

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav ošetrovatelství

Hana Strašáková

ŽIVOTNÍ STYL A ALKOHOL

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Nina Peloušková, Ph.D.

Olomouc 2012

ANOTACE

Název práce:

ŽIVOTNÍ STYL A ALKOHOL

Název práce v AJ:

LIFESTYLE AND ALCOHOL

Datum zadání: 2012-01-03

Datum odevzdání: 2012-06-28

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav ošetřovatelství

Autor práce: Strašáková Hana

Vedoucí práce: Mgr. Nina Peloušková, Ph.D.

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ:

Přehledová bakalářská práce se zabývá životním stylem osob závislých na alkoholu a dopad této závislosti na jejich bio-psycho-sociální model nemoci. Zde byly shrnuty dosavadní poznatky o působení alkoholu na lidský organismus. Jednak v pozitivním smyslu, ale hlavně negativním. Dále nastíněné možnosti preventivních opatření a nelehký nový životní styl abstinujícího alkoholika s důslednou edukací v podpoře celoživotní abstinence.

Abstrakt v AJ:

The bachelor thesis develops the question of lifestyle of people abusing alcohol and impact of their addiction on bio-psycho-social model of illness. It also summarizes existing findings about how alcohol affects human organism, whether they are positive or more likely negative. Furthermore, the bachelor thesis describes possible precautions and uneasy new lifestyle of an abstaining alcoholic and consistent application of support in lifelong abstinence.

Klíčová slova v ČJ: alkohol; alkoholismus; abúzus; prevence; životní styl; alkoholik abstinující

Klíčová slova v AJ: alcohol; alcoholism; abuse; prevention; lifestyle; abstaining drinker

Rozsah: 51 s., 4 příl.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně
a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 28. června 2012

podpis

Děkuji Mgr. Nině Pelouškové, Ph.D. za odborné vedení a cenné rady při zpracování této bakalářské práce.

OBSAH:

ÚVOD	8
PŘEHLED PUBLIKOVANÝCH POZNATKŮ	11
1 POZITIVNÍ VLIV ALKOHOLU NA ZDRAVÍ	11
1.1 Alkohol a jeho pozitivní účinky z pohledu historie	11
1.2 Alkohol a prevence onemocnění	12
1.2.1 Kardiovaskulární systém, diabetes mellitus 2. typu	12
1.2.2 Podíl alkoholu na vznik cévní mozkové příhody	14
1.2.3 Alkohol a jeho působení na vznik hypertenze	15
1.3 Alkohol a senioři	15
1.4 Alkohol a jeho doporučená konzumace	16
1.5 Alkohol a jeho odpůrci	17
2 NADUŽÍVÁNÍ ALKOHOLU A ZDRAVÍ	19
2.1 Závislost na alkoholu jako nemoc	19
2.2 Alkohol a patogeneze závislosti	20
2.3 Alkohol, rozdělení konzumentů a jeho toxicita	21
2.4 Onemocnění způsobená abúzem alkoholu	22
2.4.1 Alkohol a onemocnění jater	22
2.4.2 Alkohol a epilepsie, delirium tremens	24
2.4.3 Alkohol a kožní nemoci, alkoholová kardiomyopatie	25
2.4.4 Alkohol a nádorová onemocnění	26
2.5 Alkohol a odvykací stav	27
2.6 Alkohol, úrazy a pracovní produktivita	28
2.7 Alkohol a situace v České republice	29
3 PREVENCE ALKOHOLISMU	31
3.1 Alkohol, mezinárodní strategie a situace v ČR	31
3.2 Alkohol, preventivní možnosti a léčba	32

3.3	Prevence bažení u závislých osob	34
4	ABSTINUJÍCÍ ALKOHOLIK A ŽIVOTNÍ STYL	35
4.1	Životospráva u onemocnění jater	35
4.2	Životní styl, závislost a abstinující alkoholik	36
4.3	Podpora sebeovládání, Anonymní alkoholici	38
4.4	Syndrom závislosti z pohledu ošetrovatelského personálu	39
	ZÁVĚR	41
	BIBLIOGRAFICKÉ A ELEKTRONICKÉ ZDROJE	45
	SEZNAM ZKRATEK	50
	SEZNAM PŘÍLOH	51

ÚVOD

Střídmé pití alkoholu může pozitivně ovlivnit kardiovaskulární onemocnění, diabetes mellitus 2. typu, cévní mozkové příhody i tělesnou kondici (Šamánek, Urbanová, 2010a, s. 110). Co však přináší jeho nadužívání?

Alkoholismus, nebo-li závislost na alkoholu, je především onemocnění chronické s obvyklými recidivami a postupně progredující. Brzký začátek tohoto onemocnění je definován konzumací alkoholu již u dětí a adolescentů a současně je hlavní příčinou časté přítomnosti této nemoci v České republice. Z abúzu (nadměrného užívání) alkoholu vznikají psychická a somatická poškození (Popov, 2003, s. 29). Možné spouštěče abúzu je velmi těžké ovlivnit medikamentózně či předcházet jim pomocí psychoterapie (Váchová, Janů, Racková, 2009, s. 257). A proto alkohol patří do skupiny velmi kritických rizik veřejného zdraví (Nešpor, Csémy, Sovinová, 2010, s. 612).

Účelem přehledové bakalářské práce pod názvem „Životní styl a alkohol“ je zpracování shrnutí dostupných publikovaných poznatků v českém a slovenském jazyce zaměřených na zkoumaný problém: „Jaký má užívání alkoholu vliv na zdraví člověka a jaký je dopad na kvalitu života při jeho abúzu“.

V rámci práce jsou vytyčeny čtyři cíle, které poukazují na komplexní problematiku užívání alkoholu:

- Cíl 1. Předložit poznatky o pozitivním vlivu alkoholu na zdraví.
- Cíl 2. Předložit poznatky o důsledcích nadužívání alkoholu na zdraví člověka.
- Cíl 3. Předložit poznatky týkající se prevence vzniku závislosti na alkoholu.
- Cíl 4. Předložit poznatky o životním stylu abstinujícího alkoholika.

Bibliografické citace vstupní studijní literatury, které byly prostudovány pro podklad bakalářské práce.

1. BUDINSKÝ, Václav. 2010. *Ať žije alkohol, aneb, Přítel a lék*. Praha: Agentura Lucie, 2010. 143 s. ISBN 978-80-87138-24-3.
2. FIŠER, Bohumil. 2009. *Prevence škodlivých účinků konzumace alkoholu*. Praha: Potravinářská komora ve vydavatelství Enigma, 2009. 16 s. ISBN 978-80-86365-04-6.
3. IVANOVÁ, K., JURÍČKOVÁ, L. 2009. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. Vydavatelství UP 2009. 99 s. ISBN 978-80-244-1332-2.
4. JENČ, Filip et al. 1998. *Alkohol jako lék*. 1. vyd. Praha: Agentura Herbainfo společně s nakl. a vydav. Volvox Globator, 1998. 249 s. ISBN 80-7207-151-3.
5. NEŠPOR, Karel. 2006. *Zůstat střízlivý: praktické návody pro ty, kteří mají problém s alkoholem, a jejich blízké*. 1. vyd. Brno: Host, 2006. 236 s. ISBN 80-7294-206-9.
6. SKÁLA, J. et al. 1987. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1987. 208 s. ISBN 08-077-87.

Vyhledávací strategie

Za účelem vytvoření bakalářské práce byla provedena literární rešerše s použitím vyhledávacích slov: alkoholismus a zdraví; alkohol a otrava; prevence alkoholu; životospráva a alkohol. Kritériem bylo vyhledávací období 2000-2011, téma související s daným cílem, český a slovenský jazyk. Vyhledání relevantních článků proběhlo v databázi BMČ (Bibliographia Medica Čechoslovaca). Vyhledávání Medvik BMČ online: Po zadání kritérií a klíčového slova alkoholismus a zdraví bylo vyhledáno 31 článků. Použito 12 článků, ostatní články nesplňovaly kritéria BP k cíli č. 1.

Po zadání kritérií a klíčového slova alkohol a otrava bylo vyhledáno 61 článků. Použito 17 článků, ostatní články nesplňovaly kritéria BP k cíli č. 2.

Po zadání kritérií a klíčového slova prevence alkoholu bylo vyhledáno 58 článků. Použito 7 článků, ostatní články opět nesplňovaly zadaná kritéria BP k cíli č. 3.

Po zadání kritérií a klíčového slova životní styl a alkohol bylo vyhledáno 46 článků, použity 4 články, ostatní nesplňovaly zadaná kritéria BP k cíli č. 4.

Některé články byly v plnotextu přístupné ke stažení a tisku, ostatní kopie článků byly po konzultaci s odborným pracovníkem knihovny v Psychiatrické léčebně Kroměříž objednány v Národní lékařské knihovně v Praze.

Použití dalšího kroku vyhledávání:

Prostřednictvím odborné pracovnice knihovny Psychiatrické léčebny Kroměříž byly prostudovány archivní časopisy ve slovenském jazyce Alkoholizmus a drogové závislosti, kde byly nalezeny 2 články k dalšímu podkladu BP cíl č. 2 a 1 článek k cíli č. 4. Dále časopis Sestra, použity 2 články k cíli č. 4 a Diagnóza v ošetrovatelství, použit 1 článek k cíli č. 4.

Přes Google vyhledávač byly nalezeny slovenské recenzované biomedicínské časopisy na internetové adrese: http://www.fmed.uniba.sk/.../Slovenske_recenzovane_.

Zde byl proveden výběr časopisů VIA Practica a Slovenský lekár. Opět přes vyhledávač Google na internetové adrese: http://www.solen.sk/index.php?page=magazine_archive byl nalezen časopis VIA Practica a v archívu dohledány 3 články v plnotextu k tvorbě BP cíl č. 2.

Poslední časopis Slovenský lekár byl prostudován v knihovně Kroměřížské nemocnice a dohledán 1 článek k použití podkladu BP cíl č. 2. Na internetové adrese <http://www.drnespor.eu/> byl nalezen 1 článek k cíli č. 4. Ve výsledné fázi tvorby BP bylo využito 38 recenzovaných relevantních článků a 12 článků bez recenzního řízení, z toho 43 v českém jazyce, 7 ve slovenském jazyce a 1 podklad z internetových stránek autora Nešpora.

PŘEHLED PUBLIKOVANÝCH POZNATKŮ

1. POZITIVNÍ VLIV ALKOHOLU NA ZDRAVÍ

Pro tvorbu kapitoly bylo využito 12 dohledaných článků (3 z relevantních zdrojů a 9 bez recenzního řízení), které se věnovaly celkově problematice pozitivního vlivu alkoholu na zdraví jedince. Při jejich studiu se ukázalo, že dané téma sledovali Šamánek, Urbanová, Škrha, Djoussé, Nauš, Nešpor, Zima, Monhart.

1.1 Alkohol a jeho pozitivní účinky z pohledu historie

Autoři Šamánek a Urbanová uvádějí, že již v historii se objevovaly pozitivní účinky alkoholu na zdraví. Předně se alkohol užíval při střevních infekcích, podporoval výživu, vymývaly se jím rány, sloužil jako anestetikum. První dochovaná písemná zmínka o významu vína a piva v lékařství byla v sumerské učebnici pro lékařství roku 2200 př. n. l. (Šamánek, Urbanová, 2009a, s. 64). Jinde Šamánek, Urbanová konstatují, že se výjimečně v literatuře objevily zmínky o příznivém působení alkoholu např. na bolest u srdce z r. 1786 W. Heberden, v r. 1926 v knize „Alkohol a dlouhověkost“ od Raimonda Perla, který poukázal, že klesá úmrtnost při pití menšího množství alkoholu a v opačném případě stoupá. Nevnímal však, že je to spojeno se snížením úmrtnosti na infarkt srdce. Díky těmto sporadickým zmínkám až do roku 1979 neměli lékaři důvod podporovat pití alkoholu (Šamánek, Urbanová, 2009b, s. 104). Opět Šamánek, Urbanová poukazují na zásadní práci z roku 1979 v časopise Lancet od A. S. St. Legea, která dokazuje, že pití vína snižuje úmrtnost na infarkt myokardu. Pak již bylo publikováno mnoho prací se zaměřením na pozitivní vliv pití malého množství alkoholu na lidské zdraví. Docházelo ke změně názorů, že alkohol může mít i kladný vztah na zdraví jedince, protože dříve byl považován

za zhoubu člověka a varovaly před ním světové zdravotnické organizace (Šamánek, Urbanová, 2009a, s. 64). Jinde autoři Sandorová, Samková, Holejšovský et al. uvádějí, že samotný alkohol má kořeny v historii někde na začátku bytí člověka. Víno se produkovalo před 7000 lety, jak vypovídají doložené archeologické podklady. Je o něm také psáno v „Eposu o Gilgamešovi“ z 3–4. tisíciletí př. n. l. Až v 11. století n. l. se v Itálii objevil čistý alkohol. Tato látka se velmi rychle začlenila do života lidí, protože jim ho zpříjemňovala. Také pomáhal v lékařství při úrazech, zraněních při boji, chorobách a k obkladům, které vedly k úlevě nemocného (Sandorová, Samková, Holejšovský et al., 2006, s. 359).

1.2 Alkohol a prevence onemocnění

V této podkapitole jsou shrnuty poznatky pozitivního vlivu malého množství alkoholu v prevenci onemocnění kardiovaskulárních, metabolických a neurologických, které byly zjištěny z pokusů a studií.

