Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. s. 295

¹⁹⁸ srov. Woititzová, J. G. *Dospělé děti alkoholiků*. s. 21

¹⁹⁹ srov. Kvapilík, J. Svobodová, A. *Člověk a alkohol*. s. 39

si přivodil vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky, vykonává činnost, při které by mohl ohrozit životy nebo zdraví lidí nebo způsobit značnou škodu na majetku (např. řidiči motorových vozidel, piloti a další). Statistická data ukazují přesvědčivě, že alkohol zůstává **významným kriminogenním faktorem**, zejména pokud jde o násilnou kriminalitu. Tak např. na trestném činu vraždy se podílí v posledních letech téměř 30%, podobně je tomu též u trestného činu úmyslného ublížení na zdraví (25%), znásilnění (16%) a výtržnictví kde se blíží až 40%. Na majetkové trestné činnosti se podílí tradičně méně než 10%. Vážný problém však představuje alkohol v dopravě, kde se podílí zejména na dopravních nehodách s fatálními důsledky.“²⁰⁰

Lidem dopouštějících se trestných činů pod vlivem alkoholu ukládá soud v zájmu ochrany společnosti ústavní nebo ambulantní protialkoholní léčení.²⁰¹

Dalším závažným jevem je řízení pod vlivem alkoholu a dopravní nehody. První zmínky o dopravních nehodách, kde hrál svou roli alkohol, jsou už v roce 1904. Odborníci si začali tohoto problému více všímat až po druhé světové válce, kdy se více rozmohla automobilová doprava. Bylo provedeno několik studií, které se zaměřovaly na souvislost alkoholu a dopravních nehod. Výsledkem bylo zjištění, že požitý alkohol zpomaluje reakční dobu člověka (což obsahuje posouzení, vyhodnocení situace a provedení rozhodnutí) a také s ní související reakční dráhu, kterou vozidlo ujede od momentu, kdy v dopravě nastala nebezpečná situace. Šetření, která přesně vyhodnotila pravděpodobnost nehody při konkrétním množství zkonsumovaného alkoholu, pomohla vydání naprostému zákazu řízení motorových vozidel pod vlivem alkoholu v Československé republice v roce 1961.²⁰²

Bylo zjištěno, že řidič má alkoholem změněny schopnosti – zorné pole se zmenšuje až na tzv. vidění v tunelu, má oslabený úsudek, rozhodování a narušený odhad, tedy hloubkové vidění, nevyhodnocuje správně rychlost protijedoucích vozidel a vzdálenost, má zúženou pozornost, zhoršuje se vidění v šeru, je citlivější na silné světlo, které ho lehce oslní, je porušen barvocit především u červeného světla,

²⁰⁰ ŠTABLOVÁ, Renata *Kriminologie. Studijní texty* <<http://www.vsrr.cz/kestazeni/predmety/kriminologie.pdf>> s.48

²⁰¹ srov. Štablová, R. *Kriminologie. Studijní text* <<http://www.vsrr.cz/kestazeni/predmety/kriminologie.pdf>> s. 49

²⁰² srov. Skála, J. *až na dno?! Fakta o alkoholu a jiných návykových látkách*, s. 25

přeceňuje se. Účinky alkoholu v krvi neovlivňují řidiče jen po dobu, kdy je přítomen v krvi, ale také v době, kdy se už z těla odboural.^{203 204}

Zjišťování množství alkoholu z krve započalo ve Švédsku v roce 1914, v současné době se využívá k namátkové kontrole převážně dechová zkouška. První přístroj k tomu určený byl vynalezen již v roce 1954. Přístroje ke kontrole přítomnosti alkoholu v dechu jsou nyní již velmi moderní a běžně využívány Policií ČR při kontrolách řidičů. Stále však tento nešvar přetrvává. V České republice bylo v roce 2010 způsobeno 5015 dopravních nehod pod vlivem alkoholu což je 7, 1 % z celkového počtu dopravních nehod, při kterých zemřelo 102 osob. Mírně povzbudivé zjištění je, že oproti roku 2009 se počet nehod snížil o 710 případů.^{205 206}

Místem, kde alkohol rovněž nepatří, je zaměstnání. Mezi hlavní rizika činnosti vykonávané pod vlivem alkoholu je nebezpečí úrazu. Alkohol snižuje soustředění, narušuje koordinaci, zhoršuje vidění a odhad vzdálenosti, paměť a rozhodovací schopnost, zpomaluje pracovní tempo, přináší také emoční labilitu, která vede k častějším konfliktům v kolektivu vedoucí až k násilným činům. Opilý člověk více chybuje a tím může ohrozit nejen sebe, ale také ostatní na pracovišti. Obdobné potíže v zaměstnání mají také pracovníci přicházející pracovat po těžším picím excessu tedy v kocovině, kdy jsou unavení, dehydratovaní, mohou mít zažívací potíže, bolesti hlavy a celkově zhoršenou pozornost, paměť a myšlení.²⁰⁷

Tyto faktory vedou k vyšší nemocnosti a poklesu produktivity práce. Jedinci, kteří nezvládají své popíjení, mají narůstající absence vedoucí až ke ztrátě zaměstnání.

208

²⁰³ srov. Skála, J. *až na dno?! Fakta o alkoholu a jiných návykových látkách*, s. 26

²⁰⁴ srov. Tamtéž s. 25

²⁰⁵ srov. Tamtéž. s. 23

²⁰⁶ srov. Tesařík, J. Sobotka, J. *Přehled o nehodovosti na pozemních komunikacích v České republice za rok 2010* s. 14 <<http://www.policie.cz/clanek/statisticka-rocenka-dopravnich-nehod-za-rok-2010.aspx>>

²⁰⁷ srov. Nešpor, K. *Škody působené alkoholem v pracovním prostředí a jejich prevence* s. 1

²⁰⁸ srov. Skála, J. *Závislost na alkoholu a jiných drogách* s. 109

II. HODNOCENÍ KONKRÉTNÍCH INFORMACÍ VE VZTAHU K DANÉ PROBLEMATICE

7. Léčba závislosti na alkoholu v ČR

Závislost na alkoholu charakterizoval docent Skála takto: „Závislost na alkoholu je směsí choroby a nedisciplinovanosti. Jde o chorobu, která život deformuje a zkracuje. I v abstinenci nedisciplinovanost přetrvává a dlouhodobý efekt léčby ohrožuje. Je třeba, aby se pacienti učili sebevládě a sebekontroli, na kterou stačí. Na kontrolu pití nestačí.“²⁰⁹ Člověk závislý na alkoholu si nadměrnou konzumací lihovin působí vážné škody na psychickém a tělesném zdraví a ve svém zapojení do společnosti, je proto již mnoho let předmětem snahy mnoha odborníků závislost léčit. Toto nemalé snažení je však náročné, protože se pokouší bojovat s nemocí, která je nevyhléditelná, u níž lze dosáhnout pouze remise, tedy klidového stavu. Základním předpokladem je úplné vyloučení konzumování jakéhokoliv alkoholu, aby postižený mohl plnohodnotně žít.^{210 211}

Před vznikem závislosti měli postižení kladný vztah k alkoholu a popíjení jim přinášelo příjemné pocity, v té době měli konzumaci ještě pod kontrolou. Postupně se svým nezřízeným přístupem k užívání alkoholu propíjeli do závislosti, až ztratili schopnost kontrolovat své pití. Mnoho postižených, kteří přichází na protialkoholní léčení, předpokládá, že po jejím absolvování budou opět umět přiměřeně konzumovat alkohol a jen velmi těžko si připouštějí, že to již nikdy nebude možné.²¹²

K protialkoholní léčbě přicházejí pacienti z různých důvodů. Mezi důvody nástupu na léčení patří např. to, že jedinec není schopen sám zastavit své opíjení se alkoholem, dále je přivádí rozvoj alkoholové psychózy, somatické komplikace způsobené nadměrným přísunem lihovin do organismu nebo pro rozvoj odvykacího stavu. Také tlak okolí bývá jednou z příčin vyhledání odborné pomoci. Zvláště

²⁰⁹ SKÁLA, J. *Závislost na alkoholu a jiných drogách* s. 14

²¹⁰ srov. Řehan, V. *Adiktologie 1.*, s. 109

²¹¹ srov. Heller, J. Pecinová, O. *Závislost známá neznámá*, s. 13

²¹² srov. Řehan, V. *Adiktologie 1.*, s. 113

pak přicházejí na naléhání rodiny, přátel nebo zaměstnavatele. Určitou skupinu přijímaných pacientů tvoří lidé v sociálním debaklu, kteří jsou bez práce, domova a žijí na ulici. Je také část postižených, kteří si připouští skutečnost, že nemají své pití pod kontrolou, což jim výrazně změnilo život, a proto se sami chtějí léčit.^{213 214}

Základním úkolem léčby u všech těchto skupin postižených je jejich navedení na abstinenci, zmírnění zdravotních a psychických poškození, seznámení s nemocí a vysvětlení faktu, že do běžného života se budou moci naplno zapojit pouze jako abstinenti. Léčba závislosti je založena na skupinové psychoterapii v kombinaci s pracovní terapií při dodržování režimových opatření. Větší část pobytu je věnována přípravě a nácvikům zapojení se do společnosti bez alkoholu. Pokud je to možné probíhá léčba ve spolupráci s rodinou postiženého. Zde je velmi důležitý časový faktor, aby se zvládl celý program a obsah léčby. Jak je uvedeno v Adiktologii podle Národního institutu zdraví v USA zabývajícím se zneužíváním drog (NIDA, 2000) pokládají se za nejkratší dobu léčby tři měsíce, při kratších pobytech není léčba účinná. Také protialkoholní ústavní léčba v České republice má standardní tříměsíční délku léčby.^{215 216}

Převedení závislého z dosavadního způsobu života na plnou a doživotní abstinenci představuje pro něj změnu životního stylu. Přechod je obtížný, protože zdrženlivost v popíjení lihovin vyžaduje od závislého po celou dobu zodpovědný přístup a ukázněné chování. Požití i malého množství alkoholu vyvolá v organismu reakci spouštějící další nekontrolovatelnou konzumaci a vznik recidivy. Snahu o abstinenci velmi komplikuje bažení neboli silné dychtění zažívat účinky alkoholu. Silná chuť (tělesné bažení) na alkohol se dostavuje už při odvykacím stavu, kdy požití i malé dávky lihoviny ihned upraví potíže vyvolané chyběním alkoholu v organismu. Silná touha po konzumaci se objevuje ale i v počátcích abstinence (psychické bažení), později není tolik intenzivní, ale vyskytuje se také. Chuť může vyvolat i pouhá myšlenka na konzumaci, také setkání se s prostředím či lidmi s nimiž má závislý

²¹³ srov. Řehan, V. *Adiktologie I.*, s. 113

²¹⁴ srov. Anderson, P. Gual, A. Colom, J. *Alkohol a primární zdravotní péče. Klinická vodítka pro identifikaci a krátké intervence.* s. 112 <<http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/zavislosti/alkohol/AlkolVoditka.pdf>>

²¹⁵ srov. Nešpor, K. Csémy, L. *Léčba a prevence závislosti. Příručka pro praxi*, s. 119

²¹⁶ srov. Kalina, K a kol. *Základy klinické adiktologie*, s.302

konzumaci alkoholu spojenou např. příchodem do restaurace, kde pravidelně chodil popíjet.^{217 218}

System léčby závislosti na alkoholu má na počátku léčebného programu hlavní úkol - zamezit pacientovi přísunu návykové látky a zajistit detoxikace organismu, což obnáší odbourání alkoholu z organismu a zvládnutí odvykacích projevů pomocí farmakoterapie. Tento stav může být komplikován alkoholickou psychózou. Lékaři se snaží o navrácení a znovu obnovení poškozeného tělesného zdraví a podporu duševních funkcí s vytvořením náhledu na onemocnění. Zdravotnický tým usiluje o to, aby pacient spolupracoval a aktivně se zapojil do léčebného procesu. Součástí léčby je nemocného postupně připravit na nový způsob života zejména prostřednictvím skupinové psychoterapie mu pomoci přijmout nový životní styl – abstinenci.^{219 220}

Tento proces je dlouhodobý, vyžaduje víceúrovňovou spolupráci. Cílem léčebného úsilí je odvrátit závislého jedince od další konzumace alkoholu a jeho navrácení do společnosti, kde znovu může plnit své role a zapojí se do běžného života. Veškerá snaha odborníků je zaměřena na to, aby se co nejvíce závislých jedinců naučilo žít bez alkoholu a trvale abstinovali. Ze zdravotního hlediska je za úspěch považováno dosažení abstinence u závislého jedince. Počet úspěšně abstinujících pacientů ukazuje, nakolik se léčebné snažení odborníků daří. Po ukončení léčby se všem pacientům doporučuje, aby dále spolupracovali s odborníky na ambulantní úrovni. Teprve po ukončení ústavní léčby přichází to nejtěžší, aby závislý pacient zúročil nabyté poznatky z léčení a začal žít bez alkoholu. Je proto nanejvýš důležité, aby měl závislý odbornou pomoc nadosah.^{221 222}

U tohoto onemocnění je velmi častá recidiva, kdy postižený nezvládá změnu životního stylu – přechod na abstinenci, kterou navíc podporuje silné bažení. Pak se pacient vrací zpět k nadměrnému, pro něj poškozujícímu opíjení se. V takových to

²¹⁷ srov. Nešpor, K. Csémy, L. *Bažení (craving) Společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládnání*. s. 7
<<http://www.drnespor.eu/knizkycz.html>>

²¹⁸ srov. Nešpor, K. *Jak překonat problémy s alkoholem*, s. 82

²¹⁹ srov. Nešpor, K. Csémy, L. *Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi*, s. 39