1.2.1 Kardiovaskulární systém, diabetes mellitus 2. typu

Autor Škrha uvádí zpomalení rozvoje aterosklerózy při konzumaci vína, které obsahuje polyfenol resveratrol. Byly provedeny pokusy „*in vitro* i *in vivo*“, kde resveratrol aktivně působí na sirtuiny – molekuly, které ovlivňují fyziologické mechanismy (stárnutí, odpověď na stres, inzulin), ale i metabolické nemoci či karcinogenezi. Další složka etanol působí na koronární změny, kde zvyšuje koncentraci HDL cholesterolu v krevní plazmě, dále snižuje přesun hladkých svalových buněk v intimně a v neposlední řadě ovlivňuje snížení krevní srážlivosti (Škrha, 2011, s. 106–107). Jinde autoři Šamánek, Urbanová konstatují, že je prokázán pozitivní vliv alkoholu na zdraví při pití jeho malého množství. Zejména příznivě působí na riziko vzniku ischemické choroby srdeční, cévní mozkové příhody, hypertenze a výskytu diabetes mellitus. Působí i na celkovou fyzickou kondici

a mozkové funkce ve stáří. Abstinenci se proto nedožívají vyššího věku (Šamánek, Urbanová, 2010a, s. 110). Opět Šamánek, Urbanová uvádí působení mírné konzumace alkoholu na prognózu ischemické choroby srdeční. V roce 1948 analyzovala Framinghamská studie křivku ve tvaru „U“ v závislosti mortality na infarkt myokardu se spotřebou alkoholu. Uživatelé měli o 80 % méně infarktů než abstinenci nebo jedinci, kteří pili zanedbatelné množství alkoholu. V letech 1987–1997 probíhala německá studie MONICA. Zde bylo zapojeno 2 710 mužů a žen. Pokud pili muži 20,0–39,9 g alkoholu denně, tak se prokázala nejnižší celková mortalita s rizikem vzniku koronární choroby 0,48. U žen to bylo celkové riziko mortality 0,71 při denní dávce alkoholu 0,10–19,9 g (Šamánek, Urbanová, 2009a, s. 65). Jinde autor Šamánek předkládá, že konzumace alkoholu prospívá u nemocných po koronárním bypassu. Formou dotazníku byly získány poznatky od 1 221 mužů v období 3–5 let. Sledoval se výskyt opakovaných bypassů, cévních mozkových příhod, koronárních atak a úmrtí. Denně se pilo 5–30 g alkoholu a pacienti měli o 25 % nižší pravděpodobnost výskytu další příhody jak koronární, mozkové či úmrtí. S těmito poznatky vystoupil Umberto Benedetto z římské univerzity La Sapienza na sjezdu American Heart Association v Chicagu (Šamánek, 2011a, s. 31). Autor Monhart udává, že příznivě působí nízké dávky alkoholu na riziko vzniku infarktu myokardu, včetně jejich komplikací po prodělaném infarktu. Dále se snižují kardiovaskulární komplikace u nemocných s diabetem 2. typu (Monhart, 2009, s. 16).

Autor Škrha poukazuje na vliv etanolu vzhledem ke glukózové toleranci. Tato tolerance je vlivem etanolu zlepšována a tím se zvyšuje citlivost k inzulinu a to vede ke zpomalení rozvoje diabetu 2. typu (Škrha, 2011, s. 107). Dále autoři Šamánek, Urbanová uvádějí, že různé studie, které probíhaly v Holandsku, Harvardu a Austrálii u lékařů, finských dvojčat a žen svědčily, že mírná konzumace vína snižuje vznik diabetu 2. typu ve srovnání s abstinenty. Riziko kleslo podle metaanalýzy o 33–56 % (Šamánek, Urbanová, 2011b, s. 72).

Autor Monhart poukazuje na nižší nebezpečí vzniku diabetu 2. typu při konzumaci malých dávek etanolu s jeho příznivými účinky na toto metabolické onemocnění. Dále účinky alkoholu podporují kvalitnější glukózovou toleranci a senzitivitu tkání na inzulín. Současně působí i kladně na prevenci vzniku metabolického syndromu (Monhart, 2009, s. 16).

1.2.2 Podíl alkoholu na vznik cévní mozkové příhody

Šamánek, Urbanová uvádějí, že první práce pocházející z roku 1725 dokladuje schopnost vína ovlivnit i mozkové činnosti (Šamánek, Urbanová, 2011b, s. 71). Opět autoři Šamánek, Urbanová jinde shrnují poznatky o vlivu alkoholu na vzniku cévní mozkové příhody, kdy v 70. letech minulého století byly zjištěny a opublikovány první práce na tuto problematiku. Na vzniku první ataky CMP má vliv jednak dávka konzumovaného alkoholu a pak typ formy CMP. U ischemické CMP je riziko výskytu nižší a významnější než u verze hemoragické. Pokud se pije denně velká dávka alkoholu nebo tzv. „binge drinking“ (jednorázové pití), tak riziko formy hemoragické CMP narůstá, což většina dokladovaných studií prokázala. Hlavní stať z roku 1999 popisuje měnící se riziko mezi ischemickou a hemoragickou formou CMP v souvislosti s vlivem již zmíněného alkoholu. Autoři z „Physicians’ Health Study“ sledovali 22 071 lékařů ve věkovém rozpětí od 40 do 84 let ve své prospektivní kohortové studii. Účastníci neměli v záznamech žádnou prodělanou CMP, TIA, infarkt. Po dobu 12,2 roku se projevilo 679 onemocnění CMP. Kde lékaři popíjeli více než jeden drink v týdnu, tam se zjistilo podstatné snížení nebezpečí CMP („RR 0,79; 95% CI 0,66–0,94”) a současně i v souvislosti s ischemickou formou CMP (“RR 0,77; 95% CI 0,63–0,94”). Závěrem se v doporučení hovoří, že střídme požívání alkoholu ochraňuje před ischemickou CMP, ale současně se může zvyšovat nebezpečí hemoragické CMP (Šamánek, Urbanová, 2010b, s. 156–159). Autor Monhart poukazuje na možnosti nižšího rizika vzniku iktu a současně i ovlivnění komplikací

po prodělaném iktu při současné konzumaci malých dávek alkoholu, které mají na toto onemocnění příznivé účinky (Monhart, 2009, s. 16).

1.2.3 Alkohol a jeho působení na vznik hypertenze

Šamánek a Urbanová opět konstatují, že přetrvávalo tvrzení o škodlivosti pití většího množství alkoholu na riziko vzniku hypertenze. Alkohol byl dokonce zakázán. Na Harvardově univerzitě proběhl výzkum, který prokázal u mladších jedinců nízký výskyt hypertenze, pokud pili tři drinky denně (Šamánek, Urbanová, 2009a, s. 68–69). Jinde Šamánek, Urbanová poukazují na studii společnosti ARIC, která vyhodnotila nižší výskyt hypertenze o 12% u mužů a o 11% u žen, kde respondenti střídavě popíjeli alkohol. Současně je snížen i výskyt rizika infarktu myokardu (Šamánek, Urbanová, 2011b, s. 71). Opět Šamánek, Urbanová sledují celkovou úmrtnost u seniorů ve studii pocházející ze státu Nový Jižní Wales. Zde byli po dobu 116 měsíců sledováni respondenti narození před rokem 1930 a to 1 235 mužů a 1 570 žen. Sledovaný jev se snížil u konzumentů alkoholu mužů o 37 % a o 25 % u žen. Z toho vyplývá doporučení, že starší osoby by pro upevnění zdraví měly pít jeden až dva drinky denně (Šamánek, Urbanová, 2009a, s. 67). Další autor Monhart udává, že odhadem mírné dávky etanolu 20–30 g u mužů a 10–20 g u žen mají antihypertenzní účinky v kombinaci s protektivním kardiovaskulárním efektem (Monhart, 2009, s. 18).

1.3 Alkohol a senioři

Autoři Šamánek, Urbanová uvádějí, že pití hlavně vína, ale i jiného alkoholu, je velmi přínosné ve starším věku. Hovoří o tom různé studie z Austrálie (prodloužení věku), z Dánska (pokles úmrtí na infarkt myokardu) a v americké studii s 5 962 respondenty se u mužů starších 65let, kteří konzumovali 7–14 drinků za týden, prokázala výborná celková tělesná aktivita oproti abstinentům. U žen s konzumací 1–14,9 g alkoholu za den se projeví zlepšené mentální funkce, paměť

a slovní pohotovost (Šamánek, Urbanová, 2011b, s. 72). Opět autoři Šamánek, Urbanová jinde konstatují, že podle některých autorů se může snížit až o 75 % přítomnost Alzheimerovy a vývoj Parkinsonovy nemoci u poživatelů alkoholu. Alkohol také podporuje uvolnění serotoninu v CNS, vyvolá uvolnění, sníží úzkost, útočnost, senioři jsou klidnější a mezilidské vztahy jsou mnohem příjemnější. Pokud nejsou kontraindikace konzumace alkoholu překážkou, střídme požívání se nemusí zakazovat (Šamánek, Urbanová, 2010a, s. 112–113). Autor Monhart poukazuje na výsledky studie Stampfera z roku 2005, kde se sledovalo v průběhu 11 let 12 500 žen (70–81 let), které pily denně 1 pohár alkoholu (dávka do 15 g etanolu: likér, víno, pivo), a jeho vliv na činnost mentálních funkcí. Již po dvou letech denního požívání alkoholu se u vzorku žen prokázal pozitivní vliv alkoholu na mentální funkce, kde riziko poruchy těchto funkcí se snížilo o 20% s porovnáním s abstinentkami (Monhart, 2009, s. 18).

1.4 Alkohol a jeho doporučená konzumace

Šamánek, Urbanová si kladou otázku, co považovat za mírné pití alkoholu, aby bylo pro zdraví blahodárné. Jsou odlišná doporučení pro množství alkoholu v různých zemích, protože se liší dle zvyků a kultur národů. V naší zemi lze konzumovat denně 20 g alkoholu u žen a 40 g alkoholu u mužů na podkladě studií provedených v zemích s podobnými národními podmínkami. Pro představu to je 2 dl vína pro ženy a 4 dl vína pro muže (Šamánek, Urbanová, 2009b, s. 105). Jinde Šamánek, Urbanová konstatují, že u žen je nižší doporučené množství alkoholu (20–30 g/den) oproti mužům (20–40 g/den) a příčinou tohoto rozdílu je u žen v krvi nízká koncentrace enzymu alkohol-dehydrogenázy. Schopnost tohoto enzymu je právě u žen o 70–80 % menší než u mužů, a proto jsou rozdíly snášenlivosti alkoholu u obou pohlaví rozdílné. Může to záviset na složení těla, výšce, hmotnosti a obsahu tukové tkáně (Šamánek, Urbanová, 2011b, s. 72). Opět autoři Šamánek, Urbanová uvádějí,

že důležitost pro zdraví má frekvence pití než množství konzumovaného alkoholu. Pokud se pije každý den, tak byla zaznamenána nízká prevalence akutního infarktu myokardu ve studii z Austrálie u 10 000 žen a mužů. Za optimální věk decentního pití alkoholu jako prevenci se považuje u mužů 20-30 let. Je známo, že cholesterol se ukládá v cévách dříve, než se klinicky projeví příznaky aterosklerózy. A která je nejvýstižnější denní doba pro konzumaci alkoholu? Již římské legie nastolily pití vína převážně večer a s jídlem, což se udržuje až do současnosti. To je také shodné s naším stylem života, jelikož pracujeme do večera. Popíjení alkoholu je tedy tradicí při obědě v neděli a ve slavnostní dny. Již existující studie objektivně dokládají, že pití během večeře je nejlepší z pohledu lidského zdraví. LDL cholesterol při večeři se snižoval po vypití 40 g alkoholu a snížení přetrvávalo dalších 9–11 hodin. V Nizozemsku studovali účinek večerního alkoholu s dávkou 40 g na fibrinolytický systém. Byl odhalen vzestup tkáňového aktivátoru plasminogenu (tPA) bránícího ucpání tepny. Byla vyslovena domněnka, že nezáleží, kdy se alkohol konzumuje, zda s jídlem či bez, ale zásadní je každodenní pití malého množství a pokud je to při večeři, tak je nejzdravější (Šamánek, Urbanová, 2010a, s. 112-113). Monhart poukazuje na Český výzkum tzv. „zdravého pití“ s výsledky na zvýšení HDL-cholesterolu a současně nižší hladiny fibrinogenu u testovaných 45 mužů s konzumací Vetlínského zeleného v množství 375 ml denně (40,2 g etanolu) po 4 týdnech jejich sledování. V další studii, kde bylo 200 mužů a žen při stejné konzumaci denního alkoholu Muller Thurgau, opět se potvrdilo zvýšení HDL-cholesterolu a nižší hladina volných radikálů s odstupem 1 měsíce (Monhart, 2009, s. 18).

1.5 Alkohol a jeho odpůrci

Autor Nešpor se v pozici oponenta zabývá otázkou, jaké je „zdravé“ množství alkoholu a vlastně poukazuje na statistiky Světové zdravotnické organizace, kdy v souvislosti s alkoholem

zemřelo 600 000 Evropanů v roce 2002, tj. 6,3 % unáhlených úmrtí. Z toho počtu bylo 63 000 jedinců mezi 15. – 29. rokem. Evropská charta o alkoholu hovoří, aby lidé nacházeli podporu v odmítání alkoholu, kdy je na ně vyvíjen nátlak, pokud jej nemohou, nechtějí konzumovat ze zdravotních nebo jiných příčin. V České republice se spotřebuje přes 10 litrů 100% alkoholu na osobu a rok, což převyšuje i ostatní evropské země, a proto je zastáncem nedoporučovat alkohol. I přes existující kardioprotektivní účinek je jeho efekt převážen riziky v dopravní nehodovosti, pády ve stáří, vzájemné působení s léky, vznik závislosti a nekontrolovaného pití, včetně rizika rakoviny prsu. Proto o doporučeném množství nemůžeme zde hovořit (Nešpor, 2008a, s. 200). Jiný autor Nauš poukazuje na výstupy výzkumu z „Lund University ve Švédsku“, které nepodporují propagovaný názor o prospěšnosti malého množství alkoholu na zdraví. Odkazuje na Jarl et. al., kteří monitorovali výsledek v souvislosti s doporučenou dávkou a nákladovostí na zdravotní péči, která se zvyšovala u obou pohlaví ve srovnání s porovnávanou skupinou. Výjimku tvořily osoby nad 80 let (Nauš, 2010, s. 93). Další autor Abrams ve svém komentáři k uvedenému článku poukazuje na to, že v lékařském povědomí dlouho panovala zdrženlivost, zda doporučovat pití vína při riziku ICHS či v manifestní ICHS. Problémy s alkoholismem jsou větší, než aby lékaři toto pití podporovali a záměrně radili. Pokud lékař dobře zná posuzované osoby, které netrpí poruchou chování a mají kladnou účast na ochraně svého zdraví, může je bezpečně seznámit s těmito studii (Djoussé, Gaziano, 2007, s. 21). Autor Zima uvádí, že se dávka 30 g/den alkoholu s pozitivním vlivem na kardiovaskulární systém znovu začíná přehodnocovat (Zima, 2008, s. 147). Autor Monhart uvádí, že tzv. „zdravé pití“ může mít i negativní účinky. Varuje před vznikem návyku, poškozením mozku atrofií a v neposlední řadě i vzniku rakoviny prsu u žen v menopauze (Monhart, 2009, s. 18).

2. NADUŽÍVÁNÍ ALKOHOLU A ZDRAVÍ

Kapitola o negativním vlivu alkoholu na zdraví byla vytvořena ze souboru celkem 23 dohledaných publikovaných článků z relevantních periodik. Po prostudování odborných periodik se tímto tématem zabývalo mnoho autorů, např. Sandorová et al., Obot, Váchová et al., Popov, Nešpor a další.

2.1 Závislost na alkoholu jako nemoc

Autoři Sandorová, Samková et al. udávají, že alkoholismus a tím podstatná droga alkohol představují problémy v oblasti sociální, zdravotní i ekonomické, které se projevují ve spoustě zemí. Toto onemocnění zvané alkoholismus (závislost na alkoholu) je chronické, progresivní s možností vedoucí až k úmrtí. Je to nejen fyzická závislost, ale základním principem jsou i genetické, sociální a psychologické okolnosti (Sandorová, Samková et al., 2006, s. 358). Autoři Váchová, Janů a Racková hovoří o diagnóze závislost jako o poměrně mladé. V nedávné historii byli „pijani a karbaníci“ mezi společností považováni za vydeděnce, ne nemocné. Kdežto ve starších spisech a v antice se závislost popisovala jako nemoc, včetně léčby (Váchová, Janů, Racková, 2009, s. 257). Autor Popov konstatuje, že závislost na alkoholu je duševní porucha, kterou lze diagnostikovat (MKN-10) podle znaků závislosti, které se vyskytnou aspoň tři během jednoho roku. Patří mezi ně „bažení“ (silná touha) po alkoholu; problémy v sebeovládání při konzumaci alkoholu; projevy odvykacího stavu; růst tolerance; zanedbávání koníčků; pokračování v pití i přes jeho škodlivé důsledky (Popov, 2003, s. 30). Další autor Obot konstatuje, že již dlouho jsou v povědomí zdravotní a sociální důsledky škodlivosti při nadměrné konzumaci alkoholu, kde WHO má odhadem k dispozici kolem 60 druhů nemocí, které jsou bezprostředně spjaté s požíváním alkoholu (alkoholická cirhóza jater; určité druhy rakoviny; závislost). Alkohol působí toxicky na orgány,

dále jako omamná látka s výsledným nebezpečným chováním s úrazy, promiskuitou a v neposlední řadě vznik závislosti (Obot, 2006, s. 113–114).

2.2 Alkohol a patogeneze závislosti

Opět autoři Váchová, Janů, Racková popisují patogenezi závislosti, kde se opírají o mikro a makrospolečenské spjitosti. V současnosti se studie zaměřují na rodinu, dříve to byla společnost. Makroprostředí znamená v Baconově studii flexibilní změny v podobě migrace obyvatelstva, rozvoji širší komunikace, kultury, komplexnosti a tím zvýšenou potřebu zapojení jedince do společenství. Toho lze snáze docílit konzumací návykových látek, které usnadní potlačit nejistotu, ohrožení, zlepši komunikaci. Protikladem je mikroprostředí, kterým je rodina, vztahy. Rotgers zobrazuje „model nemoci rodiny“ Alkoholik a jeho pití se začleňuje do rodinné kultury a činností, které jsou později vžitě, a nelze se bez nich obejít. Jak to v rodině vypadá? Otec popíjí, neakceptuje rodinu, žena musí řešit rodinné problémy, je zatěžována, nedoceněna. Do toho spory, výčitky, vážne komunikace a rodina vstupuje do bludného kruhu. Dítě pak nahrazuje funkci partnera, což není optimální, ale dočasně funkční (Váchová, Janů, Racková, 2009, s. 257–258). Autoři Sandorová et al. popisují působení alkoholu na člověka a proč k němu tak často sahá. V dnešní hektické a stresující době má účinky v podobě dopingu. Jedinec si chce ulehčit či něčeho dosáhnout stůj co stůj. První a následně opakované sáhnutí po alkoholu je v podobě pocitu spokojenosti, zvýšeného sebevědomí, snadnějšího navazování kontaktů. V opojení je veselý, výřečný, žertovný. Při progresi opilosti se postupně stává jedinec nekritickým, je hlučný, impulzivní. Nedovede naslouchat okolí, nekontrolovaně artikuluje, je zarudlý, vrávorá, dvojitě vidí. Únava, zvracení, spavost, bledost jsou příznaky těžké otravy alkoholem. Ve vysokých dávkách působí podobně jako narkóza s projevy poruch vědomí, uvolnění svalstva, necitlivostí, pomočením, sníženým

dýcháním, zornice nereagující na osvit, až smrtí z útlumu dechového centra (Sandorová et al., 2006, s. 360).

2.3 Alkohol, rozdělení konzumentů a jeho toxicita

Autoři Sandorová et al. konstatují, že lidé se dle konzumace alkoholu rozdělují do čtyř skupin. Abstinent zažene žízeň jakýmkoliv nápojem bez alkoholu, protože ho odmítá. Je to člověk, který neměl alkohol minimálně tři roky. Vesměs jsou to děti do šesti let, mezi dospělými je to výjimka. Konzument si alkohol vypije k dosažení příjemného rozpoložení nebo k potlačení nepříjemného subjektivního stavu. Dávka a frekvence se zvyšuje, ale nedochází k otravě alkoholem. U pijáka stoupá tolerance, častěji je opilý, intoxikovaný, mívá „okna“. Je ujištěn, že může s alkoholem přestat, když se rozhodne. Jedinec již závislý na alkoholu má sníženou toleranci, opije se často a rychle, většinou pije od rána. Začíná si uvědomovat, že alkohol neovládá. Dochází k debaklu a pomocí je protialkoholní léčba (Sandorová et al., 2006, s. 360–361).

Autor Zima uvádí, že toxicita alkoholu souvisí s podaným množstvím této látky a současné poškození organismu je závislé na metabolismu alkoholu s tvorbou látek, které při tomto ději vznikají. V lidském těle se alkohol metabolizuje pomocí alkoholdehydrogenasy (ADH), dále pomocí mikrosomálního etanolového oxidačního systému (MEOS, CYP2E1), katalasy a neoxidativního metabolismu (Zima, 2006, s. 153). Jinde autor Zima popisuje, že cytochrom P450 (izoenzym P450IIE1), kterým se etanol metabolizuje, se podílí na oxidačním stresu a v průběhu vzniku zhoubného bujení. Alkohol ovlivňuje membrány a tím i vstřebávání látek v těle. Častou komplikací alkoholizmu je onemocnění jater od steatózy, přes cirhózu až ke karcinomu (Zima, 2008, s. 147).

2.4 Onemocnění způsobená abúzem alkoholu

V této podkapitole se shrnují dohledané poznatky, které poukazují na onemocnění vznikající dlouhodobým abúzem alkoholu. Zejména onemocnění jater, epilepsie, delirium tremens, kožní, srdeční a nádorová onemocnění.

2.4.1 Alkohol a onemocnění jater

Autorka Szántová udává, že alkoholové onemocnění jater patří mezi nejčastější jaterní onemocnění, které se řadí na 3. místo (po kardiovaskulárních a nádorových onemocněních) v zemích s nejvyšší spotřebou alkoholu. Evropa patří mezi kontinenty s touto nejvyšší spotřebou ve světě. Česká i Slovenská republika se řadí k zemím s vysokou spotřebou alkoholu jak v Evropě (2. a 16. místo), tak ve světě (3. a 13. místo). Za rizikové faktory tohoto onemocnění se považují celoživotní konzumace alkoholu, genetické předpoklady, pití mimo jídlo, vysoce koncentrované alkoholické nápoje, ženské pohlaví, cyklické nárazové pití, malnutrice a současná infekce virem hepatitidy. Mezi klinické formy patří steatóza, která může přejít do cirhózy anebo do alkoholové hepatitidy. Pravděpodobnost přežití u abstinentů je přes 80% na rozdíl od alkoholiků, u kterých po 3 letech klesá o 20% a po 5 letech o dalších 20%. Pokud je řešením pouze transplantace jater, musí nemocný abstinovat nejméně 6 měsíců, být doporučen psychologem a teprve pak se uvažuje o zapsání do čekací listiny (Szántová, 2008, s. 170–173). Další autoři Brůha, Dvořák, Petrtýl et al. se shodují, že steatóza jater je vesměs nezhoubné onemocnění, kdežto cirhóza zkracuje život. Může mít i projevy různých komplikací: portální hypertenze, jícnové varixy s častým krvácením, ascites či jaterní encefalopatie. Takto nemocný člověk přežívá maximálně 1–2 roky. Základním pilířem léčby je nekompromisní abstinence, ostatní terapie je jen podpůrná. Pokud se přistoupí k transplantaci jater u abstinentů, tak zvyšuje délku života zhruba o 5 let (Brůha, Dvořák, Petrtýl et al.,

2009, s. 144–146). Nešpor, Zima, Csémy uvádí, že v roce 2003 podle ÚZIS ČR v České republice zemřelo 731 mužů a 242 žen na alkoholové onemocnění jater. Toto onemocnění se může ukrýt pod jiné diagnózy jako hepatocelulární karcinom, selhání jater, krvácející jícnové varixy. Důležitá je v léčbě opět naprostá abstinence, kdy může dojít k zlepšení stavu a zahájení včasné terapie. V USA se preferuje transplantace jater, protože náklady na léčbu jsou ekonomicky lepší než léčba symptomatická (Nešpor, Zima, Csémy, 2005d, s. 422). Autorka Belovičová popisuje projevy kompenzované cirhózy jater. Jednak jsou to příznaky nespecifické: astenie, únava, dyskomfort v pravém podžebří, narušený spánek. Při zevním vyšetření je palmární erytém, pavoučkové névy, hepatomegalie, splenomegalie, na břichu viditelný kolaterální oběh. Dekompenzovaná cirhóza je charakterizovaná ascitem, krvácením do zažívacího traktu, ikterem, malnutricí, ochabnutím svalstva, hypotenzí, tachykardií, jaterní encefalopatií. Ve fázi dekompenzace je nutná hospitalizace pro život ohrožující stav. Komplikací jsou poruchy hemokoagulace, hepatocelulární karcinom, cholelitiáza, osteopatie, metabolické a endokrinní poruchy, získaná imunodeficience, zánětlivé komplikace, hepatopulmonální syndrom. Prognóza přežití u kompenzované cirhózy je 10 let a jen 2 roky u dekompenzované nemoci (Belovičová, 2009, s. 59–62). Autoři Jarčuška, Zakuciová, Veseliny udávají, že alkohol je dostupnou a společensky akceptovanou návykovou látkou na Slovensku. Již při intenzivní 8-10 denní konzumaci alkoholu (300–600 ml 86% alkoholu) se poměrně rychle vyvine steatóza jater, ale po přerušení pití je toto stádium reverzibilní. Naproti cirhóza jater se postupně projeví u všech pacientů, kteří dlouhodobě konzumují alkohol alespoň 160 g v průběhu 8 let. Jarčuška et al. uvádí, že podvyživení nemocní mají větší sklon k cirhóze než obézní (Jarčuška, Zakuciová, Veseliny, 2006, s. 461).