²²⁰ srov. Heller, J. Pecinovská, O. *Závislost známá neznámá*, s. 85

²²¹ srov. Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. s. 296

²²² srov. Popov, P. Alkohol. In Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. s. 153

případech opět pacienti přicházejí do zdravotnických zařízení k ústavní léčbě. Počet takovýchto návratů na protialkoholní léčbu není nijak omezen.²²³

V ČR je více forem protialkoholního léčení. Závislí jedinci mají možnost vyhledat ambulantní léčbu v odborných psychiatrických ambulancích, zde docházejí i při zaměstnání. Poskytuje se zde odborná pomoc při prvním kontaktu závislého s odborníkem a snaha o zastavení popíjení ambulantní formou, kdy se pro zvládnutí abstinence podávají tablety Antabusu, pokud je postižený zdravotně způsobilý k jeho užívání. Antabus neboli Disulfiram je látka náhodně objevena v Dánsku v třicátých letech dvacátého století, která v organismu po požití alkoholu způsobuje akutní pro pacienta nepříjemnou reakci podobnou otravě. Typickými projevy je zčervenání, dušnost, pocit staženého hrdla, dech je cítit po jablkách, bolesti hlavy, bušení srdce, kolísání krevního tlaku. Při vyšším množství požitého alkoholu a intenzivnější reakci se dostavuje zvracení, následně křeče a krvácení do mozku.^{224 225}

Některé ambulance provádějí také skupinovou psychoterapii a spolupracují se svépomocnými skupinami např. Anonymními alkoholiky. Důležitým úkolem odborných AT ambulancí, je pomáhat již léčeným závislým pacientům v udržení abstinence a posilování jejich motivace. Dle statistických údajů bylo v roce 2009 registrováno 825 ambulantních oddělení a pracovišť psychiatrie (nárůst je 23 nových zařízení za rok), z toho vykazuje pacienty s problematikou AT (značí závislosti na alkoholu a toxikománie, dále jen AT) 355 ambulantních oddělení a pracovišť. AT ambulantní pracoviště navštívilo za rok 2009 pro poruchy vyvolané alkoholem 27 367 pacientů. Z celkového počtu všech přicházejících pacientů do odborných ambulancí s alkoholovým problémem, byla u více než 85 % stanovena diagnóza F 10.2 – závislost na alkoholu. Pro názornost je v grafu (viz. graf 1, s. 47) přehled pacientů, kteří pro problémy s alkoholem vyhledali ambulantní psychiatrickou pomoc.^{226 227 228}

²²³ srov. Nešpor, K. Csémy, L. *Bažení (craving). Společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládnání.* s. 40
<<http://www.dmespor.eu/knizkycz.html>>

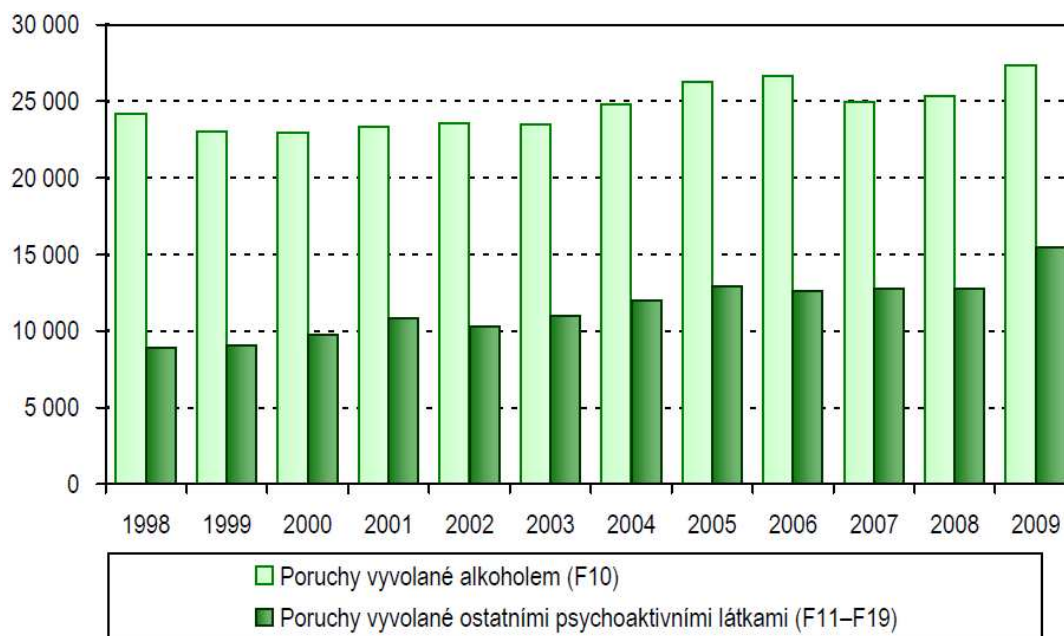
²²⁴ srov. Řehan, V. *Adiktologie I.*, s. 117

²²⁵ srov. Nešpor, K. Csémy, L. *Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi*, s. 122

²²⁶ srov. ÚZIS. *Zdravotnická ročenka 2009* s. 86 <<http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2009>>

²²⁷ srov. ÚZIS. *Psychiatrická péče 2009* s. 13 <http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2009>

Graf č. 1 Vývoj počtu léčených pacientů v ambulantních psychiatrických zařízeních pro poruchy vyvolané alkoholem a ostatními psychoaktivními látkami ²²⁹



Odborné ambulance spolupracují s lůžkovými zařízeními a zprostředkovávají ústavní léčbu v případech, kdy závislý není schopen zastavit své pití touto formou léčby. ²³⁰

Lůžkovou protialkoholní léčbu poskytují psychiatrická oddělení zdravotnických zařízení nebo psychiatrické léčebny. V ČR máme k dispozici 31 psychiatrických oddělení nemocnic, jejichž kapacita je 1 383 lůžek a 17 psychiatrických léčeben se specializovanými AT odděleními, které mají 1 370 lůžek. ²³¹

V psychiatrických léčebnách a na psychiatrických odděleních bylo v roce 2009 celkem 10 026 hospitalizací pro základní diagnózu poruchy chování způsobené zneužíváním alkoholu Dg. F10. Léčení s diagnózou F 10 zaujímají 20,3 % z celkového počtu všech hospitalizovaných v psychiatrických léčebnách. Na psychiatrických odděleních nemocnic je to 13,6 % ze všech psychiatrických diagnóz. ²³²

²²⁸ srov. ÚZIS. *Psychiatrická péče 2009* s. 35 <<http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2009>>

²²⁹ ÚZIS. *Psychiatrická péče 2009* s. 35 <<http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2009>>

²³⁰ srov. Řehan, V. *Adiktologie 1.*, s. 113

²³¹ srov. ÚZIS. *Psychiatrická péče 2009* s. 40 <<http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2009>>

²³² srov. ÚZIS. *Psychiatrická péče 2009* s. 37 <<http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2009>>

Úkolem léčby v lůžkových zařízeních je zvládnout odvykací stav, což probíhá na odděleních se zvýšenou péčí, kdy jsou nemocní pod neustálou kontrolou. Následuje navedení postiženého na abstinenci. Pokračující léčba je kombinací psychoterapie a režimových opatření. Psychoterapie hraje v léčbě velmi důležitou roli. Základem je kognitivně – behaviorální terapie skládající se z režimových pravidel a postihů za nežádoucí chování. Nemocní jsou vybaveni informacemi a přípravou na život bez alkoholu. Některá zdravotnická zařízení nabízejí také možnosti delší resocializace v chráněném prostředí s kontrolovanou abstinencí například na detašovaném pracovišti Psychiatrické léčebny Opavy na oddělení Horní Holčovice. Po absolvování kompletní léčby se klientům doporučuje spolupráce s ambulantním psychiatrem v místě bydliště, aby se předešlo možným recidívám a závislý měl v případě potřeby na blízku odbornou pomoc specialistů. Psychiatrická lůžková zařízení nabízí klientům, kteří absolvovali léčbu, rekondiční pobyty k posílení motivace a pravidelné návštěvy klubů abstinujících alkoholiků pořádané při psychiatrických odděleních. Psychiatrická léčebna v Opavě má v pořádání takovýchto klubů již mnohaletou tradici. Kluby pořádá jedenkrát měsíčně již šestnáctým rokem.^{233 234 235 236}

Existuje také stacionární léčba, která není v ČR tolik rozšířena. Ta je založená na pravidelném denním docházení do uzavřené skupiny, kde probíhá skupinová psychoterapie s režimovými prvky pod vedením psychologa či psychoterapeuta. Jedinec je stále v kontaktu se svou rodinou, ze stacionáře se vrací do domácího prostředí. Stacionáře se zřizují při ambulancích, ale také při psychiatrických léčebnách. Důležitou roli hrají také svépomocné skupiny, kde si pomáhají závislí na alkoholu vzájemně zvládat obtíže běžného života a podporují se v motivaci. Mezi nejznámější spolek patří Anonymní alkoholici (viz. kap. 3, s. 22).²³⁷

²³³ srov. Řehan, V. *Adiktologie I.*, s. 114

²³⁴ srov. Popov, P. Alkohol. In Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I. Mezioborový přístup.* s. 155

²³⁵ srov. Vaněk, I. *Úvod. Z historie a o režimu.* <<http://www.horhol.estranky.cz/clanky/z-historie-a-o-rezimu.html>>

²³⁶ srov. Psychiatrická léčebna Opava. *Primariát D.* <http://www.plopava.cz/Primariat_D.html>

²³⁷ srov. Heller, J. Pecinovská, O. *Závislost známá neznámá*, s. 98

V České republice je protialkoholní léčba dobrovolná, pouze v případě, kdy dotyčný spáchal trestnou činnost pod vlivem alkoholu nebo v přímé souvislosti s ní, může mu soud nařídít ochrannou ústavní protialkoholní léčbu.²³⁸

Poskytovaná zdravotní péče je hrazena dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění ve znění pozdějších předpisů. V případě ústavní léčby se hradí regulační poplatky 60Kč/den.²³⁹

Odborníci zabývající se problematikou léčby závislosti na alkoholu se snaží poskytovat léčbu co nejúčinněji. Hledají způsoby pomoci, které by co nejvíce pomáhaly závislým lidem vrátit se zpět k běžnému životu.

²³⁸ srov. Štablová, R. *Kriminologie. Studijní text* <<http://www.vsrr.cz/kestazeni/predmety/kriminologie.pdf>>

²³⁹ MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, <http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/regulacni-poplatky-metodicky-pokyn_1821_1197_3.html>

8. Význam léčby závislosti na alkoholu

Alkohol je legální návykovou látkou, která je třetím nejrizikovějším faktorem podílejícím se na poškození zdraví a předčasné smrti. Je považován za příčinu asi šedesáti druhů nemocí jak tělesných, tak duševních. Mezi oběti nadměrné konzumace alkoholu nepatří jen přímý konzument, ale také jeho blízcí a okolí, na které dopadají emoční následky alkoholismu, domácí násilí, narušená výchova a trestná činnost, jak již bylo uvedeno v předchozích kapitolách. Pro člověka je problematická nejen závislost na alkoholu, ale i škodlivé užívání alkoholu, ze kterého se může postupně vyvinout závislost. Za škodlivé užívání alkoholu se považuje několikaletá konzumace lihovin, která způsobí somatické poškození zdraví. Hrozbu představuje také rizikové pití alkoholu 20 – 40 g alkoholu denně u žen a 40 – 60 g alkoholu denně u mužů. Předpokládá se, že se jedná o průměrnou pravidelnou denní dávku alkoholu, která může přerůst ve škodlivou konzumaci, kterou WHO definuje, jako pití alkoholu poškozující zdraví tělesné či duševní. U žen to činí dávka nad 40 g denně a u mužů nad 60 g alkoholu denně. MUDr. Sovinová a PhDr. Csémy prováděli v roce 2010 výzkum u běžné dospělé populace v České republice, kde zjistili, že u mužů se škodlivé a rizikové pití alkoholu vyskytovalo v 29,2 % a dalších 3,8 % mužů má s konzumací alkoholu vážný problém, který vyžaduje odbornou pomoc. U žen se riziková a škodlivá konzumace projevila u 9,3 % a 0,3 % žen má s alkoholem vážný problém.

240 241 242

Pokud chceme zjistit následky způsobené alkoholem, je třeba zahrnout vedle dopadů závislosti na alkoholu také škodlivé užívání alkoholu. Nadměrná konzumace alkoholu postihuje společnost výraznými náklady, které musí vynaložit na řešení těchto dopadů. V USA byl v roce 1998 proveden odhad škod způsobených škodlivým

²⁴⁰ srov. Popov, P. Alkohol. In Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. s. 152

²⁴¹ srov. Anderson, P. Gual, A. Colom, J. *Alkohol a primární zdravotní péče. Klinická vodítka pro identifikaci a krátké intervence*. s. 4. <<http://www.szu.cz/uploads/documents/czpp/zavislosti/alkohol/AlkoVoditka.pdf>>

²⁴² srov. Nešpor, K. Csémy, L. in Nešpor, K. *Zprávy sdělovacím prostředkům od roku 2007. Nová data týkající se problémů s alkoholem v české populaci jsou varovná*. s. 73 <www.drnespor.eu/prerel07.doc>

užíváním a závislostí na alkoholu. V následující tabulce (viz. Tab. 4, s. 51) je vyčíslený přehled těchto následků, uváděné hodnoty jsou v miliónech dolarů.²⁴³

Tabulka č. 4 Struktura škod působených alkoholem v USA, odhad pro rok 1998²⁴⁴

	Škody působené alkoholem v miliónech \$
Léčení závislosti na alkoholu a prevence	7 466
Léčení zdravotních následků pití alkoholu	18 872
Nižší produktivita práce kvůli vyšší nemocnosti	87 622
Ušlý výdělek kvůli předčasné smrti	36 499
Nižší produktivita v důsledku alkoholové kriminality	10 085
Dopravní nehody	15 744
Alkoholová kriminalita	6 328
Alkoholem způsobené požáry	1 537
Sociální náklady	484
Celkem	184 636

Ve studii nejsou zahrnuty všechny prokazatelné ekonomické škody, které alkohol prostřednictvím lidí způsobuje, protože je obtížné jejich přesný výčet vytvořit. Podle těchto výsledků dosahují náklady vysokých částek. Tento odhad byl proveden před více než deseti lety. Je pravděpodobné, že v současné době jsou náklady mnohem vyšší.²⁴⁵

V tabulce jsou zvýrazněny červenou barvou náklady, které jsou spojeny pouze s léčbou a prevencí. Náklady spojené s léčbou přímých zdravotních důsledků a dalších zdravotních následků, včetně prevence jsou v poměru s náklady, které alkoholici společnosti svým konáním způsobují minimální. V případě, že by závislost

²⁴³ srov. Nešpor, K., Csémy, L. Tím nejdražším na alkoholu není zdaleka léčení závislosti, *Zprávy sdělovacím prostředkům od roku 2007*, s.10. <www.drnespor.eu/prerel07.doc>

²⁴⁴ srov. Tamtéž. s. 10

²⁴⁵ srov. Nešpor, K., Csémy, L. Tím nejdražším na alkoholu není zdaleka léčení závislosti, *Zprávy sdělovacím prostředkům od roku 2007*, s.10. <www.drnespor.eu/prerel07.doc>

na alkoholu nebyla považována za nemoc a neprováděla se žádná léčebná opatření, škody, které by alkohol ve společnosti napáchal by byly mnohem vyšší.²⁴⁶

Přirozeně nejsnazší cestou jak snížit tyto škody, je zabránit tomu, aby škodlivé užívání alkoholu a následná závislost vůbec vznikly. Toto úsilí je předmětem práce odborníků primární prevence.^{247 248 249 250 251}

Zde patří edukace mládeže a rizikových skupin. Poskytování včasných informací a rad. Významnou úlohu v preventivním působení na novou vznikající generaci má hlavně rodina. Rodiče jsou nejen vychovatele, ale především vzorem pro své potomky. Jak uvádí docent Řehan: „Bohužel proti tomu pracuje reálné slábnutí funkce rodiny.“^{252 253}

V USA jsou zahrnuty mezi účinné metody primární prevence - screening a krátké intervence. Pracovníci primární prevence zhodnotí u konkrétního jedince podle spotřeby alkoholu stav jeho konzumace, a při zjištění rizikového či škodlivého popíjení uskuteční krátké intervence. Ty spočívají v podání informací o rizicích nadměrné konzumace alkoholu a o nebezpečích hrozících při pokračování popíjení lihovin v této intenzitě. Podávají radu, jak řešit tuto situaci, poskytují svépomocné materiály, nabízejí telefonickou pomoc, vysvětlují, jaká množství alkoholu jsou ještě přijatelná. Snaží se pracovat i s rodinou rizikového konzumenta alkoholu. Pacienta povzbuzují

²⁴⁶ srov. Nešpor, K., Csémy, L. Tím nejdražším na alkoholu není zdaleka léčení závislosti, *Zprávy sdělovacím prostředkům od roku 2007*, s.10. <www.drnespor.eu/prerel07.doc>

²⁴⁷ srov. Anderson, P. Gual, A. Colom, J. *Alkohol a primární zdravotní péče. Klinická vodítka pro identifikaci a krátké intervence*. s. 3. <<http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/zavislosti/alkohol/AlkolVoditka.pdf>>

²⁴⁸ srov. Rehm, J. Mathers, C. Popova, S. Thavorncharoensap, M. Teerawattananon, Y. Patra, J. *Alcohol and Global Health..Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders*. <http://www.camh.net/News_events/News_releases_and_media_advisories_and_backgrounders/rehm_lancet_jun09.pdf>

²⁴⁹ srov. European Association for Injury Prevention and Safety Promotion in Nešpor, K. *Zprávy sdělovacím prostředkům od roku 2007*. Prevence úrazů a prevence škod působených alkoholem se překrývají. s. 72

²⁵⁰ srov. Room, R Babor, T. Rehm, J.. *Alcohol and Public Health. The Lancet*. listopad 2005. *Alcohol and Public Health*. <http://www.mty.itesm.mx/dae/cat/a_alcoholandpublichealth.pdf>

²⁵¹ srov. Nešpor, K. Csémy, L. *Léčba a prevence závislosti. Příručka pro praxi*, s. 11

²⁵² ŘEHAN, V. *Adiktologie I.*, s. 21

²⁵³ srov. Mülpachr,P. *Sociální patologie*. s. 43

a podporují v rozhodnutí omezit či zcela opustit pití alkoholu. Zpravidla se jedná o jedno až pět sezení.^{254 255 256 257 258 259}

Ekonomická výhodnost těchto krátkých intervencí ještě není plně vědecky podložena a stále se ještě zkoumá. Proto v současné době není součástí doporučení pro zdravotní politiky v zemích Evropské unie. Podle současných odhadů by zavedení a soustavné provádění krátkých intervencí praktickým lékařům zabralo zhruba 10 minut navíc jejich času s pacientem a výrazně by to snížilo vážná poškození zdraví a předčasné smrti u rizikovým a škodlivým konzumentů alkoholu.^{260 261 262}

Pokud škodlivé či rizikové popíjení alkoholu přeroste v závislost na alkoholu, nastupují účinné terapeutické intervence tedy léčba, což je náplní sekundární prevence. Vlastnímu léčebnému procesu byla věnována předchozí kapitola. Po ukončení ústavní léčby pokračuje péče zaměřená na doléčování pacienta s hlavním důrazem na obranu před recidivou. To je náplní terciární prevence, kterou se zabývají odborníci následně

²⁵⁴ srov. Anderson, P. Gual, A. Colom, J. *Alkohol a primární zdravotní péče. Klinická vodítka pro identifikaci a krátké intervence.* s. 6 <<http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/zavislosti/alkohol/AlkoVoditka.pdf>>

²⁵⁵ srov. Room, R Babor, T. Rehm, J.. Alcohol and Public Health. *The Lancet*. listopad 2005. *Alcohol and Public Health*. <http://www.mty.itesm.mx/dae/cat/a_alcoholandpublichealth.pdf>

²⁵⁶ srov. Lapham, G. T. Achtmeyer, C. E. Williams, E. C. Hawkins, E. J. Kivlahan, D. R.

Bradley, K. A. Increased Documented Brief Alcohol Interventions With a Performance Measure and Electronic Decision Support. *Medical Care*. <http://journals.lww.com/lww-medicalcare/Abstract/publishahead/Increased_Documented_Brief_Alcohol_Interventions.99690.aspx>

²⁵⁷ srov. Cowell, A. J. Bray, J.W. Mills, M. J. Hinde. J. M. Conducting economic evaluations of screening and briefintervention for hazardous drinking: Methods and evidence to date for informing policy. *Drug and Alcohol Review*. Dostupné v Wiley online Library

²⁵⁸ srov. Nešpor, K. *Syndromy závislosti a patologické hráčství. Doporučené postupy léčby, zpracováno pro Psychiatrickou společnost ČLS JEP.* s. 7 <<http://www.drnespor.eu/addictcz.html>>.

²⁵⁹ srov. Nešpor, K. *Moderní léčba návykových nemocí,* s. 2 <<http://www.drnespor.eu/addictcz.html>>.

²⁶⁰ srov. Lapham, G. T. Achtmeyer, C. E. Williams, E. C. Hawkins, E. J. Kivlahan, D. R.

Bradley, K. A. Increased Documented Brief Alcohol Interventions With a Performance Measure and Electronic Decision Support. *Medical Care*. <http://journals.lww.com/lww-medicalcare/Abstract/publishahead/Increased_Documented_Brief_Alcohol_Interventions.99690.aspx>

²⁶¹ srov. Cowell, A. J. Bray, J.W. Mills, M. J. Hinde. J. M. Conducting economic evaluations of screening and briefintervention for hazardous drinking: Methods and evidence to date for informing policy. *Drug and Alcohol Review*. Dostupné v Wiley online Library

²⁶² srov. Anderson, P. Gual, A. Colom, J. *Alkohol a primární zdravotní péče. Klinická vodítka pro identifikaci a krátké intervence.* s. 7 <<http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/zavislosti/alkohol/AlkoVoditka.pdf>>

péče v ambulancích, terapeutických komunitách, doléčovacích centrech a svépomocných organizacích.^{263 264}

Údaje zjištěné z americké studie vyburcovaly k činům velké nadnárodní organizace. Do snižování závažných škod způsobených alkoholem se zapojila organizace The World Bank. Tato mezinárodní organizace ve vlastnictví 187 členských zemí, založená v roce 1944 ve Washingtonu, s více než 10 000 zaměstnanci po celém světě, poskytuje finanční a technickou pomoc rozvojovým zemím na celém světě. The World Bank vytvořila doporučení, jak neúčinněji snížit tyto dopady: „Nejúčinnějším způsobem, jak omezit problémy působené alkoholem, je implementace komplexního souboru opatření ke snížení spotřeby alkoholu. To zahrnuje zvýšení cen (tj. vyšší zdanění), omezování dostupnosti (např. věková omezení, omezení týkající se místa a času prodeje alkoholu), silnou legislativu týkající se řízení pod vlivem alkoholu a snadnou dostupnost léčby.“^{265 266}

V květnu v roce 2010 se zhodli zástupci 193 států na šedesátém třetím zasedání WHO na globální strategii v boji proti škodlivému užívání alkoholu. „Za klíčové aktivity v oblasti alkoholu WHO považuje například přístup zdravotnického systému, politiky ovlivňující alkohol za volantem, omezení dostupnosti alkoholu a jeho marketingu nebo cenové politiky ve vztahu k alkoholu, za současného využití veřejných zdrojů, pro které by tato oblast měla být prioritou. Členské státy by se měly zasloužit o implementaci této strategie, jejíž výsledky budou vyhodnoceny na zasedání WHO v roce 2013.“²⁶⁷ Tyto doporučení se snaží členské státy zakomponovat do zdravotní politiky svého státu.²⁶⁸

²⁶³ srov. Řehan, V. *Adiktologie 1*. s. 101

²⁶⁴ srov. Heller, J. Pecinová, O. *Závislost známá neznámá*, s. 98

²⁶⁵ srov. The World Bank, *About Us*.

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/0,,pagePK:50004410~piPK:36602~theSitePK:29708,00.html>

²⁶⁶ WORLD BANK in Nešpor, K., Csémy, L. Tím nejdražším na alkoholu není zdaleka léčení závislosti. *Zprávy sdělovacím prostředkům od roku 2007*, s. 10 <www.drnespor.eu/prerel07.doc>

²⁶⁷ BĚLÁČKOVÁ, V. *Globální strategie pro snížení škodlivého užívání alkoholu*.

< <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/172/2744/Globalni-strategie-pro-snizeni-skodliveho-uzivani-alkoholu>>

²⁶⁸ srov. World Health Organization. *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*

Boj s vysokou spotřebou alkoholu a z ní vyplývajících škod je velmi náročný, protože „společnost je k alkoholismu příliš tolerantní.“²⁶⁹ Alkohol člověka provází od mladší doby kamené a rychle se stal součástí běžného života. Proto je pro mnoho lidí jen těžko představitelné, že by tomu mělo být jinak.²⁷⁰

http://www.who.int/substance_abuse/msbalcstrategy.pdf

²⁶⁹ BÁRTLOVÁ, S. *Sociální patologie*. s. 22

²⁷⁰ srov. Sournia, J-CH. *Dějiny pijáctví*, s. 304

9. Hodnocení léčby závislosti na alkoholu

V případě závislosti na alkoholu se jedná o nevratnou poruchu projevující se neschopností korigovat konzumaci alkoholu u postiženého člověka. Každé popíjení alkoholu u závislého končí těžkou opilostí, po které nastupují zdravotní obtíže, psychická disharmonie a opovržení okolí. Sám své opíjení neumí zastavit. Závislost na alkoholu je nemocí, která je nevléčitelná. Jediná možná cesta k návratu k běžnému způsobu života je abstinence. Ta je u závislého člověka založena na motivaci žít bez alkoholu, osobní zodpovědnosti, a velké sebekázně, kterou však jedinec může kdykoliv porušit. Odborníci zabývající se problematikou závislosti na alkoholu stále hledají co neúčinnější způsob léčby závislosti.^{271 272}

Cílem práce je zjistit možnosti hodnocení efektivity léčby závislosti na alkoholu v ČR. Výsledky těchto zjištění by ukázaly způsob, jak hodnotit poskytovanou léčbu v České republice. Pak by bylo možné posoudit, jak je účinný protialkoholní program, což by osvětlilo oblasti, kterým by bylo potřeba se více věnovat, aby boj s tímto závažným patologickým jevem byl ze zdravotnického hlediska efektivnější.²⁷³

Pokud chceme posuzovat účinnost léčebného snažení je třeba určit jakého výsledného stavu chce léčba dosáhnout. Výsledným efektem u léčby závislosti na alkoholu, kterého odborníci chtějí dosáhnout je dosažení klidového stavu s vymizením projevů nemoci neboli remise. U tohoto onemocnění nelze zajistit úplné uzdravení pacienta ve smyslu vymizení závislostního chování – tedy návrat pacienta ke kontrolované konzumaci lihovin, protože z podstaty tohoto chronického recidivujícího onemocnění to není možné. Za úspěch se považuje každá abstinence.²⁷⁴

275

Pro hodnocení efektivity a kvality léčebného procesu doporučuje profesor Gladkij stanovit ukazatele úspěšné léčby, které nám budou podávat informace

²⁷¹ srov. Řehen, V. *Adiktologie 1*. s.101

²⁷² srov. Popov, P. Alkohol. In Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. s. 153

²⁷³ srov. Mülpachr, P. *Sociální patologie*. s. 43

²⁷⁴ srov. Vokurka, M. *Praktický slovník medicíny*, s. 323

²⁷⁵ srov. Popov, P. Alkohol. In Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. s. 153

o výsledném snažení. Na základě těchto indikátorů bude proveden sběr dat a jejich vyhodnocení. Ukazatelé budou vytvořeny po analýze celého léčebného procesu. Jejich sledování a vyhodnocování se bude provádět zároveň, aby zjištěné údaje podaly ucelenou zprávu o výsledném stavu celého léčebného procesu, samostatně by vypovídaly jen o izolovaných jevech a ztrácely by význam, byla by to jen pouhá data.