2.4.2 Alkohol a epilepsie, delirium tremens

Autor Nešpor uvádí, že v České republice je asi 0,5–1% osob s epileptickým onemocněním, to znamená asi 70 000 jedinců. U nás je dlouhodobě vysoká spotřeba 100 % alkoholu na osobu a rok kolem 10 litrů. Výskyt epilepsie a zneužívání etanolu mají nezdědilaná souvislost. Spouštěcím mechanismem pro vznik status epilepticus může být jak požití alkoholu, tak odvykací proces. Obvykle se záchvat projeví do 6–48 hodin po poslední dávce alkoholu. Hypotézou rizika jsou strukturální změny a atrofie CNS při konzumaci vysokých dávek alkoholu a časté odvykací stavy. V neposlední řadě i nepoměr vodního, minerálního hospodářství s hypoglykemií (Nešpor, 2005a, s. 329). Autor Donáth popisuje, že epileptické záchvaty jsou stereotypní, intermitentní poruchy vědomí, chování, emocí, motorických, senzorických funkcí, kde původ je v neuronálních výbojích. Patofyziologicky jsou výsledkem nerovnováhy mezi excitačním a inhibičním neurotransmitterovým systémem. Vzniká agregát produkující hypersynchronní výboje. Nabídka dopaminu se zvyšuje u nemocných při chronickém užívání alkoholu a to by mohlo přispět ke spuštění epileptických záchvatů i alkoholických psychóz. Nejrizikovější stav způsobí náhlé snížení sérové hladiny etanolu a celý problém se potencuje nedostatkem spánku. Proto se u nemocných s epilepsií výrazně doporučuje vyhnout se požití jakékoliv dávky alkoholu (Donáth, 2003, s. 259–260).

Další autoři Csémy, Nešpor, Brožová poukazují na prudký vzestup konzumace alkoholu v České republice od roku 1990–2003 a s tím související zvýšený počet onemocnění s deliriem tremens. Informace byly opatřeny z ÚZIS MZ ČR týkající se hospitalizací od roku 1995 s počtem 649 a v roce 2005 již byl nárůst na 1019 s maximem v roce 2004 (1116 případů) hospitalizací. Toto onemocnění se projevuje poruchou vědomí, zrakovou halucinací, třesem, poruchou psychomotoriky, dezorientací. Součástí je dehydratace a nedostatek draslíku, hořčíku se současným onemocněním jater (Csémy, Nešpor, Brožová, 2007, s. 82). Autor

Chval uvádí, že v 5 % se odvykací stav manifestuje do deliria s klasifikací MKN - 10 (odvykací stav s deliriem) ve věku mezi 30. – 50. rokem. Během 48 hodin po požití poslední dávky alkoholu se mohou (3–15%) projevit generalizované epileptické stavy s vysokým rizikem projevu deliria tremens (30–40%!). Plně rozvinuté onemocnění ohrožuje jedince na životě. Po 3-6 dnech odeznívá delirium s hlubokým spánkem, kdy nemocný se probouzí do relativně přirozeného psychického stavu. Nemocný je v nebezpečí pádu, epileptického stavu, infekčních potíží, dehydratací a rozvratem homeostázy. Mezi komplikace patří otok mozku, dekompenzace diabetu, jaterní selhání. Je neklidný, agresivní, nebezpečný (Chval, 2007, s. 254).

2.4.3 Alkohol a kožní nemoci, alkoholová kardiomyopatie

Autor Nešpor poukazuje na kožní nemoci, které se alkoholem zhoršují či jsou s ním spojené. Patří mezi ně lupenka, seborrhoická dermatitis, projevy nedostatku vitamínu skupiny B, A na kůži, kopřivka, pruritus, alergie na určité složky v alkoholu, rosacea, oslabení imunity s kožními infekcemi. Již v roce 1985 toto potvrdila práce české autorky Fadrholcové (Nešpor, 2006a, s. 657).

Autoři Kyčina, Murín popisují vznik alkoholové kardiomyopatie (AKMP). Dotyční autoři poukazují na literaturu Bollingera, který v roce 1884 jako první popsal zvýšený výskyt srdečních onemocnění u osob z Mnichova s nadměrným množstvím konzumace piva. AKMP je specifické onemocnění srdečního svalu známé etiologie a je klasifikovaná jako dilatační kardiomyopatie. Kritické dávky etanolu na vznik AKMP jsou: chronická konzumace alkoholu aspoň 10 let a s denním příjmem 80–100 g absolutního alkoholu (0,25 litru 40 % destilátu, resp. 1 litr vína, resp. 1,5–2,0 litry 12 ° piva). Zatím je nejasné, proč se toxický efekt manifestuje u některých chronických alkoholiků do jater a u jiných do poškození srdce. Zpočátku je onemocnění asymptomatické, ale později se manifestuje příznaky: dyspnoe, ortopnoe, únava, palpitace, anorexie, synkopy, tachyarytmie.

Prognóza tohoto onemocnění při nedodržení abstinence s následným úmrtím je do 3–6 roků od stanovení této diagnózy (Kyčina, Murín, 2011, s. 278–289).

2.4.4 Alkohol a nádorová onemocnění

Autor Zima uvádí, že při metabolismu alkoholu dochází ke sledu určitých dějů, které pak mohou vést k nádorovému vzplanutí. Patří sem například oxidační stres, vznikají přeměny v DNA a další. Proto je tato otázka diskutabilní, zda alkohol patří do rizikových faktorů. Kde je jeho účinek prokázán, tak se to týká nádorů vzniklých v horním zažívacím systému, hepatocelulární nádor v játrech postižených alkoholovou cirhózou a nepodložený vznik karcinomu prsu u žen. Kolorektální karcinom může vzniknout při požívání 20 g etanolu za den, dle sdělení konference WHO (Zima, 2006, s. 158). Autoři Kvítková, Martinove ml., popisují, že v současnosti je nedostatek pokusů s důkazem, že alkohol může být prohlášený jako kompletní karcinogen. Během posledních několika deseti let pokusy na zvířatech poukázaly, že etanol může mít efekt jako karcinogen nebo spouštěč zhoubného procesu. Byl zaznamenán výskyt karcinomu zažívacího traktu (jícen, žaludek) u křečků. Autoři sami sledovali po dobu 2. let příznaky, které jsou podezřelé na maligní bujení (vysoká sedimentace, anémie, sideropenie) u nemocných (n=80) v OLÚP (Odborný léčebný ústav psychiatrický), n. o. Predná Hora. V indikovaných případech nemocní prošli konziliárním vyšetřením a podařilo se jim zachytit u 5 nemocných skryté tumory. Proto považují při screeningu tumorů u rizikové skupiny nemocných závislých na alkoholu důležité provést vyšetření nádorového markeru CA (carbohydrát antigen) 19-9, který je produkován maligními buňkami při adenokarcinomu slinivky, žaludku, žlučníku, tlustého střeva, vaječníků a plic. Na podkladě doložených faktů (kasuistik) by chtěli v budoucnosti u závislých nemocných realizovat vyšetření markeru CA 19-9 a zajistit konziliární vyšetření na specializovaných pracovištích. Výsledky sledování by mohly být podkladem pro další

studie (Kvítková, Martinové, 2008, s. 111–117). Autoři Kollárová et al. popisují multicentrickou studii, kterou vedla „IARC pro země střední a východní Evropy“, kde byla sledována mimo jiné i konzumace alkoholu, kouření a BMI. Ve sledované skupině bylo 88 osob s rakovinou jícnu a 200 osob sloužilo jako kontrolní vzorek v období od března 2000 do listopadu 2002. Studie byla prováděna na I. a II. chirurgické klinice ve Fakultní nemocnici Olomouc. Na podkladě rozhovorů a dotazníků byly získávány potřebné informace. Hodnocení provedl program „STATISTICA a EPI INFO“. Při konzumaci alkoholu bylo potvrzeno riziko vzniku maligního nádoru jícnu a vztah s rostoucí dávkou alkoholu. V závěru shrnují, že studie potvrzují vliv alkoholu na vznik karcinomu jícnu (Kollárová, Máchová, Horáková et al., 2008, s. 79–83).

2.5 Alkohol a odvykací stav

Jinde autoři Nešpor, Holešťová, Zima uvádí, že při odvykacím stavu se zvýší osmolarita a sníží hladina draslíku. Nastává deplece hořčíku, sodíku, chloridů, vápníku a fosfátů. To souvisí s nižším vylučováním vazopresinu (antidiuretický hormon) a většími vodními ztrátami ledvinami. Stoupá úroveň osmolarity, sodíku a chloridů. Dále tato nerovnováha minerálů je způsobena nadměrným příjmem tekutin s menším množstvím minerálů (vysoké dávky piva), špatné vstřebávání, zvracení, průjemy, malnutrice. Alkohol tlumí příštitná tělíska a s tím souvisí deplece vápníku a onemocnění kostí. Draslík a jeho nedostatek podporuje nervosvalovou dráždivost, vzniká zácpa, změny na EKG až srdeční selhání. Hořčík způsobuje podrážděnost, křeče. V terapii je důležité doplňovat tekutiny, minerály a sledovat bilanci tekutin, která by neměla klesnout pod 2 litry za 24 hodin (Nešpor, Holešťová, Zima, 2005b, s. 331). Autorka Kmetonyová poukazuje na nebezpečí, které souvisí s náhlým přerušением konzumace alkoholu u chronických pijáků. Do 24–36 hodin vzniká abstinenci syndrom s projevy třesu, nespavostí, hyperaktivitou, nauzeou, zvracením

a poruchami vnímání. Mezi 7–30 hodinami mohou vzniknout generalizované záchvaty tonicko - klonických křečí s kumulací 1–6 záchvatů. Jde o život ohrožující stav s nutnou hospitalizací k zabezpečení hydratace, elektrolytů a aplikací benzodiazepinů, magnézia a thiaminu. S odstupem 72–96 hodin může vzniknout nejzávažnější příznak abstinence: delirium tremens. Nemocný je zmatený, agitovaný, převládá nespavost, halucinace, třes, tachykardie, horečka. Pokud nemocný trpí srdečním onemocněním, tak mortalita je zde vysoká. Nutná hospitalizace, intenzivní sledování vitálních funkcí a regulace poruch vnitřního prostředí (Kmetonyová, 2003, s. 282).

2.6 Alkohol, úrazy a pracovní produktivita

Autor Nešpor konstatuje, že alkohol hraje velkou roli v úrazech hlavy při násilných činech nebo v dopravě. Při pádu jsou úrazy hlavy častým jevem zvláště u intoxikovaných osob alkoholem. Co je nebezpečné v této situaci? Alkohol zastírá u intoxikovaného možné příznaky nitrolebního krvácení a s tím možné spojení dramatického konce. Po poranění hlavy se mohou vyskytovat dočasně, ale i chronicky závratě, únava, bolesti hlavy, poruchy soustředění, nižší snášenlivost ke stresu, alkoholu a další příznaky. Aktivnímu nemocnému se může nabídnout poradenství, psychoterapie, antidepresiva, relaxační metody, rodinná terapie. Spolupráci znesnadňuje porušování abstinence. Důležitost je kladena na informaci o prognóze a komplikacích. Ti, kdo pili alkohol rizikově či škodlivě, tam je na místě krátká intervence o problémech působených alkoholem. Vhodné jsou dále například informace o výsledku vyšetření; předání brožury; zapojení rodiny do spolupráce; upevnění motivace; telefon či terapeutický kontrakt. U závislých nemocných na alkoholu je vhodné doporučit protialkoholní léčbu (Nešpor, 2005e, s. 567–568).

Autoři Nešpor a Csémy uvádějí, že v USA se prováděly propočty, které hovořily o alkoholu jako o nejdražší příčině ve spojitosti s nižší

pracovní produktivitou v důsledku s vyšší nemocností, invaliditou a úmrtím. Škody způsobené alkoholem v roce 1998 z amerických pramenů (nižší produktivita práce; náklady na léčbu závislosti; dopravní nehody; alkoholová kriminalita atd.) potvrzují, že alkohol se podílí na ekonomických škodách a vyzývají k usilovnější prevenci. V pracovním prostředí jsou rizika spojená s alkoholem v podobě vyšší nemocnosti, úmrtnosti, kocoviny, zvýšeným rizikem úrazů, interpersonálních konfliktů, chybami, trestnou činností s dopadem na rodinu. Z pohledu pracovního prostředí je to tolerance alkoholu na pracovišti, dostupnost alkoholu během zaměstnání, přetíženost, stres, trojsměnný provoz, jednotvárná práce, nezaměstnanost, obory s kombinací rizikových faktorů (zaměstnanci barů, stavební dělníci) (Nešpor, Csémy, 2009a, s. 256–257). Autor Popov konstatuje, že alkohol patří mezi kauzální důvody podílející se na vzniku pracovní úrazovosti (Popov, 2003, s. 29). Další autor Obot uvádí, že negativní dopad alkoholu se pojí s rizikem škod při jeho užívání v pracovním procesu. Vede tak k ekonomickým ztrátám, které mají vysoké výdaje pro společnost (Obot, 2006, s. 113).