276

Zdrojem pro sledování statistických údajů v oblasti zdravotnictví v ČR je Ústav zdravotnických informací a statistik ČR.²⁷⁷

9.1 Ústav zdravotnických informací a statistik ČR

Hlavním úřadem v České republice, který se zabývá zdravotnickou statistikou, je Ústav zdravotnických informací a statistik ČR (dále jen ÚZIS). Byl založen 1. 11. 1960 v Praze Ministerstvem zdravotnictví ČR, které je jeho zřizovatelem. ÚZIS je organizační složkou státu. Je členěn na čtyři útvary - Útvar ředitele; Odbor kancelář ředitele; Odbor sběru, kontroly a zpracování dat (dělí se na čtyři regionálních pracovišť v Praze, v Hradci Králové, v Brně a v Ostravě) a Odbor analýz, publikací a externí spolupráce.²⁷⁸

V průběhu let se jeho poslání a funkce upravovaly do dnešní podoby. Mezi jeho hlavní činnosti patří: „řízení a koordinace plnění úkolů Národního zdravotnického informačního systému (dále jen NZIS) včetně činností souvisejících s rozvojem a zdokonalováním NZIS, určeného ke sběru a zpracování zdravotnických informací, k vedení národních zdravotních registrů, k poskytování informací v rozsahu určeném právními předpisy při respektování podmínek ochrany osobních dat občanů (zákon 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů) a k využití informací v rámci zdravotnického výzkumu. Úloha ÚZIS ČR a NZIS je definována zákonem č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů - § 67c.

²⁷⁶ srov. Gladkij, I. a kol. *Managemet ve zdravotnictví*. s. 86

²⁷⁷ ÚZIS. *Organizační struktura*. <http://www.uzis.cz/nas/organizačni-struktura>

²⁷⁸ ÚZIS. *Organizační struktura*. <http://www.uzis.cz/nas/organizačni-struktura>

Ústav je součástí státní statistické služby (na základě kompetenčního zákona) a tuto činnost vykonává podle zákona č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě, ve znění pozdějších předpisů. Spolupracuje s orgány státní statistické služby, především s Českým statistickým úřadem, zajišťuje vazby mezi NZIS a jednotlivými zdravotnickými zařízeními a spolupracuje s provozovateli informačních systémů jiných organizací v resortu i mimo něj. Ústav spolupracuje s asociacemi nemocnic, sdruženími lékařů, odbornými lékařskými společnostmi, zdravotními pojišťovnami a dalšími organizacemi zejména na zpřesňování obsahu NZIS a využití sbíraných dat. V oblasti zdravotnické statistiky na mezinárodní úrovni spolupracuje Ústav zejména s organizacemi WHO, OECD, OSN, EUROSTAT a dalšími. Ústav je předkladatelem oficiálních informací z NZIS za Českou republiku.“²⁷⁹

Součástí NZIS je naplňování stanoveného programu statistického zjišťování Ministerstva zdravotnictví pro konkrétní rok, zpracovávání údajů poskytovaných z Národních zdravotních registrů zabývajících se výskytem společensky závažných vybraných onemocnění a stavů, a dalších informačních systémů. Vše je zakotveno v platné legislativě.²⁸⁰

²⁷⁹ ÚZIS. *O nás*. <http://www.uzis.cz/nas>

²⁸⁰ ÚZIS. *Legislativa NZIS*. <http://www.uzis.cz/registry-nzis/legislativa-nzis>

9.2 Vymezení indikátorů efektivity závislosti na alkoholu v ČR

Léčbu závislosti poskytují specialisté v ambulantních a lůžkových zařízeních. Pacienti přicházející do ambulancí se snaží zastavit své opíjení a eliminovat konzumaci alkoholu s pomocí terapeutických intervencí jako např. farmakoterapie, Antabusu a další. (viz. kap. 7, s. 53). V případě rizikového a škodlivého užívání alkoholu je tato snaha účinná. V situacích, kdy se již vytvořila u jedince závislost, doporučuje ambulantní psychiatr ústavní léčbu, která poskytuje komplexní intenzivní péči. Prvky léčebného programu zahrnují detoxifikaci, léčbu odvykacích stavů, intoxikací i somatických a psychiatrických komplikací závislosti. Dalším krokem je navození kontrolované abstinence a volba vhodného léčebného programu dle možností pacienta.²⁸¹

U jedinců, u nichž došlo v důsledku nadměrného konzumu alkoholu k degradaci osobnosti nebo mají nižší intelekt a nejsou schopni se zapojit do psychoterapie, se volí program s prvky pracovní terapie, resocializace, edukace závislosti na alkoholu doplněná o rady a doporučení, jak po propuštění abstinovat. Součástí je motivace k abstinenci. Vše záleží na možnostech konkrétního zdravotnického zařízení. U ostatních osob probíhá léčba formou skupinové psychoterapie, kde jsou zakomponovány relaxační techniky pomáhající k uvolnění a zmírnění napětí. Pokud je to možné, tak se do léčebného procesu zapojuje také nejbližší rodina. Poskytuje se poradenství a sociální pomoc, nácviky dovedností i sebepéče (viz. kap. 7, s. 43). Standardní léčebný program trvá v ČR 3 měsíce. Léčba by neměla být kratší, aby obsáhla celý léčebný program.^{282 283}

Kromě pacientů, kteří mají protialkoholní léčbu stanovenou soudně, může pacient léčbu kdykoliv v průběhu ukončit a nechat se propustit i bez udání důvodu.

²⁸¹ srov. Anderson, P. Gual, A. Colom, J. *Alkohol a primární zdravotní péče. Klinická vodítka pro identifikaci a krátké intervence*. s. s. 8 <<http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/zavislosti/alkohol/AlkolVoditka.pdf>>

²⁸² srov. Nešpor, K. Csémy, L. *Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi*, s. 119

²⁸³ srov. Kalina, K a kol. *Základy klinické adiktologie*, s.302

Způsoby ukončení léčby mohou být tyto:

Plánované ukončení léčby je v případech absolvování kompletní protialkoholní léčby s ukončením po třech měsících. Předčasné ukončení léčby nastává, když pacient léčbu nedokončí. Disciplinárním ukončením léčby se nazývá situace, když závislý narušuje léčebný program. Důvodů k tomu může být více např. nespolupráce, narušování léčebného řádu a režimu nebo dokonce porušení abstinence. Administrativní ukončení léčby se provádí v případech, kdy pacient opustí oddělení a již se nevrátí. Klientům se během léčby umožňuje opuštění zdravotnického zařízení, aby si zajistili existenční záležitosti a také, aby mohli být v kontaktu se svými blízkými. Způsob ukončení léčby se eviduje ve zdravotnické dokumentaci. Tyto informace jsou získány z Psychiatrické léčebny Opava, která má vykazování způsobu ukončení léčby zaneseno do informačního sítarového programu Hippo. Tento program užívá dalších 12 psychiatrických léčeben v ČR.²⁸⁴

Po analýze léčebného procesu a po odborné konzultaci s primářem oddělení závislostí v Psychiatrické léčebně Opava MUDr. Liborem Chvílou Csc. a s vedoucím léčby psychoterapie na oddělení závislosti na alkoholu psychologem Mgr. Ivanem Domésem jsem vytvořila indikátory pro hodnocení efektivity léčby závislosti na alkoholu ze zdravotního hlediska.

Základní oblastí pro vytvoření prvního indikátoru je ústavní léčba. Léčebný program dává pacientovi nezbytný základ proto, aby byl schopen se vypořádat se závislostí.²⁸⁵ (viz. kap. 7, s. 44)

Prvním indikátorem pro hodnocení léčby závislosti na alkoholu bylo zvoleno absolvování celého tříměsíčního léčebného programu.

Po absolvování kompletní tříměsíční protialkoholní léčby pacient odchází a snaží se zapojit zpět do běžného života bez alkoholu. Celé léčebné úsilí v lůžkovém zdravotnickém zařízení je zaměřeno na přechod závislého na alkoholu na plnou abstinenci. V případě závislosti na alkoholu je žádoucím stavem naprostá abstinence.

²⁸⁴ srov. ISpP Hippo. *Informační systém pro psychiatrii*. Naši zákazníci.

http://www.ispp.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=23&lang=cs

²⁸⁵ srov. Kalina, K a kol. *Základy klinické adiktologie*, s.302

Každý den, kdy závislý po prodělané léčbě abstinuje, je úspěch jak pro něj, protože je schopen fungovat a plnit své sociální role a zapojit se zpět do plnohodnotného života, tak i pro společnost, v níž tak nezvyšuje škody působené nadužíváním alkoholu a v neposlední řadě také pro zdravotníky, kteří se léčbou závislosti na alkoholu zabývají. Při ukončování léčby se pacientům doporučuje přejít do péče k odborníkovi v ambulantní sféře, který by mu pomohl při zvládnání abstinence. Využití tohoto doporučení je pouze na osobním rozhodnutí závislého, je dobrovolné. Jsou případy, kdy pacient v ambulantní léčbě nepokračuje. Důvody jsou různé např. změna bydliště či zaměstnání, také velké pracovní vytížení nebo pouze proto, že o ni závislý nemá zájem.^{286 287}

Druhou významnou oblastí pro hodnocení efektivity léčby závislosti na alkoholu je návrat pacienta do běžného života, kam se snaží zapojit, což je možné jen při abstinenci. **Jako indikátor č. 2 byla zvolena doba trvání abstinence po tříměsíční protialkoholní léčbě.**

„Závislost na alkoholu je chronické recidivující onemocnění.“²⁸⁸ U závislosti na alkoholu dochází k recidivám i u motivovaných a odhodlaných jedinců. V případech, kdy jedinec prošel protialkoholní léčbou a pak poruší abstinenci, je důležitou informací časový údaj, který vypovídá o délce doby od počátku porušení abstinence po zastavení nadměrného popíjení alkoholu, tedy doba od začátku recidivy po její zastavení. Porušení abstinence u závislého může mít podobu postupného rozpíjení se nebo trvalého udržování opilosti až po různě intenzivní několikadenní picí excesy.^{289 290 291}

Čím delší je doba nekontrolovatelného opíjení, tím více alkohol devastuje organismus somaticky, psychicky a působí sociální problémy. Důsledkem dlouhodobé nadměrné konzumace alkoholu může být degradace osobnosti nebo dokonce demence,

²⁸⁶ srov. Popov, P. Alkohol. In Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. s. 153

²⁸⁷ srov. Nešpor, K., Csémy, L. Tím nejdražším na alkoholu není zdaleka léčení závislosti, *Zprávy sdělovacím prostředkům od roku 2007*, s.10 <www.drnespor.eu/prerel07.doc>

²⁸⁸ POPOV, P. Alkohol. In Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. s. 153

²⁸⁹ srov. Nešpor, K. Csémy, L. *Bažení (craving). Společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládnání*. s. 40 <<http://www.drnespor.eu/knizkycz.html>>

²⁹⁰ srov. Heller, J. Pecinová, O. *Závislost známá neznámá*, s. 27

²⁹¹ srov. Skála, J. *Alkohol a jiné psychotropní drogy : Abuzus a závislost*, s.12

kdy pak návrat k původnímu životu i při dosažení abstinence již není možný. Vystává pak nutnost trvalého umístění postiženého v psychiatrické léčebně. Je proto žádoucí, aby stavy abstinence byly co nejdélejší a případné návraty ke konzumaci alkoholu závislý zastavil co nejdříve. Při kratších obdobích porušení abstinence má odvykací stav mírnější průběh. Při dlouhodobé konzumaci alkoholu dojde k progresi onemocnění, kdy vzniklá poškození již nelze poskytnutou léčbou zvrátit. Také přístup nemocného k vlastnímu porušení abstinence a opíjení vypovídá o jeho motivaci a odhodlání změnit svůj život. Doba recidívy je výslednicí náhledu nemocného na závislost na alkoholu.²⁹²

Třetím indikátorem je zvoleno časové období trvání recidívy.

Závislost na alkoholu spadá do oboru psychiatrie, pro kterou Ústav zdravotnických informací a statistik ČR vytváří samostatnou publikaci s názvem Psychiatrická péče, která je součástí zdravotnické statistiky. Ústav publikaci sestavuje jedenkrát ročně a prezentuje v ní data z oboru psychiatrie k danému roku. Poslední aktuální vydání je Psychiatrická péče 2009, která je rozdělena do devíti částí a podává údaje z ambulantních i lůžkových psychiatrických zařízení. Shromážděné informace jsou čerpány z výkazů o síti a lůžkovém fondu psychiatrických zařízení, dále z hlášení o ambulantní péči v psychiatrickém oboru a z dat Národního registru hospitalizovaných. Data uvedená v publikaci se vztahují vždy k případům hospitalizace. Za jeden případ se považuje každá ukončená hospitalizace pacienta na oddělení zdravotnického zařízení, kdy se jedná buď o propuštění či úmrtí. U ukončených ústavních pobytů se nerozlišuje, ve kterém roce léčba započala, ale v jakém roce je ukončena. Každá nová hospitalizace v témže roce u stejného pacienta je považována za nový případ. Za rok 2009 jsou do vykazovaných případů zahrnuti také bezdomovci a cizinci, kteří ukončili hospitalizaci ve sledovaném roce.²⁹³

Z publikace Psychiatrická péče 2009 budou postupně vybírána data poskytující informace o léčbě závislosti na alkoholu a analyzována pro účel zjišťování údajů o efektivitě závislosti na alkoholu. V publikaci je uveřejněno velké množství dat, která jsou zpracovaná v tabulkách spolu s údaji o dalších psychiatrických diagnózách,

²⁹² POPOV, P. Alkohol. In Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I. Mezioborový přístup*. s. 153

²⁹³ srov. ÚZIS. *Psychiatrická péče 2009* s. 12 <<http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2009>>

s rozdělením na kraje, pohlaví apod. Pro přehlednost diplomové práce budou vybrány jen celkové celorepublikové údaje bez rozdělení na pohlaví a věk a nebudou se týkat dětí. Data budou zpracována samostatně do tabulek, kdy výchozí prezentace údajů z publikace ÚZIS bude uložena v příloze.

Závislost na alkoholu je podle MKN označena kódem F 10. 2. Statistická data uváděna ústavem zdravotnických statistik mají pouze kategorii „poruchy duševní a poruchy chování, způsobené užíváním alkoholu“ s označením F 10, což zahrnuje akutní intoxikace označeny F 10.0, škodlivé užívání F 10.1, syndrom závislosti F 10.2, odvykací stav F 10.3, odvykací stav s deliriem F 10.4, psychotická porucha F 10.5, amnestický syndrom F 10.6, psychotická porucha reziduální a s pozdním nástupem F 10.7, jiné duševní poruchy a poruchy chování F 10.8, neurčené duševní poruchy a poruchy chování F 10.9. Bližší specifikaci neuvádějí. Pro účel diplomové práce budou použita tato data.^{294 295}

9.2.1 Indikátor č. 1

Prvním indikátorem pro hodnocení léčby závislosti na alkoholu je **absolvování celého tříměsíčního léčebného programu.**

Mezi charakteristické znaky patří:

- a. informace, zda závislý absolvoval alespoň jednou za život kompletní léčbu
- b. délka léčebného programu
- c. léčba musí být absolvována dobrovolně, nejedná se o ochrannou ústavní protialkoholní léčbu
- d. ukončení léčby musí být plánované po kompletním tříměsíčním programu

Výzkumná otázka: Jaké dostupné statistiky poskytují data vhodná pro indikátor č. 1 ?

²⁹⁴ srov. ÚZIS. *Psychiatrická péče 2009* s. 28 < <http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2009> >

²⁹⁵ srov. WHO, *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decentní revize. Tabeleární část aktualizovaná druhá verze. Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10–F19)*

9.2.2 Indikátor č. 2

Indikátorem č. 2 je **doba trvání abstinence po tříměsíční protialkoholní léčbě**.

Tento ukazatel se vyznačuje těmito znaky:

- a) délka nepřerušené abstinence během které je pacient stabilizován a bez potíží²⁹⁶
- b) počet lidí, kteří abstinují

Výzkumná otázka:

Jaké dostupné statistiky poskytují data vhodná pro indikátor č. 2 ?

9.2.3 Indikátor č. 3

Indikátorem č. 3 je **časové období trvání recidívy**

Tento ukazatel se vyznačuje těmito znaky:

- a) délka časového údobí od ukončení kompletní protialkoholní léčby, kdy dojde k porušení abstinence
- b) délka trvání každé recidívy
- c) počet recidív u závislého jedince po ukončení protialkoholní léčby

Výzkumná otázka:

Jaké dostupné statistiky poskytují data vhodná pro indikátor č. 3 ?

²⁹⁶ POPOV, P. Alkohol. In Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. s. 153

9.3.1. Analýza a hodnocení dat vypovídajících o indikátoru č. 1 absolvování celého tříměsíčního léčebného programu.

Zjištěná data ke znaku **a.** informace, zda závislý absolvoval alespoň jednou za život kompletní protialkoholní léčbu.

Ve statistických údajích ÚZIS jsou uveřejněna data o vývoji počtu propuštěných a zemřelých v psychiatrických lůžkových zařízeních u diagnózy F 10. Přehled je uveden v tabulce č. 5.

Tabulka č. 5 vychází z údajů uvedených v příloze č. 1 s.

*Vývoj počtu propuštěných a zemřelých v psychiatrických lůžkových zařízeních u diagnózy F 10*²⁹⁷

Dg. F 10	Rok				
	2005	2006	2007	2008	2009
	celkem - absolutně				
	11 691	10 705	10 514	10 360	10 026

ÚZIS u uveřejňovaných údajů velmi často užívá kategorii, která je sloučení dvou skupin - propuštěných a zemřelých pacientů, což je zavádějící. Nevyplývá zde jasně, kolik pacientů léčbu ukončilo a jaký počet pacientů během léčení zemřelo. K dosažení přesného počtu pacientů, kteří byli propuštěni ze zdravotnického zařízení, je nutné celkový počet této sloučené kategorie snížit o údaj vypovídající o počtu zemřelých v psychiatrických lůžkových zařízeních u Dg. F 10, což v roce 2009 bylo 75 pacientů.²⁹⁸ Z dat uvedených v tabulce č. 5 lze zjistit informaci o vývoji tohoto trendu v letech. Počty se týkají jen množství jednotlivých případů, z čehož nevyplývá, jaký počet pacientů absolvovalo léčbu.²⁹⁹ Propuštění po ukončení kompletního tříměsíčního léčebného programu ÚZIS neuvádí.

Tyto údaje jsou úřadem dále statisticky rozpracovány a rozděleny podle pohlaví, věkových skupin, přepočet na 100 000 obyvatel, také je zde rozdělení podle druhu zdravotnického zařízení, zda se jedná o psychiatrickou léčebnu nebo o oddělení

²⁹⁷ srov. ÚZIS. *Psychiatrická péče 2009* s. 55 <<http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2009>>

²⁹⁸ srov. ÚZIS. *Psychiatrická péče 2009* s. 76 <<http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2009>>

²⁹⁹ srov. ÚZIS. *Psychiatrická péče 2009* s. 11 <<http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2009>>

psychiatrie ve zdravotnickém zařízení. Je uvedena i průměrná ošetrovací doba.³⁰⁰

Zjištěná data ke znaku b. délka léčebného programu

Statistické údaje poskytují data o době trvání pobytu pacienta, jsou uvedena v tabulce č. 6.

Tabulka č. 6 vychází z údajů uvedených v příloze č. 2

Počet propuštěných a zemřelých v psychiatrických lůžkových zařízeních s diagnózou

*F 10 podle délky pobytu*³⁰¹

Dg.	Délka pobytu ve dnech						Celkem
	1–14	15–30	31–90	91–180	181–365	366 a více	
F10	Celkem						
	4 155	1 578	2 643	1 460	108	82	10 026

Délka pobytu ve dnech je údaj, který lze prezentovat různě. Např. v kategorii krátkých pobytů 0 – 14 dní jsou zahrnuty detoxikační pobyty u jedinců, kteří nemají o další léčbu zájem a po absolvování detoxikace odchází domů. Také sem patří rekondiční pobyty pro abstinující klienty, které bývají často pouze týdenní, pro podpoření jejich abstinence. V Psychiatrické léčebně Opava ročně absolvuje týdenní rekondici okolo 100 pacientů. Dále tam patří situace, kdy klient po pár dnech léčbu přerušuje, aby se např. zaevidoval na úřadu práce. Návratem do léčebny vzniká nový pobyt.

Pro zjištění absolvování celého léčebného programu, tedy léčby v délce 90 dní jsou zde dvě kategorie, které by tento časový údaj mohly splňovat. Časové rozmezí 31 – 90 dní a 91 – 180 dní. Oba časové intervaly jsou poměrně široké. Délka pobytu od 31 – 90 dní v sobě zahrnuje případy, kdy si jedinec léčbu rozmyslí a ukončí ji předčasně, ale také pacienty, kteří absolvují kompletní program, ale z pracovních či rodinných důvodů odcházejí pár dnů před přesným uplynutím třech měsíců.

³⁰⁰ srov. ÚZIS. *Psychiatrická péče 2009* s. 53 - 63 <<http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2009>>

³⁰¹ srov. ÚZIS. *Psychiatrická péče 2009* s. 65 <<http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2009>>

Delší pobyt 91 – 180 dní jistě zahrnují klienty, kteří absolvovali kompletní léčebný program, ale také případy, kdy vlivem alkoholu došlo již k degradaci osobnosti, či vážnějším somatickým poškozením, ke vzniku psychózy nebo dokonce demence. Tito klienti se obtížně zapojují do léčebného programu a jen zřídka získají náhled na onemocnění. Potřebují ale delší léčbu a také resocializaci. V některých případech už dokonce není možné pacienta propustit a trvale setrvává v psychiatrické léčebně.

U uvedených dat nelze získat jednoznačnou informaci kolik případů, a ze které kategorie ukončilo tříměsíční léčbu.

Zjištěná data ke znaku c. léčba musí být absolvována dobrovolně, nejedná se o ochrannou ústavní protialkoholní léčbu

ÚZIS uveřejňuje data o důvodu přijetí, jsou uvedena v tabulce č. 7

Tabulka č. 7 vychází z údajů uvedených v příloze č. 3

Počet propuštěných a zemřelých v psychiatrických lůžkových zařízeních s diagnózou F 10, podle důvodu přijetí³⁰²

Dg. F 10	Důvod přijetí					Celkem
	ochranná léčba	sociální	diagnostický	léčebný	jiný	
	celkem					
	48	1	106	9 012	859	10 026

Z publikovaných dat vyplývá, že z celkového počtu všech případů propuštěných a zemřelých s Dg. F 10 je pouze 48 případů ochranné ústavní protialkoholní léčby. Z celkového počtu všech případů vyjmeme případy ochranné léčby a zjistíme, že počet případů klasifikovaných jako dobrovolná léčba je 9 978. Pro úplnost počtu dobrovolných pobytů je nutno vyjmout počet případů, které během léčení zemřely. V roce 2009 to bylo 75 případů. Celkový počet případů dobrovolné léčby je 9 903.³⁰³

³⁰² srov. ÚZIS. *Psychiatrická péče 2009* s. 67 <<http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2009>>

³⁰³ srov. ÚZIS. *Psychiatrická péče 2009* s. 76 <<http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2009>>

Zjištěná data ke znaku d. - ukončení léčby musí být plánované po kompletní tříměsíční léčbě. ÚZIS ve svých statistických šetřeních nevykazuje způsob ukončení léčby, nelze jej zjistit.

9.3.2. Analýza a hodnocení dat vypovídajících o indikátoru č. 2 doba trvání abstinence po tříměsíční protialkoholní léčbě.

Do tohoto hodnocení působí dva zásadní faktory, které narušují zjištění údajů. Pacienti, kteří ukončí léčbu a odejdou ze zdravotnického zařízení, nemají žádnou povinnost se hlásit u ambulantního specialisty. Zda AT ambulanci navštíví, je pouze na jejich rozhodnutí a možnostech. Druhým elementem narušujícím získání potřebných dat je fakt, že lůžkové zdravotnické zařízení nemá od odléčených pacientů zpětnou vazbu, neví co se s pacientem po léčbě děje a jestli abstínuje. Vyjimku tvoří pouze jedinci, kteří se účastní tzv. opakovacích rekondičních pobytů, které pořádá zdravotnické zařízení, kde absolvovali svou léčbu, nebo pacienti přijíždějící na kluby pro abstínující. Je zde absence v poskytování informací mezi lůžkovým zdravotnickým zařízením, které pacienta léčilo a ambulantním specialistou, u kterého po ústavní léčbě pacient pokračuje v návazné péči. Ambulantní specialisté stejně jako lůžková zdravotnická zařízení nevykazují, zda pacienti, které mají v evidenci, absolvovali celou tříměsíční protialkoholní léčbu a jestli abstínují, přestože tyto údaje jsou součástí dokumentace, kterou o pacientovi sami vedou.³⁰⁴

Některá zdravotnická zařízení poskytující protialkoholní léčbu provádějí katamnestická šetření, kterými zjišťují abstinenci u pacientů po prodělané protialkoholní léčbě neboli zjišťují účinnost svého léčebného programu. Psychiatrická léčebna Brno – Černovice je prováděla pravidelně od roku 1972. Katamnestické šetření probíhalo tak, že psychiatrická léčebna zaslala katamnestické dotazníky do AT ambulancí, kde měli pacienti po ukončení léčby pokračovat v rámci navazující péče. Dotazníky zasílali v intervalech – 1 rok od ukončení léčby, kde návratnost vyplněných dotazníků byla v roce 1988 - 89 %, po 5 letech byla návratnost 84,5 % a po 7 letech 83,7 %. Podle stanovených kritérií vyhodnocovali úspěšnost abstinence po ukončení

³⁰⁴ srov. ÚZIS. Výkazy na rok 2011. <<http://www.uzis.cz/vykazy/vykazy-rok-2011?title=&tid=333>>

hospitalizace. Takto získané informace slouží jen danému zdravotnickému zařízení. Tento způsob šetření naráží na nespolupráci privátních psychiatrů. V současné době se provádí jen ojediněle.³⁰⁵ K indikátoru č. 2 doba trvání abstinence po tříměsíční protialkoholní léčbě ÚZIS neposkytuje vhodná data.

9.3.3. Analýza a hodnocení dat vypovídajících o indikátoru č. 3 o časovém období trvání recidívy

Znaky

a) délka časového údobí od ukončení kompletní protialkoholní léčby, kdy dojde k porušení abstinence

b) délka trvání každé recidívy

ÚZIS nepublikuje žádná data zabývající se recidívou u pacientů závislých na alkoholu.