2.7 Alkohol a situace v České republice

Autoři Nešpor, Csémy, Sovinová uvádějí výsledky dotazníku AUDIT, použitého v roce 2006 v populačním šetření „Názorů občanů na zdraví a zdravotnictví“ (N=2326, věk 18–64 let, průměrný věk 39,2 roků). Výsledky uvádí, že 2% populace (tj. 140 tisíc ekonomicky činných obyvatel ČR) požívají alkohol s problémy a potřebují odbornou léčbu. Rizikově či škodlivě pijí alkohol asi 1,3 miliónu obyvatel z dospělé populace ČR. V roce 2010 byla Světovým zdravotnickým shromážděním schválena globální strategie WHO v souvislosti s alkoholem a podpořena Mezinárodní radou zdravotních sester, Mezinárodní asociací studentů medicíny i Světovou radou církví. Pro ČR to znamená plošné vyhledávání a diagnostikování osob závislých na alkoholu. Může to být např. v podobě informací těhotným;

pomoc rodinám; kontroly dechu u řidičů na alkohol; dodržení věkové hranice pro prodej alkoholických nápojů, regulace hustoty těchto zařízení; zvýšit daně na alkoholické nápoje a cenová dostupnost pro nealkoholické; omezit reklamu; potlačit ilegální výrobu. WHO vyzvala ke zpracování národního programu pro prevenci škod působených alkoholem. V ČR nic neexistuje a nedaří se dosáhnout ani hlavního cíle, tj. snížení spotřeby alkoholu (Nešpor, Csémy, Sovinová, 2010, s. 612–613). Autoři Sandorová, Samková, Holejšovský et al. uvádějí, že v celosvětovém pořadí patří mezi země s nejvyšší konzumací alkoholu již dlouhodobě právě Česká republika. Za rok se spotřebuje asi 15 litrů vína, 8 litrů tvrdého alkoholu a 150 litrů piva v ČR průměrně na občana (řadí se mezi ně i kojenci). Propagace podsouvá pozitivní vliv alkoholu a negativní dopad zastíní, tím se zvyšuje jeho konzumace. Nikde už není zmíněný dopad v dopravní nehodovosti, rozpadu rodin, psychických potíží u dětí alkoholiků a další kriminální i ekonomické aspekty (Sandorová, Samková, Holejšovský et al., 2006, s. 360). Jinde autor Popov konstatuje, že v porovnání se západní Evropou je cena alkoholu v ČR nízká a tento faktor souvisí pak s dostupností, spotřebou alkoholu a dopadem jeho negativního abúzu na vzniklé sebevraždy, vraždy, smrtelné a pracovní úrazy, dopravní nehody (Popov, 2003, s. 29).

3 PREVENCE ALKOHOLISMU

Další kapitola s tematikou prevence alkoholismu byla vytvořena na podkladě 7 dohledaných publikovaných článků z relevantních periodik. Tímto tématem se zabývalo velmi málo autorů např. Nešpor, Csémy, Matanelli et al., Popov, McGovern.

3.1 Alkohol, mezinárodní strategie a situace v ČR

Autoři McGovern, Manning, McMahon poukazují na vzniklý dokument „Globální strategie WHO pro omezování škodlivého užívání alkoholu“ v roce 2010. Je zde stanoveno několik úkolů a cílů k problematice alkoholu zapracovaných jak na individuální, tak celospolečenské úrovni s možností řešení komplexních otázek. Mezi cíle bylo stanoveno: zvyšování dostupných a kvalitních rozhodujících informací; odborná pomoc na kvalitnější úrovni; rozvoj spolupráce; zvýšit kvalitu monitorovacích a kontrolních režimů. Uplatnily se různé intervence v řešení těchto problémů, například včasná intervence a terapie; určité kroky zaměřené proti alkoholu za volantem; zamezení přístupnosti alkoholických nápojů; omezit reklamu, přehodnocení cen a daní. Veškerá doporučení jsou těžkým úkolem a vytvořená předloha je podkladem pro politiky a iniciativy s tím související (McGovern, Manning, McMahon, 2011, s. 16–18). Autor Popov se zamýšlí nad dokumentem „Globální strategie pro omezování škodlivého užívání alkoholu“, který byl přijatý v květnu 2010 na 63. zasedání Světového zdravotnického shromáždění. ČR má nejvyšší spotřebu alkoholu na osobu v celosvětovém měřítku. Již řadu let víme o alarmujících údajích, ale nic nepodnikáme. Prevence před škodlivou konzumací alkoholu je v ČR neuspokojivá. Každý rok se publikuje „Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice“. Shrnuje události protidrogové politiky, drogové scény, prevenci a terapii závislostí u nelegálních drog. Drogy legální jsou zmíněny jen okrajově a alkohol je zde jen ve spojitosti

s mortalitou a kriminalitou. Vláda ČR ručí za tvorbu a dodržování národní protidrogové politiky, která byla v květnu 2010 schválena na období 2010–2018.

Zde formuluje 4 hlavní cíle:

- 1) snížit experimenty a náhodné užívání drog u mladých osob,
- 2) snížit problémové a usilovné užívání drog,
- 3) snížit možná rizika s užíváním drog,
- 4) zamezit dosažitelnost drog.

Ze státních dotací však budou upřednostněny projekty, které řeší osoby v cílové skupině užívající nelegální drogy. Problematiku v ČR související se škodlivým užíváním alkoholu a tabáku, která je popsána v dokumentech (Národní strategie, zákon 379/2005 Sb.) se do reality uvádí velmi nedostatečně. Vznikla obava, že dokument WHO může postihnout osud ve formě „šuplíkového dokumentu“. Dokument dostal šanci řešit problém s alkoholem v ČR a realizace je v rukou národní politiky (Popov, 2011, s. 12–14).

3.2 Alkohol, preventivní možnosti a léčba

Autoři Nešpor a Csémy uvádějí dostupnou léčbu a prevenci poruch vzniklých užíváním alkoholu v souvislosti s medicínou založenou na důkazech. U každého nemocného mohou mít stěžejní význam jiné léčebné a preventivní modality. Mohou zahrnovat: omezující opatření v podobě vyššího zdanění alkoholu, horší dostupnost alkoholu pro mladé, regulace reklamy (intervence celospolečenská); sociální dovednosti v nácviku; krátká intervence; Naltrexon při terapii závislosti na alkoholu; kognitivně-behaviorální terapie; posílení motivace; rodinná léčba; účast v organizaci Anonymní alkoholici. Všechny výše uvedené možnosti lze kontrolovat různými studiemi a tím získat podklady pro medicínu založenou na důkazech (Nešpor, Csémy, 2006b, s. 964). Jinde autor Nešpor konstatuje, že pohybové aktivity jsou vhodnou složkou komplexní prevence a léčby. Sem řadíme rekreační cvičení a sport. Cvičení je dobrou prevencí

a léčbou u onemocnění pohybového aparátu. Vybraná společnost ve sportovním klubu, která má své zásady ve vztahu k alkoholu či drogám je vhodná v období dospívání, ale nebezpečná v potréningových akcích v podobě opíjení. Cvičení a následná relaxace mírní deprese a úzkosti. Autor odkazuje na jógu, která je nesoutěživá a cvičební sestavy lze volit dle možností jednotlivých nemocných. Během cvičení je důležité uvědomění si svých pocitů a relaxace vkládaná mezi cviky. Jóga je vhodná u depresí, narušeného spánku a bolestí (Nešpor, 2005c, s. 53–55). Opět autor Nešpor doporučuje krátkou intervenci u lidí s návykovou nemocí. Provádět by ji měli všichni lékaři klinických oborů. Vhodné jsou svépomocné materiály, které mohou předat lékaři, zdravotní sestry či jiný odborník. U nemocných s návykovou chorobou jsou patrné poruchy soustředění, paměti, snížená psychická aktivita. K těmto příznakům se připočítávají i další příčiny jako craving (bažení), neuspořádaný životní styl, odvykací stavy, poškozené zdraví, vyčerpání. Zde jsou vhodné jednoduché materiály. Autor dává odkaz na www.drnespor.eu ke stažení intervenčních materiálů (Nešpor, 2009b, s. 557). Autoři Nešpor a Csémy uvádějí, kde všude je vhodné místo pro screening a krátkou intervenci u osob s problémovým pitím alkoholu. Doporučují ordinace praktických lékařů, pracoviště s důležitostí kladenou na přesnost (silniční provoz, ozbrojené složky) či na jednotce intenzivní péče. Dále sem mohou spadat všechny typy školních zařízení (od základních až po vysoké školy, odborná učiliště), detoxikační stanice, policie, vězeňství, porodnicko-gynekologická pracoviště, psychiatrie a internet s dotazníkem AUDIT (viz. příl. č. 1–3) (Nešpor, Csémy, 2005f, s. 841–842). Autor Obot poukazuje na to, že Evropa i svět musí čelit nesnázím, které souvisejí s konzumací alkoholu. Je vhodné důsledně reagovat na důsledky škodící společnosti i jednotlivcům. Důležitá je kontrola nabídky alkoholu, poskytnutí terapie závislým osobám a realizované postupy se zaměřením na prevenci škodlivého užívání alkoholu (Obot, 2006, s. 114–115). Autor Popov uvádí, že alkoholismus je chronické onemocnění (často

recidivující), kde při jeho vzniku mají vliv okolnosti biologické, psychické a sociální. V léčbě je důležité podchytit všechny zmíněné faktory. Hlavní úlohu v terapii v ČR má psychoterapie (Popov, 2003, s. 31).

3.3 Prevence bažení u závislých osob

Autoři Nešpor, Matanelli, Pekárková et al. popisují bažení (craving), které souvisí se závislostí na psychoaktivních látkách. Pokud se budou dodržovat následující postupy je možné bažení mírnit (viz. příl. č. 4). Zevní podněty a možnosti jejich oslabení jsou např. vyhýbání se situacím a prostředím, která jsou riziková (alkohol, hostince); najít si bezpečná prostředí (nové zaměstnání, zdokonalit životní styl); nacvičení si rizikové situace a její zvládnutí; nacvičit odmítání; mediální gramotnost (televize, internet). Vnitřní spouštěče a jejich oslabení tkví například v prevenci hladu, žízně, nedostatku spánku (zajistit si pravidelný spánek, jídlo, hydrataci); odpoutání pozornosti; spánek při únavě; uspořádání času (nadměrná nuda či aktivita); relaxace, psychoterapie, tělesná aktivita (rizikové emoce). Dále sem spadá uvědomění si kognitivní funkce, jako například naučit se sebeuvědomování (uvědomit si bažení); pozorovat myšlenky bez reakcí (klouzání po povrchu myšlenek); imaginace a její využití; představa, co by poradil terapeut atd. Individuálně získané a účinné postupy mohou být například: sex; sprcha; sauna; chov zvířat; kresba; hudba. Při vhodném vedení vše působí léčebně a zvládá pocity bažení (Nešpor, Matanelli, Pekárková et al., 2011b, s. 703–706). Autor Popov popisuje craving jako hlavní roli v syndromu závislosti. Není to jen „chuť“ na alkohol, ale i snížené sebeovládání a nemožnost se z negativní zkušenosti poučit. Toto bažení je spuštěno při odnětí alkoholu, který se projeví jako „syndrom z odnětí“ (Popov, 2003, s. 30).

4 ABSTINUJÍCÍ ALKOHOLIK A ŽIVOTNÍ STYL

Poslední kapitola zahrnující životní styl u abstinujícího alkoholika byla vytvořena ze 4 dohledaných publikovaných článků z relevantních zdrojů, 3 zdroje bez recenzního řízení a 1 internetovým zdrojem, který vytvořil autor Nešpor pro veřejnost laickou i odbornou. Tímto tématem se zabývalo jen málo autorů, např. Nešpor, Matanelli, Benkovič, Belovičová, Jarčuška, Zakuciová, Popov, Pešek, Kotrbová a další.

4.1 Životospráva u onemocnění jater

Autoři Jarčuška, Zakuciová a Veseliny uvádějí, že při alkoholové cirhóze jater je mnoho pacientů často v malnutrici a důležitá je kalorická dieta. Doporučuje se příjem bílkovin 1–1,5 g/kg hmotnosti a kalorický příjem 25–40 kcal/kg hmotnosti denně. U těžkých stavů se doporučuje suplementace aminokyselin (Jarčuška, Zakuciová, Veseliny, 2006, s. 464). Jinde autorka Belovičová popisuje dietu při onemocnění jater (cirhózy jater). Při přípravě pokrmů používáme čerstvé potraviny (maso, těstoviny, zelenina, ovoce, atd.), které podáváme pětkrát denně v menších porcích. Nemocní s chorobami jater hůře tolerují nepravidelnost ve stravování. Vyhýbáme se přejídání, které je nežádoucí pro látkovou výměnu. V potravě musí být zastoupeny bílkoviny, cukry a v omezeném množství tuky. Vybíráme vhodné druhy masa, ale důležité jsou i mléčné výrobky. Pro vyšší zatížení jater tuky se nedoporučuje smažení. Dbáme na dostatečný přívod vitamínů B, C. Zakázaný je alkohol. Kdo má problémy se zadržením vody v těle, musí omezit sůl (uzeniny, paštiky, konzervované ryby, instantní polévky, kečup, dressingy). Strava nedráždivá, upravená vařením, dušením (Belovičová, 2009, s. 62). Autor Nešpor uvádí nejen dietní opatření pro abstinující alkoholiky. Důležitá je změna návyků při stravování. Nebýt hladový, jinak je ohrožena abstinence. Dodržovat pravidelné stravování v bezpečném prostředí (oběd v práci, nechodit do restaurací). Hodně

vlákniny a vitamínu B, omega 3 mastné kyseliny, které jsou prevencí onemocnění srdce a tlustého střeva. Nápoje s kofeinem mohou vést k poruchám spánku. Dále doporučuje nepřesolovat jídla, která vedou k žízní a tím i k možnosti spuštění bažení. Závěrem lze poradit striktně dbát na pravidelný dietní a hydratační režim v podpoře abstinence (Nešpor, 2011, [online])

4.2 Životní styl, závislost a abstinující alkoholik

Autoři Nešpor a Matanelli popisují, jak životní styl souvisí s nemocí zvanou závislost. Během léčby si nemocní uvědomí, jak je důležitá pravidelnost a určitý režim. V průběhu vývoje závislosti se kombinují rizikové a ochranné faktory z vícero rovin, proto se návyková nemoc správně nepovažuje za problém pouze životního stylu. A právě tato změna stylu může významně ulehčit terapii. Jak se stravovat a hydratovat? Žízeň, která vyvolává bažení, doporučují zahnat nealkoholickým nápojem. Výzkumy doporučují pravidelnost v jídle a s tím se pojí i určité rituály. Jiný je v rodinném kruhu na rozdíl od restaurací a jiných veřejných zařízení. Také je kladen vysoký důraz na spánkovou hygienu. Při nedostatku spánku se zhoršuje soustředěnost, rozhodnost a nastává riziko porušení abstinence. Nedoporučuje se trojsměnný provoz. K dosažení kvalitního spánku jsou vhodné i relaxační metody. Doporučuje se přiměřená tělesná aktivita, která pomáhá při úzkosti, depresi a je vhodná před relaxací. Pro vyčerpané lidi po náročném zaměstnání se doporučuje dvacet minut relaxace. Ke zvládnutí bažení je dobré se naučit klidné břišní dýchání a to lze provádět kdekoliv. Podnětný je i aktivní odpočinek v bezpečných prostředích. U závislých je důležitý „suchý dům“ bez alkoholu. Podstatný je i sociální vztah, změna lidí, se kterými se abstinující alkoholik setkává, to vede ke změně životního rázu s možností napravení společného využití času s rodinou. Nesmíme opomenout důležitost doléčování, například v klubech Anonymních alkoholiků, kde se nemocný cítí stabilní a jistý. Určitá kázeň, zdravé

návyky a změna životního způsobu jsou v terapii závislostí nepostradatelné, důležité (Nešpor, Matanelli, 2011a, s. 293–294). Autoři Benkovič, Garaj popisují výzkum se zaměřením na dopad abúzu alkoholu z hlediska kvality a smyslu života. Dle dřívějších výzkumů závislost na alkoholu souvisí s poklesem sebeúcty, se sníženým pocitem sociálního začlenění a zvýšeným pocitem sociální nepotřebnosti. Vyskytuje se pocit neužitečnosti, zmaření, ztráty smyslu života, smutku, objevují se deprese, neurózy, které vedou k suicidiálním pokusům až sebevraždám. Je zhoršený psychický i tělesný stav. Ve výzkumu bylo 100 osob. Z toho 50 probandů s diagnózou F 10 (poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu), kteří byli hospitalizováni v psychiatrických léčebnách na území Slovenské republiky (OLÚP- Predná Hora a Psychiatrická nemocnica Hronove) po dobu 12 týdnů. Dalších 50 probandů tvořilo kontrolní skupinu, kteří nebyli hospitalizováni v psychiatrických léčebnách a osobně se řadí do skupiny příležitostných konzumentů alkoholu. Z výsledků vyplývá, že alkoholici nejsou vyrovnáni se svojí životní spokojeností před ani po léčbě, dále pociťují ve větší míře psychické problémy, deprese, mají psychosomatické následky abúzu alkoholu, pociťují nižší subjektivní pohodu, mají sníženou tělesnou kondici, fyzickou výkonnost a odolnost proti nemocem, dále považují za horší svoji finanční situaci, jsou méně spokojeni s vlastní osobou, zodpovědnost (schopnost odhodlat se, angažovanost, povinnost) je horší, převládá zdrženlivost, pasivita, obává se „vykročit“ do života a bojí se následků svého konání, prožívání vlastní smysluplnosti je na nižší úrovni, často konají bez rozmyšlení a v afektu, dále mají nižší potřebu sociálního kontaktu, jsou zdrženliví, málo hovorní, hůře navazují kontakty, emočně labilní, mají sníženou sebedůvěru, jsou plašší. Po prodělané léčbě došlo k poklesu prožívání tělesných problémů, snížilo se depresivní ladění, zlepšila se schopnost vyrovnávat se se stresovými situacemi, jsou více extrovertní, mají větší potřebu sociálního kontaktu a schopnost se více prosadit. Projevila se zvýšená sebedůvěra,

stabilnější nálada. Závěrem lze potvrdit, že tříměsíční ústavní protialkoholní léčba vedla ke zlepšení kvality života a zvýšení celkové subjektivní spokojenosti na podkladě zlepšeného zdravotního stavu (Benkovič, Garaj, 2009, s. 129–152).

4.3 Podpora sebeovládání, Anonymní alkoholici

Opět autoři Nešpor, Csémy poukazují na to, že důležitým prvkem u onemocnění závislostí je snížené sebeovládání. Provedli pilotní studii se 117 muži, kteří trpěli různou závislostí (alkohol; jiné látky; patologické hráčství) a dotazovaní muži uvedli různé podněty, které jim pomáhají zvládnout či zlepšit své sebeovládání. Patřily mezi ně například: 1. pomoc jiných osob, 2. nějak odvrátit svou pozornost, 3. motivace, 4. odpočinek a změna životního stylu, 5. tělesná aktivita, 6. využít prostředí, 7. relaxace, 8. zlepšit sebevědomí, 9. farmaka, 10. uvědomit si a přiznat svou nemoc, abstinenci, 11. vytěsnit nevhodné vzorce jednání. Získané informace seřadili podle četnosti využívání u dotazovaných (Nešpor, Csémy, 2006c, s. 658–661). Jinde autor Nešpor sumarizuje způsoby sebeovládání. Zmiňuje se například: 1. uvědomit si problém, 2. rozeznat bažení, které může zhoršit sebeovládání, 3. odejít z rizikového prostředí, 4. použít zápornou, ale i kladnou motivaci, 5. použít symboly (deník, kniha), 6. aplikovat semafor (červená - zvážit - co dál), 7. meditace, 8. smích, 9. autosugesce („Žiji zdravě!“), 10. formule o odmítání alkoholu a další způsoby (Nešpor, 2008b, s. 56–57). Autoři Pešek, Kotrbová, Masár et al. popisují jako vhodnou formu dalšího doléčování svépomocnou skupinu Anonymních alkoholiků (dále AA). Jsou to muži a ženy, kteří si navzájem sdílejí zkušenosti a problémy s uzdravením ze závislosti na alkoholu. Podmínkou je upřímná a trvalá abstinence. Sezení probíhá v podobě mítinků, kde dodržování jeho dané struktury vede z terapeutického hlediska k nácviku trpělivosti a disciplíně. Samotný program je na principu 12 kroků AA, které jsou duchovního rázu a vedou postupně k pokoře, sebezpytování. Současně

mají pozitivní vliv na bio-psycho-socio-spirituální model člověka. Společenství tak vede ke změně sociálních vztahů (noví přátelé), učí se psychologickým (zvládnutí bažení, emocí, rizikového myšlení) a sociálním praktikám (asertivita, plánování času, řešení problémů). Důležitá je neustálá pozitivní motivace, emoční podpora, sebereflexe a zpětná vazba od druhých. Samotné mítinky AA nestačí, ale musí být doplněny i kombinací další odborné formy terapie (motivační terapie, kognitivně behaviorální terapie) (Pešek, Kotrbová, Masár et al., 2006, s. 44–52). Další autor Popov rovněž poukazuje na svépomocnou skupinu AA ve světě (západní Evropa) i v ČR, která se postupně rozvíjí už několik let podle modelu „12 kroků“. Forma AA spadá do psychosociálního typu intervence v léčbě závislosti (Popov, 2003, s. 32).

4.4 Syndrom závislosti z pohledu ošetřovatelského personálu

Autorka Trefná uvádí, že závislost se vyznačuje souborem určitých znaků a proto dostává název jako „syndrom závislosti“. Spadá sem i tzv. „polymorfni závislost“, která je typická pro kombinaci vícero návykových látek (kanabionidy, tabák, stimulancia..). Syndrom může mít více podob podle upřednostňované návykové látky (závislost na alkoholu, sedativech, kanabionidech, tabáku atd.). V léčbě závislosti je velmi důležitá naprostá abstinence, protože dané závislosti se mohou zastupovat. Při hospitalizaci pacientů s touto „polymorfni závislostí“ jsou možné aktuální ošetřovatelské diagnózy:

- 1) „Akutní násilí vůči okolí z důvodu nervozity a podrážděnosti“.
- 2) „Neúčinné zvládnání problémů z důvodu fyzické a psychické závislosti na psychoaktivních látkách“.
- 3) „Porušená sociální interakce z důvodu neschopnosti sdělit prožitě“.
- 4) „Bezmocnost“.
- 5) „Beznaděj“.

Další možné potenciální ošetrovatelské diagnózy:

- 1) „Riziko relapsu z důvodu nezvládnutého bažení po droze“.
- 2) „Riziko vzniku asociálního chování z důvodu recidivy závislosti“.
- 3) „Riziko opakované ztráty zaměstnání a bydlení“.

Během hospitalizace je důležitá podpora pacienta k aktivní terapii s důrazem na přednosti abstinence. Dále získání důvěry, názoru na závislost s pochopením jeho situace. Součástí terapie jsou relaxační techniky, které zvládají pocity bažení. Průběžná edukace v péči o své zdraví a další doléčovací způsoby po hospitalizaci jsou nepostradatelné (Trefná, 2011, s. 77–79). Další autorka Nejmanová poukazuje na ošetrovatelskou péči o pacienta s poruchou osobnosti, kdy se mohou projevit i další psychické potíže (úzkost, deprese, závislost na alkoholu a jiných drogách, sebepoškozování, pokusy o suicidium). Na prvním místě je psychoterapie s uvědoměním si své poruchy a usměrněním pak svého chování. Na komplexní péči se podílí multidisciplinární tým (lékař psychiatr, všeobecná sestra, psycholog, sociální pracovník, ošetrovatel). Důležitý je osobní kontakt s pacientem s vymezením určitých hranic v terapii (Nejmanová, 2011, s. 25). Autorky Tkáčová, Repková uvádějí, jak edukovat pacienta s arteriální hypertenzí v ošetrovatelské péči. Je kladen důraz na vysvětlení, že nemoc se neovlivňuje pouze medikamentózně, ale poukázáním na faktory, které lze při dané spolupráci a disciplíně výrazně ovlivnit. Sem patří redukce váhy, omezení kouření, alkoholu, soli a navýšení aktivního pohybu. Současně je vhodné pravidelně kontrolovat arteriální tlak, a proto je vhodné si pořídit tlakoměr. Pro úspěšnou léčbu je nutné získat pacienta k aktivní spolupráci (Tkáčová, Repková, 2011, s. 60-61).

ZÁVĚR

Bakalářská práce měla za cíl sumarizovat dostupné poznatky týkající se vlivu užívání alkoholu na zdraví člověka. Účelem celé přehledové bakalářské práce bylo dohledat a porovnat názory různých autorů zabývajících se touto problematikou.

První zkoumanou oblastí byl pozitivní vliv alkoholu na zdraví. Již v historii byly dochovány zmínky o užívání alkoholu zevně i vnitřně. Byly vysledovány určité kladné účinky na srdeční bolesti, snižovala se úmrtnost na infarkt myokardu a to v souvislosti s pitím malého množství alkoholu (Sandorová, Samková, Holejšovský et al., 2006, s. 359; Šamánek, Urbanová, 2009a, s. 64; 2009b, s. 104;). V současnosti vyplývá z pokusů a studií, že víno zpomaluje rozvoj aterosklerózy, ICHS a prospívá u nemocných po koronárním bypassu (Monhart, 2009, s. 16; M.,Š, 2011a, s. 31; Šamánek, Urbanová, 2009a, s. 65; Škrha, 2011, s. 106–107;). Alkohol zpomaluje rozvoj diabetu 2. typu, snižuje nebezpečí ischemické CMP, hypertenze a infarktu myokardu. U seniorů se může snížit přítomnost Alzheimerovy a vývoj Parkinsonovy choroby (Monhart, 2009 s. 16-18; Šamánek, Urbanová 2011b, s. 71–72; 2010a, s. 112–113; 2010b, s. 156; 2009a, s. 68–69; Škrha, 2011, s. 107). Doporučené nejzdravější pití alkoholu je denně večer v dávce 20g u žen a 40g u mužů (Monhart, 2009, s. 18; Šamánek, Urbanová, 2009b, s. 105; 2010a, s. 112–113;). Oponenti této otázky se neshodují v názoru doporučovat konzumaci alkoholu. Má to souvislost s náhlým úmrtím, riziky v dopravě, pády, vznikem závislosti (Monhart, 2009, s. 18; Nešpor, 2008a, s. 200;), rostou náklady na zdravotní péči (Nauš, 2010, s. 93) a doporučená dávka 30g/den se začíná přehodnocovat (Zima, 2008, s. 147).