Zjištěná data ke znaku c) počet recidív u závislého jedince po ukončení protialkoholní léčby. Zdravotnický statistický úřad publikuje údaje o pořadí přijetí v životě, uvedeno v tabulce č. 8

Tabulka č. 8 vychází z údajů uvedených v příloze č. 5

Počet propuštěných a zemřelých v psychiatrických lůžkových zařízeních u diagnózy F 10, podle pořadí přijetí, pohlaví a průměrného věku³⁰⁶

Dg. F 10	Pořadí přijetí v životě			Celkem	Průměrný věk
	poprvé	opakovaně	nezjištěno		
	celkem				
	2 923	3 563	3 540	10 026	44,8

³⁰⁵ srov. Šťastný, V. Kostroňová, T. Pokora, J. Zahradník, P. Efektivita protialkoholní léčby na protialkoholním oddělení psychiatrické léčebny v Brně – Černovicích. *Alkohol. a drog. Závisl.*, s. 123-125.

³⁰⁶ srov. ÚZIS. *Psychiatrická péče 2009* s. 69 <<http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2009>>

Dalo by se předpokládat, že pacient přichází na léčbu pouze v případě, že se jeho zdravotní stav zhoršil natolik, že vyžaduje hospitalizaci, v případě závislého na alkoholu by zhoršení zdravotního či psychického stavu mohlo nastat z důvodu porušení abstinence. Jak již bylo zmíněno v kap. 9.3.1. (viz. s. 67) je více důvodů k opakovanému přijetí do léčebného zařízení. Tyto data sdělují jen izolovanou informaci o počtu přijatých případů. Jak dokládá tabulka č. 7 *počet propuštěných a zemřelých v psychiatrických lůžkových zařízeních s diagnózou F 10 podle důvodu přijetí*, jako důvodem k opakovanému nástupu na léčbu se recidíva neuvádí. Navíc z těchto dat nevyplývá, zda u opakovaných přijetí se jedná o pacienty, kteří alespoň jednou za život absolvovali kompletní protialkoholní léčbu.

Žádný z údajů poskytovaných statistickým úřadem nepodává jednoznačné informace o indikátoru č. 3 - časové období trvání recidívy.

DISKUZE A ZÁVĚR

Hlavním cílem práce bylo zjistit, jaké jsou možnosti hodnocení léčby závislosti na alkoholu ze zdravotního hlediska v ČR. Pro jeho dosažení musely být naplněny stanovené podcíle.

Prvním z nich byl popis závislosti na alkoholu jako nevléčitelné nemoci. V úvodních kapitolách je uvedena definice závislosti na alkoholu dle MKN 10 a znaky, jejichž výskyt u jedince potvrzuje tuto diagnózu. (viz. kap. 1.1, s. 11). Popis vzniku a vývoje nemoci ukazuje zákonitosti nevratného procesu rozvoje závislosti na alkoholu. (viz. kap. 2.1, s. 18) Je zde zmíněno, že přesný původ vzniku onemocnění nebyl prozatím zcela přesně objasněn, jedná se o multifaktoriální jev³⁰⁷, který má odlišný průběh u mužů i žen. (viz. kap. 4, s. 28).

Pro splnění druhého podcíle je v práci podrobně přiblíženo jak zásadní tělesná a duševní poškození alkohol způsobuje. Dle vytvořených studií se předpokládá, že celosvětově ročně zemře v souvislosti s alkoholem až 2,5 miliónů lidí, nadměrná konzumace alkoholu má za následek 3,5 % ztracených let produktivního věku a je v příčinné souvislosti u více jak 60 různých onemocnění. Odborníci dávají do vzájemné souvislosti spotřebu alkoholu a stupeň škod v populaci. Česká republika se dlouhodobě drží na předních místech ve spotřebě alkoholu na jednoho obyvatele za rok v hodnotě čistého lihu což nyní činí 10,4 l. (viz. kap. 5, s. 30). Alkohol však nepoškozují jen zdraví, ale také život člověka a jeho soužití s rodinou, s přáteli a okolím. Narušuje jeho pracovní zapojení a doléhá na celou společnost v podobě trestných činů, nižší produktivity práce z důvodů vyšší nemocnosti a předčasných úmrtí. (viz. kap. 6, s. 38)

Pro splnění třetího podcíle byla podrobně popsána organizace léčby závislosti na alkoholu, která je rozdělena na ambulantní a ústavní formu. (viz. kap. 7, s. 43) Na základě analýzy léčebného procesu byl zvolen způsob hodnocení efektivity léčby pomocí vytvořených ukazatelů. Tvorba indikátorů v této práci vycházela z procesu

³⁰⁷ srov. Mülpachr, P. *Sociální patologie*. s. 37

poskytování protialkoholní léčby a zaměřila se na tři základní oblasti. (viz. kap. 9, s. 56)

První oblastí je ústavní léčba, která pacienta navede na abstinenci, vybaví ho potřebnými informacemi, nácviky a snaží se ho připravit na život bez alkoholu. Ukazatelem pro hodnocení této oblasti je absolvování dobrovolné kompletní tříměsíční protialkoholní léčby. Druhou významnou oblastí je doba po ukončení protialkoholní lůžkové léčby, kdy by měl pacient abstinentovat, tedy zhodnocení úspěšnosti pacientova léčení. Druhý indikátor zjišťuje délku trvání abstinence po dobrovolné kompletní tříměsíční protialkoholní léčbě. V případě porušení abstinence nastupuje třetí indikátor, časové období trvání recidívy, který významně ovlivňuje další průběh onemocnění. (viz. kap. 9, s. 56)

Zdravotnická data jsou shromažďována Ústavem zdravotnických informací a statistik ČR, odtud také byly čerpány potřebné údaje pro naplnění stanovených indikátorů. Analýzou dat poskytovaných tímto statistickým úřadem bylo zjištěno jen část potřebných údajů. Pro jejich neúplnost nelze plnohodnotně naplnit všechny indikátory a vyhodnotit efektivitu léčby závislosti na alkoholu v současné době. (viz. kap. 9.3.1 - 9.3.3, s. 65 – 70)

Cíl diplomové práce byl splněn. Byl vytvořen způsob hodnocení efektivity léčby závislosti na alkoholu v ČR pomocí indikátorů. Domnívám se, že pokud by se rozšířilo statistické shromažďování údajů ÚZIS o data potřebná pro stanovené indikátory, bylo by možné posoudit efektivitu léčby závislosti na alkoholu v ČR ze zdravotního hlediska.

Nadměrná konzumace alkoholu významně postihuje společnost. Náklady vynaložené na léčbu a prevenci jsou v porovnání se způsobenými škodami minimální. (viz. tab. č. 4, s. 53). Odborníci z oblasti zdravotnictví se snaží o prevenci a léčbu dopadů nadužívání alkoholu. Jejich úsilí pomáhá brzdit nárůst celospolečenských dopadů nadužívání alkoholu. Efektivita léčby závislosti na alkoholu v ČR se nezjišťuje pro absenci údajů o abstinenci po ukončení ústavní léčby. Domnívám se, že při množství škod, které nadměrná konzumace alkoholu ve společnosti způsobuje (viz. tab. č. 4, s. 51), by se mělo sledovat, jak účinná je protialkoholní léčba. Poskytovalo by

to informace nejen o výsledku léčebného snažení, ale také údaje, které by pomohly k jejímu zefektivnění.

Ve své práci jsem jako způsob hodnocení účinnosti protialkoholního léčení vytvořila indikátory, které musí být naplněny odpovídajícími údaji.

Shromažďováním zdravotnických statistických dat je v ČR pověřen ÚZIS. Pro účel diplomové práce jsem prováděla analýzu publikovaných dat ÚZIS o poruchách duševních a poruchách chování, způsobených užíváním alkoholu. Statistický úřad prezentuje data rozdělená do diagnostických skupin. Syndrom závislosti na alkoholu je dle MKN 10 označen jako Dg. F 10.2. Statistický úřad však tak podrobné rozlišení neužívá, publikuje nashromážděné data pro celou diagnostickou skupinu, tímto se stává publikovaný údaj nepřesným pro účel hodnocení účinnosti léčby.^{308 309}

Při uveřejňování dat ÚZIS uvádí jako statistickou jednotku jeden případ hospitalizace, jedná se tedy o počty hospitalizací a ne o počty hospitalizovaných jedinců. Tyto údaje se mohou výrazně odlišovat.³¹⁰ Zvláště u osob závislých na alkoholu. Např. chroničtí pacienti, kteří nejsou schopni udržet abstinenci přicházejí během roku opakovaně na protialkoholní oddělení, pak je nutno zmínit pacienty přicházející na tzv. rekondiční pobyty třeba i dvakrát ročně a pacienty, kteří absolvují léčbu pouze jednou, ale musí ji na krátkou dobu přerušit. Tímto se zkreslují informace o počtu pacientů absolvujících léčbu.

Při vyhledávání a rozboru údajů uváděných v kapitolách analýza a hodnocení dat pro jednotlivé ukazatele jsem se setkala s velkým množstvím dat. Domnívám se, že uváděná data jsou izolovaná a sdělují jen aktuální počty sledovaných jevů v konkrétním čase bez dalšího využití. Mezi daty chybí souvislosti, aby bylo možné získat informace o zkoumaném jevu.

³⁰⁸ srov. WHO, *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decentní revize. Tabele část aktualizovaná druhá verze. Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10–F19)*

³⁰⁹ srov. ÚZIS. *Psychiatrická péče 2009* s. 28 <<http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2009>>

³¹⁰ srov. ÚZIS. *Psychiatrická péče 2009* s. 11 <<http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2009>>

Domnívám se, že pro zjištění efektivity protialkoholní léčby v ČR by bylo přínosné, kdyby se rozšířilo statistické šetření ÚZIS o sledování, zda pacient ukončuje kompletní dobrovolnou tříměsíční protialkoholní léčbu, uváděl by se způsob jeho dimise, dále pak se při přijetí na opakovanou protialkoholní léčbu jako důvod k přijetí přidala kategorie „recidíva“. Velmi by to přispělo k výslednému zjištění. Dále by bylo zapotřebí, aby byli pacienti po ukončení ústavního programu motivováni k pokračování léčby v AT ambulancích. Jednou z možností, jak je motivovat, může být např. finanční postih ze strany zdravotní pojišťovny pro přerušování návaznosti léčby a další nespolupráce s odborníky.

Zdravotnická zařízení poskytující ústavní protialkoholní léčbu by pak u pacientů, kteří se v tomto zařízení léčili, mohla pomocí katamnestických dotazníků zaslaných do AT ambulancí ve stanovených intervalech zjistit délku abstinence po léčbě. Větší vzájemná spolupráce mezi ambulancí a ústavní složkou zdravotní péče by byla přínosná i pro celý léčebný proces. Rozšíření statistického šetření by poskytlo chybějící data k naplnění stanovených indikátorů a pomohlo by zjistit, jaká je účinnost léčebného programu u závislosti na alkoholu v ČR.

ANOTACE

Příjmení a jméno autora:	Kubincová Lenka
Instituce:	Ústav zdravotnického managementu FZV UP v Olomouci
Název práce:	Efektivita léčby závislosti na alkoholu v České republice
Vedoucí práce:	doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D.
Počet stran:	96
Počet příloh:	5
Rok obhajoby:	2011
Klíčová slova:	alkohol, životní styl, alkoholismus, nemoc, efektivita léčby

Diplomová práce se zabývá problematikou závislosti na alkoholu. Jejím obsahem je deskripce tohoto nevléčitelného onemocnění od vzniku, vývoje až po výčet dopadů nadužívání alkoholu na jedince i společnost. Práce vysvětluje organizaci protialkoholní léčby v ČR. Na základě analýzy léčebného procesu poskytuje návrh na způsob hodnocení efektivity léčby závislosti na alkoholu v ČR pomocí indikátorů. V práci je uveden rozbor dat pro naplnění indikátorů z dostupných statistických údajů publikovaných ÚZIS. Diplomová práce poskytuje návrh na způsob hodnocení efektivity léčby závislosti na alkoholu v ČR.

This thesis deals with problems of alcohol dependence. Its content is a description of the incurable disease from the inception, development to the list of effects alcohol abuse on individuals and society. The thesis explains the organization of alcohol treatment in ČR. Based on analysis of the therapeutic process provides a proposal for a way to evaluate the effectiveness of treatment for alcohol dependence in the ČR using indicators. The work is presented an analysis of data for the fulfillment of indicators from available statistics published ÚZIS. This thesis provides a method for evaluating the effectiveness of treatment for alcohol dependence in ČR.

LITERATURA A PRAMENY

1. BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociální patologie*, 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1998, s. 53. ISBN 80-7013-359-0
2. ČSAV kol. autorů Encyklopedického institutu, *Ilustrovaný encyklopedický slovník (a-i)*, 1. vyd. Praha: Academica, 1980, s. 976.
3. EHRMANN, Jiří. jr. SCHNEIDERKA, Petr. EHRMANN, Jiří. *Alkohol a játra*, 1. vyd. Praha: Avicenum, 2006, s.168. ISBN 80-247-1048-X
4. GLADKIJ, Ivan a kol. *Management zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Coputer Press, 2003, s. 380. ISBN 80-7226-996-8
5. HELLER, Jiří. PECINOVSKÁ, Olga. *Závislost známá neznámá*, 1. vyd. Praha: Avicenum, 1996, s. 168. ISBN 80-7169-277-8
6. HÖSCHL, Cyril. LIBIGER, Jan. ŠVESTKA, Jaromír. *Psychiatrie*, 1. vyd., Praha: Tigris spol.s r.o. 2002. 895 s. ISBN 80-900130-1-5
7. KALINA, Karel. a kol. *Základy klinické adiktologie*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2008. s. 392. ISBN 978-80-247-1411-0
8. KAPR, Jaroslav. *Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny*. 2. Vyd. Rozšířené. Praha: Sociologické nakladatelství. 1994. 116 s. ISBN 80-85850-03-6
9. KLIMEŠ, Lumír. *Slovník cizích slov*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, n. p. Praha. 1981. 816 s.