Druhý bod se věnoval negativnímu vlivu alkoholu na zdraví při jeho abúzu. Zde se mnoho autorů shoduje, že nadužívání alkoholu vede k závislosti jako nemoci s diagnostickými prvky a toxicitou na různé orgány (Obot, 2006, s. 113–114; Popov, 2003, s. 30; Sandorová,

Samková et al., 2006, s. 358; Váchová, Janů, Racková, 2009, s. 257; Zima, 2006, s. 153). Patogeneze závislosti se opírá o mikro a makrospolečenské spojitosti. Je popisován „model nemoci rodiny“. Člověk sahá po alkoholu na podporu sebevědomí, být spokojenější, veselý, výřečný a v progresi opilosti je nekritický, impulzivní, unavený, zvrací (Sandorová et al., 2006, s. 360; Váchová, Janů, Racková, 2009, s. 257–258;). Při abúzu vzniká alkoholové poškození jater, steatóza jater a cirhóza s četnými komplikacemi (Belovičová, 2009, s. 59–62; Brůha, Dvořák, Petrhýl et al., 2009, s. 144–146; Jarčuška, Zakuciová, Veseliny, 2006, s. 461; Szántová, 2008, s. 170–173). Dále se může projevit epileptický záchvat v odvykacím stavu s možností deliria tremens (Csémy, Nešpor, Brožová, 2007, s. 82; Donáth, 2003, s. 259–260; Chval, 2007, s. 254; Kmetonyová, 2003, s. 282; Nešpor, 2005a, s. 329), alkoholová kardiomyopatie, kožní nemoci (Kyčina, Murín, 2011, s. 278–289; Nešpor, 2006a, s. 657), nádorová onemocnění: kolorektální karcinom, hepatocelulární karcinom jater, karcinom zažívacího traktu (Kollárová, Máchová et al., 2008, s. 79–83; Kvítková, Martinove, 2008, s. 111–117; Zima, 2006, s. 158). V odvykacím stavu se zvyšuje osmolarita a dochází k depleci různých minerálů (Nešpor, Holešťová, Zima, 2005b, s. 331). Alkohol hraje velkou roli v úrazech hlavy při násilných činech a v dopravě, současně se snižuje pracovní produktivita a zvyšují se náklady na nemocnosti a invaliditu (Nešpor, 2005e, s. 567-568; Nešpor, Csémy, 2009a, s. 256–257; Obot, 2006, s. 113; Popov, 2003, s. 29;). Situace v ČR podle dotazníku AUDIT hovoří o 2% populace (140 tisíc), která požívá alkohol s problémy (potřeba odborné léčby) a 1,3 mil. rizikově. WHO vyzvala zpracovat program pro prevenci škod působených alkoholem, ale v ČR nic neexistuje a tuto spotřebu se nedaří ani snížit (Nešpor, Csémy, Sovinová, 2010, s. 612–613). V ČR se průměrně spotřebuje na osobu za rok 15 litrů vína, 8 litrů tvrdého alkoholu a 150 litrů piva. Propagace alkoholu předčí negativní dopad, který je opomíjen (tzn. např. dopravní nehody, rozpad rodin, kriminalita) (Sandorová, Samková, Holejšovský et al., 2006, s. 360). V porovnání

se západní Evropou je cena alkoholu v ČR nízká, a to souvisí s dostupností, spotřebou a negativním dopadem pro společnost (Popov, 2003, s. 29).

Třetí část se zaměřila na možnou prevenci vzniku závislosti na alkoholu. Dokument z roku 2010 „Globální strategie WHO pro omezování škodlivého užívání alkoholu“ má několik cílů a úkolů (hodnotnější odborná pomoc, zvýšit kvalitu kontrolních režimů, omezit reklamu, včasná intervence). Situace v ČR je alarmující, protože máme nejvyšší spotřebu alkoholu na osobu v celosvětovém měřítku. Prevence je zde neuspokojivá. A tento podstatný dokument se v ČR uvádí do reality nedostatečně a může skončit jako „šuplíkový“ (McGovern, Manning, McMahon, 2011, s. 16–18; Popov, 2011, s. 12-14). V prevenci a léčbě poruch vzniklých užíváním alkoholu mohou mít význam např. cvičení, jóga, relaxace, kluby Anonymních alkoholiků, rodinná terapie, krátká intervence (ve školách, u praktických lékařů, na policii, detoxikačních stanicích, jednotkách intenzivní péče, psychiatrii), regulace reklamy, vyšší zdanění alkoholu. (Nešpor, Csémy, 2005f, s. 841–842; 2006b, s. 964; Nešpor, 2005c, s. 53–55; 2009b, s. 557). Důležitá je i kontrola nabídky alkoholu, poskytnutí terapie závislým osobám, včetně podchycení vlivů biologických, psychických a sociálních. ČR v léčbě preferuje psychoterapii (Obot, 2006, s. 114–115; Popov, 2003, s. 31). V prevenci bažení pak vyhýbání se rizikovým situacím, najít si bezpečná prostředí, prevence hladu, žízně, spánková hygiena, uspořádání času atd. (Nešpor, Matanelli, Pekárková et al., 2011b, s. 703–706). Bažení hraje hlavní roli v syndromu závislosti a současně i snížené sebeovládání s nemožností poučení se z negativní zkušenosti (Popov, 2003, s. 30).

Poslední čtvrtý cíl souvisí s nastavením nového životního stylu u abstinujícího alkoholika včetně nastíněné ošetrovatelské péče. Nejčastějším onemocněním bývá alkoholové poškození jater, a proto je důležité dietní opatření s doporučením příjmu bílkovin, kaloricky hodnotné stravy, vhodné potraviny, jejich příprava,

pravidelnost ve stravování a zákaz alkoholu (Belovičová, 2009, s. 62; Jarčuška, Zakuciová, Veseliny, 2006, s. 464; Nešpor, 2011, [online]). Nový životní styl je zaměřený na pravidelnost ve stravování, dostatečná hydratace, pravidelná spánková hygiena, relaxace, bezpečné prostředí („suchý“ dům), doléčovací aktivity v klubech Anonymních alkoholiků, podpora sebeovládání (odvrácení pozornosti, motivace, tělesná aktivita) (Nešpor, Matanelli, 2011a, s. 293–294; Nešpor, Csémy, 2006c, s. 658–661; Pešek, Kotrbová, Masár et al., 2006, s. 44–52; Popov, 2003, s. 32). A jaký dopad má nadužívání alkoholu na kvalitu a smysl života? Alkoholici prožívají psychické i fyzické problémy. Po prodělané 3 měsíční léčbě se subjektivně zlepšuje fyzický zdravotní stav, zvyšuje se sebedůvěra, stabilizuje nálada a komplexní léčba úspěšně vedla ke zlepšení kvality života (Benkovič, Garaj, 2009, s. 129–152). V ošetrovatelské péči se setkáme s pacientem s „polymorfní závislostí“, poruchou osobnosti, ale i somatickým onemocněním. V ošetrovatelských diagnózách se nejčastěji setkáváme s bezmocností, beznadějí, porušenou sociální interakcí, neúčinné zvládnutí problémů, riziko relapsu, asociálního chování atd. Důraz je kladen na získání důvěry, náhledu na své onemocnění a usměrnění svého chování. Osobní kontakt s pacientem je podstatný, ale s vymezením určitých hranic v terapii (Nejmanová, 2011, s. 25; Trefná, 2011, s. 77–79;). Mezi častá somatická onemocnění patří arteriální hypertenze, a proto je vhodná edukace pacienta s tímto onemocněním. Pro úspěch v léčbě je nutné získat aktivní spolupráci pacienta s poukázáním na faktory, které může zásadním způsobem ovlivnit (redukce váhy, omezit kouření, alkohol, sůl, navýšit aktivní pohyb) (Tkáčová, Repková, 2011, s. 60–61).

BIBLIOGRAFICKÉ A ELEKTRONICKÉ ZDROJE

BELOVIČOVÁ, M. Cirhóza pečene – stará, ale neprekonaná choroba. *VIA Practica*. [online] 2009, roč. 6, č. 2, s. 59–62. [cit. 2012-05-25]

ISSN 1336-4790. Dostupné z:

http://www.solen.sk/index.php?page=magazine_archive

BENKOVIČ, A., GARAJ, V. Kvalita života u ľudí závislých od alkoholu a jej zmena v priebehu liečby. *Alkoholizmus a drogové závislosti*. 2009, roč. 44, č. 3, s. 129–152. ISSN 0862-0350.

BRŮHA, R., DVOŘÁK, K., PETRTÝL, J. a ŠVESTKA, T. Alkoholové poškodenie jater. *Medicína pro praxi*. [online] 2009, roč. 6, č. 3, s. 144–146. [cit. 2011-11-15]. ISSN 1803-5310. Dostupné z:

<http://www.medicinapropraxi.cz/>

CSÉMY, L., NEŠPOR, K. a BROŽOVÁ, J. Delirium tremens v Českej republike: strmý vzestup. *Časopis lékařů českých*. 2007, roč. 146, č. 1, s. 82–83. ISSN 0008-7335.

CVAL, J. Delirium tremens. *Psychiatrie pro praxi*. [online] 2007, roč. 8, č. 6, s. 254–256. [cit. 2011-11-15] ISSN 1213-0508. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/>

DJOUSSÉ, L., GAZIANO, J. M. Alkoholový paradox. *Clinical kardiology alert*. 2007, roč. 1, č. 3, s. 20–21. ISSN 1213-2586.

DONÁTH, V. Alkohol, drogy a niektoré iné psychotropné látky vo vzťahu k epilepsii. *Psychiatrie pro praxi*. [online] 2003, roč. 4, č. 6, s. 259–262. [cit. 2011-11-15] ISSN 1213-0508. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/>

JARČUŠKA, P., ZAKUCIOVÁ, M. a VESELINÝ, E. Poškodenie pečene alkoholom a liekmi. *VIA Practica*. [online] 2006, roč. 3, č. 10, s. 461–466. [cit. 2012-05-25] ISSN 1336-4790. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=magazine_archive

KMETONYOVÁ, B. Neurogénne komplikácie chronického alkoholizmu. *Slovenský lekár*. 2003, roč. 13, č. 7–8, s. 280–282. ISSN 1335-0234.

- KOLLÁROVÁ, H., MÁCHOVÁ, L., HORÁKOVÁ, D., JANOUTOVÁ, G., ČÍŽEK, L. a JANOUT, V. Rizikové faktory u karcinomu jícnu. *Česká a slovenská gastroenterologie a hematologie*. 2008, roč. 62, č. 2, s. 79–83. ISSN 1213-323X.
- KVETKOVÁ, J., MARTINOVÉ ml., M. Závislost a nádorové ochorenia. *Alkoholizmus a drogové závislosti*. 2008, roč. 43, č. 2, s. 111–117. ISSN 0862-0350.
- KYČINA, P., MURÍN, J. Alkoholová kardiomyopatia-má miesto aj v súčasnej psychiatrii?. *Alkoholizmus a drogové závislosti*. 2011, roč. 46, č. 5, s. 277–295. ISSN 0862-0350.
- McGOVERN, T. F., MANNING, S. a McMAHON, T. Globální strategie SZO pro omezování škodlivého užívání alkoholu (2010): Vize a výzvy. *Adiktologie*. 2011, roč. 11, č. 1, s. 16–18. ISSN 1213-3841.
- M.,Š. Pití alkoholu prospívá také pacientům po aortokoronárním bypassu. *Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře*. [online] 2011a, roč. 3, č. 1, s. 31. [cit.-2011-11-15] ISSN 1803-7542. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/tituly/kzk/archiv/>
- MONHART, V. Hypertenze a alkohol. *Practicus*. 2009, roč. 8, č. 6, s. 16-18. ISSN 1213-8711.
- NAUŠ, A. Vliv malých množství alkoholu na zdraví. *Pracovní lékařství*. 2010, roč. 62, č. 2, s. 93. ISSN 0032-6291.
- NEJMANOVÁ, L. Poruchy osobnosti. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2011, roč. 7, č. 3, s. 25. ISSN 1801-1349.
- NEŠPOR, K. Alkohol a epilepsie. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2005a, roč. 101, č. 6, s. 329–330. ISSN 1212-0383.
- NEŠPOR, K., HOLEŠTOVÁ, D. a ZIMA, T. Alkohol a poruchy minerálního a vodního hospodářství. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2005b, roč. 101, č. 6, s. 331–332. ISSN 1212-0383.
- NEŠPOR, K. Pohybová cvičení a jóga v prevenci a léčbě závislosti. *Časopis lékařů českých*. 2005c, roč. 144, č. 1, s. 53–55. ISSN 0008-7335.

- NEŠPOR, K., ZIMA, T. a CSÉMY, L. Poškození jater alkoholem. *Časopis lékařů českých*. 2005d, roč. 144, č. 6, s. 422–423. ISSN 0008-7335.
- NEŠPOR, K. Úrazy hlavy a alkohol. *Časopis lékařů českých*. 2005e, roč. 144, č. 8, s. 567–568. ISSN 0008-7335.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L. Krátká intervence pro problémy působené alkoholem může probíhat v různých prostředích. *Časopis lékařů českých*. 2005f, roč. 144, č. 12, s. 840–843. ISSN 0008-7335.
- NEŠPOR, K. Alkohol a kožní nemoci. *Časopis lékařů českých*. 2006a, roč. 145, č. 8, s. 657. ISSN 0008-7335.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L. Léčba a prevence poruch působených alkoholem a medicína založená na důkazech. *Časopis lékařů českých*. 2006b, roč. 145, č. 12, s. 964–965. ISSN 0008-7335.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L. Jak zlepšit sebeovládání u závislých na alkoholu a jiných látkách a u patologických hráčů?. *Časopis lékařů českých*. 2006c, roč. 145, č. 8, s. 658–661. ISSN 0008-7335.
- NEŠPOR, K. Jaké je „zdravé“ množství alkoholu?. *Interní medicína pro praxi*. [online] 2008a, ro. 10, č. 4, s. 200. [cit. 2011-11-15]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/>
- NEŠPOR, K. 24 způsobů jak zlepšit sebeovládání. *Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR*. 2008b, roč. 18, č. 6, s. 56–57. ISSN 1212-6152.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L. Škody působené alkoholem v pracovním prostředí a jejich prevence. *Praktický lékař*. 2009a, roč. 89, č. 5, s. 256–260. ISSN 0032-6739.
- NEŠPOR, K. „První pomoc“ pro lidi s návykovými nemocemi. *Časopis lékařů českých*. 2009b, roč. 148, č. 11, s. 557–559. ISSN 0008-7335.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L. a SOVINOVÁ, H. Konzumace alkoholu a situace v České republice. *Praktický lékař*. 2010, roč. 90, č. 10, s. 612–614. ISSN 0032-6739.
- NEŠPOR, K., MATANELLI, O. Životní styl a návykové nemoci. *Praktický lékař*. 2011a, roč. 91, č. 5, s. 293–294. ISSN 0032-6739.