10. KRATOCHVÍL, Stanislav. Vymezení oboru psychoterapie. In Vymětal, Jan. *Úvod do psychoterapie. 2., aktualizované vydání.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2003. 264 s. ISBN 80-247-0253-3.
11. KVAPILÍK, Josef. SVOBODOVÁ, Alena. *Člověk a alkohol*, 1. vyd. Praha: Avicenum, 1985, 240 s.
12. MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální patologie* 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2001. 104 s. ISBN 80-210-2511-5
13. NEŠPOR, Karel. *Jak překonat problémy s alkoholem*, 4. vyd. rozšířené. Praha. Sdružení Fit In – Rodiče proti drogám. 2004. 123 s.
14. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 1. vyd. Praha: Portál. 2000, 152 s. ISBN 80-7178-432-X
15. NEŠPOR, Karel. CSÉMY, Ladislav. *Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha. 1996, 203 s. ISBN 80-85121-52-2
16. POPOV, Petr. Rozdělení a účinky návykových látek, Alkohol. In KALINA, Karel. a kol. *Drogy a drogové závislosti I mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky. 2003, 319 s. ISBN 80-86734-05-6
17. PREISS, Marek. KUČEROVÁ, Hana. a kol. *Neuropsychologie v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s. 2006. 416 s. ISBN 80-247-1460-4
18. RADIMSKÝ, Marek. a kol. *Psychiatrie I*. 3. přepracované vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 176 s. ISBN 80-7013-218-3

19. ŘEHAN, Vladimír. *Adiktologie I*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 130 S. ISBN 978-80-244-1745-5
20. ŘEHAN, Vladimír. *Závislost na alkoholu a jiných drogách – Psychologický přístup*. 1.vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci, 1994. 77 s. ISBN 80-7067-359-1
21. SKÁLA, Jaroslav. Alkohol a invalidita - možnosti prevence. In KUBIČKA, Luděk; SKÁLA, Jaroslav. *Sborník studií o abúzu alkoholu a jiných návykových látek*. 1.vyd. Praha: Výzkumný ústav psychiatrický, 1982. s. 293.
22. SKÁLA, Jaroslav. *Alkoholismus*, 1. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1957, 232 s.
23. SKÁLA, J. *Alkohol a jiné psychotropní drogy: Abúzus a závislost*, Praha: Avicenum, 1986, 92 s.
24. SKÁLA, Jaroslav. *...Až na dno!?*. 4. vyd. Prah: Avicenum, 1988. 144 s.
25. SKÁLA. Jaroslav. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*, 1. vyd. Praha: Avicenum. 1987, 208 s.
26. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Vliv sociálního prostředí na chování mužů závislých na alkoholu*. Ostrava. 2005. 66 s. Bakalářská práce. Ostravská univerzita.
27. SOURNIA, Jean Charles. *Dějiny pijáctví*, 1. vyd. Praha: Garamond. 1999, s. 304, ISBN 80-86379-01-9
28. SOVINOVÁ, H. CSÉMY, Ladislav. a kol. *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*, Praha: Státní zdravotní ústav, 2003, 96 s. ISBN 80-7071-230-9

29. ŠEDIVÝ, Václav. VÁLKOVÁ, Helena. *Lidé, alkohol, drogy*. 1. vyd. Praha: Naše vojsko, 1988, 166 s.
30. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese : variabilita a patologie lidské psychiky* 1.vyd. Praha: Portál, 1999. 448 s. ISBN 80-7178-214-9
31. VOKURKA, M. *Praktický slovník medicíny*, 3. vyd. Praha: Maxdorf. 1995, 410 s. ISBN 80-85800-27-6
32. VOKURKA, Martin. HUGO, Jan. a kol. *Velký lékařský slovník*, 8. vyd. Praha: Maxdorf s.r.o., 2008. 1144 s. ISBN 978-80-7345-166-0
33. WHO, Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decentní revize. Tabeleární část aktualizovaná druhá verze. 1.vyd. Praha: Bomton agency, s.r.o., 2008, 860 s. ISBN 978-80-904259-0-3.
34. WOITITZOVÁ, Janet. Geringer. *Dospělé děti alkoholiků*, Přel. Martínek Jiří. 1. vyd. , Prah: Columbus, 1998. 175 s. ISBN 80-85928-73-6
35. ZÁŠKODNÁ, Hana. *Děti, mládež a drogy na území města Ostravy*, Ostrava: Filosofická fakulta Ostravské univerzity, 1997. 159s. ISBN 80-7042-468

Časopis:

1. Bútor, Martin. *Mne sa to nemôže stať - sociologické kapitoly z alkoholizmu*. 1. vydání. Martin: Osveta, 1989. 365 s. ISBN 80-217-0076-9
2. KONDÁŠ, O. Model alkoholizmu vychádzajúci z teórie učení. *Protialkoholický obzor*, 1969, č. 4, 39-45 s.
3. ŠŤASTNÝ, Vladimír. KOSTROŇOVÁ, Taťána. POKORA, Jiří. ZAHRADNÍK, Petr. Efektivita protialkoholní léčby na protialkoholním oddělení psychiatrické léčebny v Brně – Černovicích. *Alkohol. a drog. Závisl.*, Roč. 30, č. 3 (1995), s. 123-125. ISSN 0862-0350.

Elektronické zdroje:

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM- IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV text revision* [online]. 2000 [cit. 2011-23-06]. Dostupné na WWW: http://www.google.com/books?hl=cs&lr=&id=w_HajjMnjxwC&oi=fnd&pg=PP1&dq=american+psychiatric+association.+diagnostic+and+statistical+manual+of+mental+disorders+dsmiv&ots=i7LXdj4O5J&sig=ek4AiFVBD_IYirkGcjE9ND-KOmA#v=onepage&q&f=false
2. ANDERSON, Peter. GUAL, Antoni. COLOM, Joan. *Alkohol a primární zdravotní péče. Klinická vodítka pro identifikaci a krátké intervence*. [online]. 2005 [cit. 2011-06-19]. Přel. Suchardová, I. s. 142. Dostupné na WWW: <http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/zavislosti/alkohol/AlkolVoditka.pdf>

3. BĚLÁČKOVÁ, Vendula. *Globální strategie pro snížení škodlivého užívání alkoholu*. . [online]. 25.03.2011 [cit. 2011-06-19]. Dostupné na WWW: <<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/172/2744/Globalni-strategie-pro-snizeni-skodliveho-uzivani-alkoholu>>
4. COWELL, Alexander J. BRAY, Jeremy. W. MILLS, Michael J. HINDE, Jesse M. Conducting economic evaluations of screening and briefintervention for hazardous drinking: Methods and evidence to date for informing policy. *Drug and Alcohol Review* [online] November 2010, roč. 29, č. 6 [cit. 2011-06-25], s. 623 – 630. Dostupné v Wiley online Library
5. ISPP HIPPO. *Informační systém pro psychiatrii*. Naši zákazníci. [online] 2010 [cit. 2011-06-20]. Dostupné na WWW: <http://www.ispp.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=23&lang=cs>
6. NEŠPOR, Karel. *Zprávy sdělovacím prostředkům od roku 2007* [online]. 2010 [cit. 2011-05-11]. s. 22. Dostupné na WWW: <<http://www.drnespor.eu/prerel07.doc>>
7. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Rozvodovost*. [online]. 2010 [cit. 2011-05-16]. Dostupné na WWW: <<http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/rozvodovost>>
8. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Spotřeba potravin, nápojů a cigaret na 1 obyvatele v ČR v letech 2001 – 2009*. Spotřeba alkoholických nápojů a cigaret (na obyvatele za rok). [online]. 2010 [cit. 2011-05-09]. Dostupné na WWW: <[http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/t/EA0049D17F/\\$File/30041002.pdf](http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/t/EA0049D17F/$File/30041002.pdf)>

9. LAPHAM, Gwen T. ACHTMEYER, Carol E. WILLIAMS, Emily C. HAWKINS, Eric J. KIVLAHAN, Daniel R. BRADLEY, Katharine A. Increased Documented Brief Alcohol Interventions With a Performance Measure and Electronic Decision Support. *Medical Care* [online]. Volume 48, Number 12, December 2010 [cit. 2011-05-28]. Dostupné na WWW: <http://journals.lww.com/lww-medicalcare/Abstract/publishahead/Increased_Documented_Brief_Alcohol_Interventions.99690.aspx>
10. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. [online]. 19. 3. 2009 [cit. 2011-05-28]. Dostupné na WWW: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/regulacni-poplatky-metodicky-pokyn_1821_1197_3.html>
11. MLČOCH, Zbyněk. Alkoholik. cz, Historie pití alkoholu a tresty za opilost a opilství [online]. 2009 [cit. 2011-03-11]. Dostupné na WWW: <<http://www.alkoholik.cz/zavislost/>>
12. NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. Úřad vlády České republiky, *Drogy-info.cz* [online]. 07. 12. 2010 [cit. 2011-30-04]. Dostupné na WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/r/relaps>
13. NEŠPOR, Karel. *Moderní léčba návykových nemocí* [online]. 2002 [cit. 2011-19-06]. Dostupné na WWW: <<http://www.drnespor.eu/addictcz.html>>
14. NEŠPOR Karel. *Škody působené alkoholem v pracovním prostředí a jejich prevence* [online]. 2009 [cit. 2011-19-05]. Dostupné na WWW: <<http://www.drnespor.eu/addictcz.html>>

15. NEŠPOR, Karel. CSÉMY, Ladislav. *Bažení (craving) Společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládnání* [online]. 1999 [cit. 2011-20-05]. Dostupné na WWW: <<http://www.drnespor.eu/knizkycz.html>>
16. NEŠPOR, Karel. *Syndromy závislosti a patologické hráčství. Doporučené postupy léčby, zpracováno pro Psychiatrickou společnost ČLS JEP.* [online]. březen 2010 [cit. 2011-03-12]. Dostupné na WWW: <<http://www.drnespor.eu/addictcz.html>>
17. Psychiatrická léčebna Opava. *Primariát D.* [online]. 2009 [cit. 2011-07-13]. Dostupné na WWW: <http://www.plopava.cz/Primariat_D.html>
18. ROOM, Robin. BABOR, Thomas. REHM, Jürgen. Alcohol and Public Health. *The Lancet* [online]. listopad 2005 [cit. 2011-03-12]. Dostupné na WWW: <http://www.mty.itesm.mx/dae/cat/a_alcoholandpublichealth.pdf>
19. REHM, Jürgen. MATHERS, Colin. POPOVA, Svetlana. THAVORNCHAROENSAP, Montarat. TEERAWATTANANON, Yot . PATRA, Jayadeep. *Alcohol and Global Health 1. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders* [online]. 2009 [cit. 2011-29-06]. Dostupné na WWW: <http://www.camh.net/News_events/News_releases_and_media_advisories_and_backgrounders/rehm_lancet_jun09.pdf>
20. ŠTABLOVÁ, Renata *Kriminologie. Studijní texty* [online]. 2008 [cit. 2011-29-05]. Dostupné na WWW: <<http://www.vsrr.cz/kestazeni/predmety/kriminologie.pdf>>

21. TESÁŘÍK, Josef. SOBOTKA, Petr. *Přehled o nehodovosti na pozemních komunikacích v České republice za rok 2010* [online]. duben 2011 [cit. 2011-05-19]. Dostupné na WWW: <<http://www.policie.cz/clanek/statisticka-rocenka-dopravnich-nehod-za-rok-2010.aspx>>
22. THE WORLD BANK GROUP. *About Us*. [online]. 29.6. 2011 [cit. 2011-06-19]. Dostupné na WWW: <<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/0,,pagePK:50004410~piPK:36602~theSitePK:29708,00.html>>
23. TKÁČ, Juraj. *Alkohol Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu* [online]. leden 2011 [cit. 2011-03-11]. Dostupné na WWW: <<http://www.at-ambulance.cz/alkohol.htm>>
24. ÚZIS. *Legislativa NZIS*. [online]. 2010 [cit. 2011-03-06]. Dostupné na WWW: <<http://www.uzis.cz/registry-nzis/legislativa-nzis>>
25. ÚZIS. *Organizační struktura*. [online]. 2010 [cit. 2011-03-06]. Dostupné na WWW: <<http://www.uzis.cz/nas/organizacni-struktura>>
26. ÚZIS. *Základní informace o ÚZIS ČR* [online]. 2010 [cit. 2011-03-06]. Dostupné na WWW: <<http://www.uzis.cz/nas>>
27. ÚZIS. *Psychiatrická péče 2009* [online]. listopad 2010 [cit. 2011-03-12]. Dostupné na WWW: <<http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2009>>
28. ÚZIS. *Psychiatrická péče 2008* [online]. Červenec 2010 [cit. 2011-03-12]. Dostupné na WWW: <<http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2008>>
29. ÚZIS. *Psychiatrická péče 2007* [online]. Červenec 2010 [cit. 2011-03-12]. Dostupné na WWW: <<http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2007>>

30. ÚZIS. *Výkazy na rok 2011*. [online]. 2010 [cit. 2011-07-04]. Dostupné na WWW: <<http://www.uzis.cz/vykazy/vykazy-rok-2011?title=&tid=333>>
31. ÚZIS. *Zdravotnická ročenka 2009* [online]. prosinec 2010 [cit. 2011-03-12]. Dostupné na WWW: <<http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2009>>
32. VANĚK, I. *Úvod. Z historie a o režimu*. [online]. Červen 2011 [cit. 2011-03-12]. Dostupné na WWW: <<http://www.horhol.estranky.cz/clanky/z-historie-a-o-rezimu.html>>
33. WHO, MKN – 10 *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decentní revize*. Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10–F19) [online]. 3. 10. 2010 [cit. 2011-30-04]. Dostupné na WWW: <<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>>
34. WHO, *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. [online]. 21. 5. 2010 [cit. 2011-20-06]. Dostupné na WWW: <http://www.who.int/substance_abuse/msbalcstrategy.pdf>

SEZNAM TABULEK

Tabulka č.1 Úmrtí v ČR ovlivněná konzumací alkoholu a jejich podíl na všech úmrtích	s. 23
Tabulka č. 2 Počet invalidních částečných důchodů u Dg. F 10	s. 24
Tabulka č. 3 Počet plných invalidních důchodů u Dg. F 10	s. 24
Tabulka č. 4 Struktura škod působených alkoholem v USA, odhad pro rok 1998	s. 49
Tabulka č. 5 Počet propuštěných a zemřelých v psychiatrických lůžkových zařízeních podle, délky pobytu a pohlaví	s. 62

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1

Vývoj počtu propuštěných a zemřelých v psychiatrických lůžkových zařízeních podle skupin psychiatrických diagnóz a pohlaví	s. 89
--	-------

Příloha č. 2

Počet propuštěných a zemřelých v psychiatrických lůžkových zařízeních podle skupin psychiatrických diagnóz, délky pobytu a pohlaví	s. 90
--	-------

Příloha č. 3

Počet propuštěných a zemřelých v psychiatrických lůžkových zařízeních podle skupin psychiatrických diagnóz, důvodu přijetí a pohlaví	s. 91
--	-------

Příloha č. 4

Počet propuštěných a zemřelých v psychiatrických lůžkových zařízeních podle skupin psychiatrických diagnóz, pořadí přijetí, pohlaví a průměrného věku	s. 92
---	-------

Příloha č. 5

Užívané pojmy	s. 92
---------------	-------

Přílohy:**Příloha č. 1** ³¹¹**4.2 Vývoj počtu propuštěných a zemřelých v psychiatrických lůžkových zařízeních podle skupin psychiatrických diagnóz a pohlaví**

Skupina psychiatrických diagnóz	Rok				
	2005	2006	2007	2008	2009
	celkem - absolutně				
F00–F09	6 682	6 560	6 727	6 627	6 966
F10	11 691	10 705	10 514	10 360	10 026
F11–F19	4 716	5 077	5 339	5 264	5 310
F20–F29	11 928	11 543	11 078	11 006	10 821
F30–F39	5 547	5 319	5 328	4 983	4 972
F40–F48, F50–F59	8 790	8 416	8 805	8 805	9 098
F60–F63, F68–F69	4 052	3 692	3 512	3 653	3 591
F64–F66	153	154	127	161	116
F70–F79	1 932	1 877	1 783	1 873	1 930
F80–F98	2 723	2 424	2 436	2 482	2 539
F99	49	30	57	168	244
Ostatní dg.	2 652	2 481	1 800	2 014	1 978
Celkem	60 915	58 278	57 506	57 396	57 591

³¹¹ ÚZIS. *Psychiatrická péče 2009* s. 55 <<http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2009>>

Příloha č. 2 ³¹²

4.7 Počet propuštěných a zemřelých v psychiatrických lůžkových zařízeních podle skupin psychiatrických diagnóz, délky pobytu a pohlaví

Skupina psychiatrických diagnóz	Délka pobytu ve dnech						Celkem
	1–14	15–30	31–90	91–180	181–365	366 a více	
	celkem						
F00–F09	1 739	1 812	2 243	595	321	256	6 966
F10	4 155	1 578	2 643	1 460	108	82	10 026
F11–F19	2 827	938	1 052	421	60	12	5 310
F20–F29	1 935	2 499	4 435	1 160	405	387	10 821
F30–F39	920	1 460	2 199	295	68	30	4 972
F40–F48, F50–F59	3 838	2 457	2 552	198	36	17	9 098
F60–F63, F68–F69	1 481	781	1 089	176	34	30	3 591
F64–F66	18	8	25	13	22	30	116
F70–F79	651	517	497	128	64	73	1 930
F80–F98	438	735	1 022	308	30	6	2 539
F99	151	32	45	11	5	-	244
Ostatní dg.	426	491	637	181	99	144	1 978
Celkem	18 579	13 308	18 439	4 946	1 252	1 067	57 591

³¹² ÚZIS. *Psychiatrická péče 2009* s. 65 <<http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2009>>

Příloha č. 3 ³¹³

4.8 Počet propuštěných a zemřelých v psychiatrických lůžkových zařízeních podle skupin psychiatrických diagnóz, důvodu přijetí a pohlaví

Skupina psychiatrických diagnóz	Důvod přijetí					Celkem
	ochranná léčba	sociální	diagnostický	léčebný	jiný	
	celkem					
F00–F09	16	4	40	6 397	509	6 966
F10	48	1	106	9 012	859	10 026
F11–F19	79	1	222	4 846	162	5 310
F20–F29	95	5	85	9 902	734	10 821
F30–F39	2	11	22	4 615	322	4 972
F40–F48, F50–F59	4	11	203	8 410	470	9 098
F60–F63, F68–F69	29	5	48	3 319	190	3 591
F64–F66	62	-	1	52	1	116
F70–F79	20	1	25	1 736	148	1 930
F80–F98	3	3	264	2 263	6	2 539
F99	-	-	2	196	46	244
Ostatní dg.	4	3	16	1 837	118	1 978
Celkem	362	45	1 034	52 585	3 565	57 591

³¹³ ÚZIS. *Psychiatrická péče 2009* s. 67. <<http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2009>>

Příloha č. 4 ³¹⁴

4.9 Počet propuštěných a zemřelých v psychiatrických lůžkových zařízeních podle skupin psychiatrických diagnóz, pořadí přijetí, pohlaví a průměrného věku

Skupina psychiatrických diagnóz	Pořadí přijetí v životě			Celkem	Průměrný věk
	poprvé	opakovaně	nezjištěno		
	celkem				
F00–F09	2 010	1 623	3 333	6 966	71,0
F10	2 923	3 563	3 540	10 026	44,8
F11–F19	1 655	1 769	1 886	5 310	29,0
F20–F29	1 557	4 530	4 734	10 821	40,9
F30–F39	1 384	1 960	1 628	4 972	49,7
F40–F48, F50–F59	3 614	2 633	2 851	9 098	41,2
F60–F63, F68–F69	845	1 234	1 512	3 591	36,2
F64–F66	17	35	64	116	35,8
F70–F79	271	790	869	1 930	33,6
F80–F98	929	1 193	417	2 539	11,8
F99	61	18	165	244	62,7
Ostatní dg.	623	400	955	1 978	69,6
Celkem	15 889	19 748	21 954	57 591	44,2

³¹⁴ ÚZIS. *Psychiatrická péče 2009* s. 69. <<http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2009>>

Příloha č. 5

Užívané pojmy v problematice závislosti na alkoholu

Abstinenční příznak – jsou to nepříznivé stavy způsobené poklesem hladiny alkoholu v organismu, jež je bio-fyzický závislý na alkoholu, projevující se např. třesy, pocením, nesoustředěností, zvýšenou úzkostí, přecitlivělostí i na banální podněty.³¹⁵

Abúzus – znamená nadužívání alkoholických nápojů. Základním znakem je vědomé či nevědomé směřování k prožitku drogového efektu alkoholu.^{316 317}

Adiktologie – multidisciplinární obor zabývající se studiem, výzkumem, léčbou a prevencí závislostí na návykových látkách a dalších možných forem závislého chování, jejich důsledků na jedince, společnost a na sociální reintegraci postižených osob.³¹⁸

Alkoholismus – starší termín pro závislost na alkoholu (nesprávný), v současnosti se upouští od jeho používání.³¹⁹

Bagatelizace – obranný mechanismus ega, spočívající ve zlehčování a zastírání závažnosti jevů až k úplnému popření v souvislosti s abúzem a závislosti na alkoholu.
320 321

Craving – je charakterizován jako silná touha a bažení pociťovat návykovou látku.³²²

³¹⁵ srov. Řehan V. *Závislost na alkoholu a jiných drogách – psychologický přístup*. s. 13

³¹⁶ srov. Tamtéž. s. 10

³¹⁷ srov. Řehan, V. *Adiktologie 1.*, s. 22

³¹⁸ srov. Kalina, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*, s. 11

³¹⁹ srov. Řehan V. *Závislost na alkoholu a jiných drogách – psychologický přístup*. s. 10

³²⁰ srov. Tamtéž. s. 11

³²¹ srov. Řehan, V. *Adiktologie 1.*, s. 23

³²² srov. Slezáková, L. *Vliv sociálního prostředí na chování mužů závislých na alkoholu*, s. 11

Ebrieta – alkoholická opilost.³²³

Lapsus – neboli úlet, jednorázové užití návykové látky přičemž nedochází k projevu žádného ze symptomů závislosti³²⁴

Matching – optimální terapeutický přístup k pacienta podle jeho specifických potřeb.³²⁵

Misúzus – znamená zneužívání alkoholu. Konzumací alkoholu se v tomto případě porušuje nějaká závazná norma - buď zákonná (např. zákony zakazující požití alkoholických nápojů před a při řízení motorového vozidla nebo mladistvými) - porušení obecně uznávaných principů (např. upozornění lékaře na nutnost abstinence u záchvatovitých onemocnění, těhotných žen nebo osob závislých na alkoholu).^{326 327}

Narušení, snížení (ztráta) kontroly pití – neschopnost kontrolovat pití a s tím spojené vysoké riziko opilosti při téměř každé konzumaci alkoholu.³²⁸

Palimpsest – je tzv. alkoholické okénko, což je výpadek paměti v důsledku opilosti, je to příznak funkčního postižení paměti. Pravidelný výskyt okének po pití alkoholu signalizuje postupující narušení CNS.³²⁹

Pití v tazích – několikadenní popíjení alkoholu, kdy trvá stále opilost, konzumující jedinec neustále udržuje hladinu alkoholu v organismu. Tento projev patří mezi znaky závislosti na alkoholu.³³⁰

³²³ srov. Řehan V. *Závislost na alkoholu a jiných drogách – psychologický přístup*. s. 13

³²⁴ srov. Tamtéž. s. 56

³²⁵ srov. Nešpor, K. Csémy, L. *Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi*, s. 18

³²⁶ srov. Řehan V. *Závislost na alkoholu a jiných drogách – psychologický přístup*. s. 10

³²⁷ srov. Řehan, V. *Adiktologie 1.*, s. 22

³²⁸ srov. Řehan V. *Závislost na alkoholu a jiných drogách – psychologický přístup*. s. 13

³²⁹ srov. Řehan V. *Závislost na alkoholu a jiných drogách – psychologický přístup*. s. 10

³³⁰ srov. Řehan, V. *Adiktologie 1.*, s. 25

Psychoterapie – dle psychologa Stanislava Kratochvíla in Vymětal: „Psychoterapie je léčebné působení na nemoc, poruchu nebo anomálii psychologickými prostředky. Nebo jinými slovy: psychoterapie je záměrné upravování narušené činnosti organismu psychologickými prostředky. Narušení činnosti se může týkat psychických procesů a osobnosti nebo somatických procesů a orgánových funkcí. Může být záležitostí podmíněnou jak psychogenně, tak somatogenně. K psychologickým prostředkům pak patří především slovo, ale i mimika nebo mlčení, emotivita a emoční vztahy, učení, manipulace prostředím a jiné.“³³¹

Racionalizace – obranný mechanismus v chování osoby v době rozvoje abúzu a závislosti na alkoholu charakteristickým způsobem přístupu k realitě. Jedná se o přesunutí odpovědnosti za vlastní jednání mimo sebe pomocí zdánlivě logických tvrzení.^{332 333}

Ranní doušek – označuje se takto primární ranní doplnění klesající hladiny alkoholu, aby se zabránilo nastupujícím projevům abstinenčních příznaků.^{334 335}

Relaps – návrat k užívání psychotropní látky po období abstinence, které vede k projevu jednoho až dvou příznaků závislosti.³³⁶

Recidíva – opětovný návrat k užívání návykové látky³³⁷

Remise – vymizení příznaku a projevů nemoci, často jen přechodné³³⁸

³³¹ KRATOCHVÍL, S. Vymezení oboru psychoterapie. *Úvod do psychoterapie. 2., aktualizované vydání* s. 14.

³³² srov. Řehan V. *Závislost na alkoholu a jiných drogách – psychologický přístup*. s. 11

³³³ srov. Řehan, V. *Adiktologie 1.*, s. 23

³³⁴ srov. Řehan V. *Závislost na alkoholu a jiných drogách – psychologický přístup*. s. 13

³³⁵ srov. Řehan, V. *Adiktologie 1.*, s. 24

³³⁶ srov. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Úřad vlády České republiky

<http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/r/relaps>

³³⁷ srov. Kalina, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*, s. 56

³³⁸ srov. Vokurka, M. *Praktický slovník medicíny*, s. 323

Tolerance – vyjádření snášenlivosti alkoholu organismem, je individuální.^{339 340}

Úzus – znamená mírné požívání (konzum) alkoholu. Úzus alkoholu by neměl navodit vyšší koncentraci alkoholu v krvi než 0,5 – 0,6g/l = maximálně 0,6‰. Úzus je ekvivalentní charakteru požívání nealkoholických nápojů.^{341 342}

³³⁹ srov. Řehan V. *Závislost na alkoholu a jiných drogách – psychologický přístup*. s. 10

³⁴⁰ srov. Řehan, V. *Adiktologie 1.*, s. 23

³⁴¹ srov. Řehan V. *Závislost na alkoholu a jiných drogách – psychologický přístup*. s. 10

³⁴² srov. Řehan, V. *Adiktologie 1.*, s. 21