- NEŠPOR, K., MATANELLI, O., PEKÁRKOVÁ, G. a GREGOR, P. Jak rozdělit postupy, které mírní bažení (craving). *Praktický lékař*. 2011b, roč. 91, č. 12, s. 703–706. ISSN 0032-6739.
- OBOT, I. S. Editorial. Alkohol a jeho zdravotní následky. *Adiktologie*. 2006, roč. 6, č. 2, s. 113–115. ISSN 1213-3841.
- PEŠEK, R., KOTRBOVÁ, K., MASÁR, O., VURM, V. Kognitivní analýza významných činitelů terapeutické účinnosti organizace Anonymních alkoholiků. *Kontakt*. 2006, roč. 8, č. 1, s. 44–54. ISSN 1212-4117.
- POPOV, P. Závislost na alkoholu. *Psychiatrie pro praxi*. [online] 2003, roč. 4, č. 1, s. 29–32. [cit. 2011-11-15] ISSN 1213-0508. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/>
- POPOV, P. Další „šuplíkový dokument“?. *Adiktologie*. 2011, roč. 11, č. 1, s. 12–15. ISSN 1213-3841.
- SANDOROVÁ, R., SAMKOVÁ, J., HOLEJŠOVSKÝ, J. a VODVÁŘKA, S. Droga jménem alkohol. *Kontakt*. 2006, roč. 8, č. 2, s. 358–365. ISSN 1212-4117.
- SZÁANTOVÁ, M. Diagnostika a liečba alkoholového poškodenia pečene. *VIA Practica*. [online] 2008, roč. 5, č. 4/5, s. 170–172. [cit. 2012-05-25] ISSN 0008-4709. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=magazine_archive
- ŠAMÁNEK, M., URBANOVÁ, Z. Dvě tváře alkoholu- Jeho příznivá tvář. *Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře*. [online] 2009a, roč. 1, č. 2, s. 64–70. [cit. 2011-11-15] ISSN 1803-7542. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/tituly/kzk/archiv/>
- ŠAMÁNEK, M., URBANOVÁ, Z. Střídmé pití alkoholu snižuje výskyt a kardiovaskulární komplikace diabetes mellitus 2. typu. *Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře*. [online] 2009b, roč. 1, č. 3, s. 104–106. [cit. 2011-11-15] ISSN 1803-7542. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/tituly/kzk/archiv/>
- ŠAMÁNEK, M., URBANOVÁ, Z. Optimální spotřeba alkoholu v prevenci kardiovaskulárních onemocnění. *Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře*. [online] 2010a, roč. 2, č. 3, s. 110–113. [cit. 2011-

11-15] ISSN 1803-7542. Dostupné z:
<http://www.tribune.cz/tituly/kzk/archiv/>
ŠAMÁNEK, M., URBANOVÁ, Z. Alkohol a cévní mozkové příhody. *Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře*. [online] 2010b, roč. 2, č. 4, s. 156–159. [cit. 2011-11-15] ISSN 1803-7542. Dostupné z:
<http://www.tribune.cz/tituly/kzk/archiv/>
ŠAMÁNEK, M., URBANOVÁ, Z. Víno jako lék. *Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře*. [online] 2001b, roč. 3, č. 2, s. 68–72. [cit. 2011-11-15].ISSN 1803-7542. Dostupné z:
<http://www.tribune.cz/tituly/kzk/archiv/>
ŠKRHA, J. Víno jako prevence kardiovaskulárního postižení. *Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře*. [online] 2011, roč. 3, č. 3, s. 106–109. [cit. 2012-02-01] ISSN 1803-7542. Dostupné z:
<http://www.tribune.cz/tituly/kzk/archiv/>
TKÁČOVÁ, Ľ., REPKOVÁ, J. Arteriální hypertenze. *Sestra*. 2011, roč. 21, č. 12, s. 58–61. ISSN 1210-0404.
TREFNÁ, I. Ošetřování pacienta s polymorfní závislostí. *Sestra*. 2011, roč. 21, č. 2, s. 77–79. ISSN 1210-0404.
VÁCHOVÁ, P. E., JANŮ, L. a RACKOVÁ S. Patogeneze závislosti. *Psychiatrie pro praxi*. [online] 2009, roč. 10, č. 6, s. 257–259. [cit. 2011-11-15] ISSN 1213-0508. Dostupné z:
<http://www.psychiatriepropraxi.cz/>
ZIMA, T. Metabolismus alkoholu a jeho důsledky pro poškození organismu. *Adiktologie*. 2006, roč. 6, č. 2, s. 152-161. ISSN 1213-3841.
ZIMA, T. Alkohol a jeho působení na organismus. *Klinická biochemie a metabolismus*. 2008, roč. 16, č. 2, s. 147. ISSN 1210-7921.
<http://www.drnespor.eu> [online],[cit. 2011-12-01]
http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/evaluace/banka_evaluacnich_nastroju/test_pro_identifikaci_poruch_pusobenych_uzivanim_alkoholu_a_udit [online],[cit. 2011-12-01]
http://www.kratkeintervence.cz/dokumenty/kratke_intervence_publicace.pdf [online],[cit. 2011-12-01]

SEZNAM ZKRATEK

ALT	alaninaminotransferáza
AST	aspartátaminotransferáza
AUDIT	Alcohol Use Disorder Identification Test
BMI	body mass index
CDT	carbohydrát deficientní transferin
CMP	centrální mozková příhoda
CNS	centrální nervový systém
ČR	Česká republika
EKG	elektrokardiogram
F10	poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu
GGT	gama-glutamyltransferáza
HDL	High-density lipoprotein
ICHS	ischemická choroba srdeční
LDL	Low-density lipoprotein
MCV	objem erytrocytu
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. decenální revize
TIA	tranzitorní ischemická ataka
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WHO	World Health Organization

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník AUDIT

Příloha č. 2: Vyhodnocení dotazníku AUDIT

Příloha č. 3: Pyramida konzumenta alkoholu

Příloha č. 4: Přemáháme bažení, zlepšujeme sebeovládání

Příloha č. 1: Dotazník AUDIT

Test pro identifikaci poruch působených užíváním alkoholu Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)

Instrukce:

Užívání alkoholu může mít vliv na Vaše zdraví a může také ovlivňovat účinky některých léků, proto považujeme za důležité zeptat se Vás na Vaše zvyklosti, pokud jde o pití alkoholu. Vaše odpovědi jsou považovány za důvěrné informace, prosíme Vás proto o upřímné odpovědi.

U každé otázky označte křížkem možnost, která nejvíce vystihuje Vaši odpověď.

V testu se používá pojem „standardní sklenice“. Tou se rozumí v této verzi dotazníku půl litru 12° piva, 2 „deci“ vína nebo 0,05 l destilátu (velký panák).

Dotazník:

1. Jak často se napijete nějakého alkoholického nápoje včetně piva?
0: Nikdy
1: Jednou měsíčně nebo méně často
2: Dva až čtyřikrát měsíčně
3: Dva až třikrát týdně
4: Čtyřikrát nebo vícekrát týdně
2. Kolik sklenic alkoholického nápoje si dáte v typický den, kdy něco pijete? (označte počet standardních sklenic alkoholického nápoje)
0: 1 nebo 2
1: 3 nebo 4
2: 5 nebo 6
3: 7 nebo 8
4: 10 nebo více
3. Jak často vypijete 3 nebo více standardních sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti?
0: Nikdy
1: Méně než jednou za měsíc
2: Každý měsíc
3: Každý týden
4: Denně nebo téměř denně
4. Jak často jste během posledních 12 měsíců zjistil/a, že nejste schopen/schopna přestat pít, jakmile začnete?
0: Nikdy
1: Méně než jednou za měsíc
2: Každý měsíc
3: Každý týden
4: Denně nebo téměř denně

5. Jak často jste během posledních 12 měsíců nebyl/a kvůli pití schopen/schopna udělat to, co se od vás normálně očekávalo?
0: Nikdy
1: Méně než jednou za měsíc
2: Každý měsíc
3: Každý týden
4: Denně nebo téměř denně
6. Jak často jste se během posledních 12 měsíců potřeboval/a hned ráno napít, abyste se dostal/a do formy po nadměrném pití předešlý den?
0: Nikdy
1: Méně než jednou za měsíc
2: Každý měsíc
3: Každý týden
4: Denně nebo téměř denně
7. Jak často jste během posledních 12 měsíců měl/a pocit viny nebo výčitek svědomí po pití?
0: Nikdy
1: Méně než jednou za měsíc
2: Každý měsíc
3: Každý týden
4: Denně nebo téměř denně
8. Jak často jste během posledních 12 měsíců nebyl/a schopen/schopna si vzpomenout, co se dělo předchozí večer, protože jste pil/a?
0: Nikdy
1: Méně než jednou za měsíc
2: Každý měsíc
3: Každý týden
4: Denně nebo téměř denně
9. Utrpěl/a jste vy nebo někdo jiný úraz v důsledku vašeho pití?
0: Ne
2: Ano, ale ne v posledním roce
4: Ano, během posledního roku
10. Měl někdo z vašich příbuzných nebo přátel, lékař nebo sociální pracovník výhrady kvůli vašemu pití nebo vám doporučoval pití omezit nebo s pitím přestat?
0: Ne
2: Ano, ale ne v posledním roce
4: Ano, během posledního roku

Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., Monteiro, M. G. (2001). AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. Second Edition. Geneva: World Health Organization.

Barbor, T. F., Higgins-Biddle, J. C. (2003). Krátké intervence u rizikového a škodlivého pití. Postupy při použití v primární péči. České vydání připravili Sovinová, H. a Csémy, L. První vydání. Praha: Státní zdravotní ústav.

Příloha č. 2: Vyhodnocení dotazníku AUDIT

Test pro identifikaci poruch působených užíváním alkoholu

Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)

Vyhodnocení

Hodnocení AUDITu je snadné. Ke každé odpovědi se přiřadí body v rozsahu od 0 do 4. Všechny body se následně sečtou. Celkové skóre se může pohybovat od 0 do 40. Čím vyšší hodnota, tím větší problémy s pitím alkoholu.

Celkový počet 8 a více bodů je třeba považovat za indikátor rizikového a škodlivého pití a případné závislosti na alkoholu (hranice 10 bodů poskytuje vyšší specifitu, ale na úkor sensitivity testu). Jelikož účinek alkoholu kolísá v závislosti na průměrné tělesné váze a na rozdílu metabolismu, stanovení hranice pro všechny ženy a muže starší 35 let o jeden stupeň níže, tj. od 7 bodů zvýší sensitivitu testu pro tyto populační skupiny.

Interpretace

Na základě zkušeností s používáním AUDITu ve výzkumech se předpokládá, že výsledné celkové skóre AUDITu může být interpretováno takto:

0-7 Pití alkoholu s nízkým rizikem. I když není třeba žádné intervence, je poučení o alkoholu u mnoha lidí vhodné z několika důvodů: přispívá k obecné informovanosti o rizicích spojených s alkoholem a působí preventivně, může být účinné u osob, kteří při vyplňování testu zmenšili rozsah své konzumace.

8-15 Rizikové (nebezpečné) pití. Ale i v tomto rozmezí již mohou být i jedinci se škodlivým pitím a závislostí na alkoholu. Nejvhodnější intervencí je jednoduchá rada zaměřená na omezení rizikového pití.

16-19 Škodlivé pití nebo závislost. Počet 16 a více bodů odpovídá vysoké úrovni problémů s alkoholem. Pro pacienty v tomto rozmezí je nutná kombinace jednoduchého poučení, stručné rady a soustavného sledování.

20-40 Závislost na alkoholu. Počet 20 a více bodů ukazuje na možnou závislost na alkoholu. Dotazník však není diagnostickým nástrojem a neopravňuje k závěru o formálním stanovení diagnózy závislosti na alkoholu. Je nutné další diagnostické hodnocení.

V nedostatku lepších výzkumných poznatků by tato doporučení měla být považována za předběžná a měla by být předmětem klinického posouzení, které zohledňuje zdravotní stav jedince, rodinou anamnézu ve vztahu k problémům s alkoholem a dojem poctivosti odpovědí na otázky AUDITu. Klinický úsudek je nutný pro rozpoznání situací, kdy celkové skóre v AUDITu nemusí představovat skutečnou úroveň rizika,

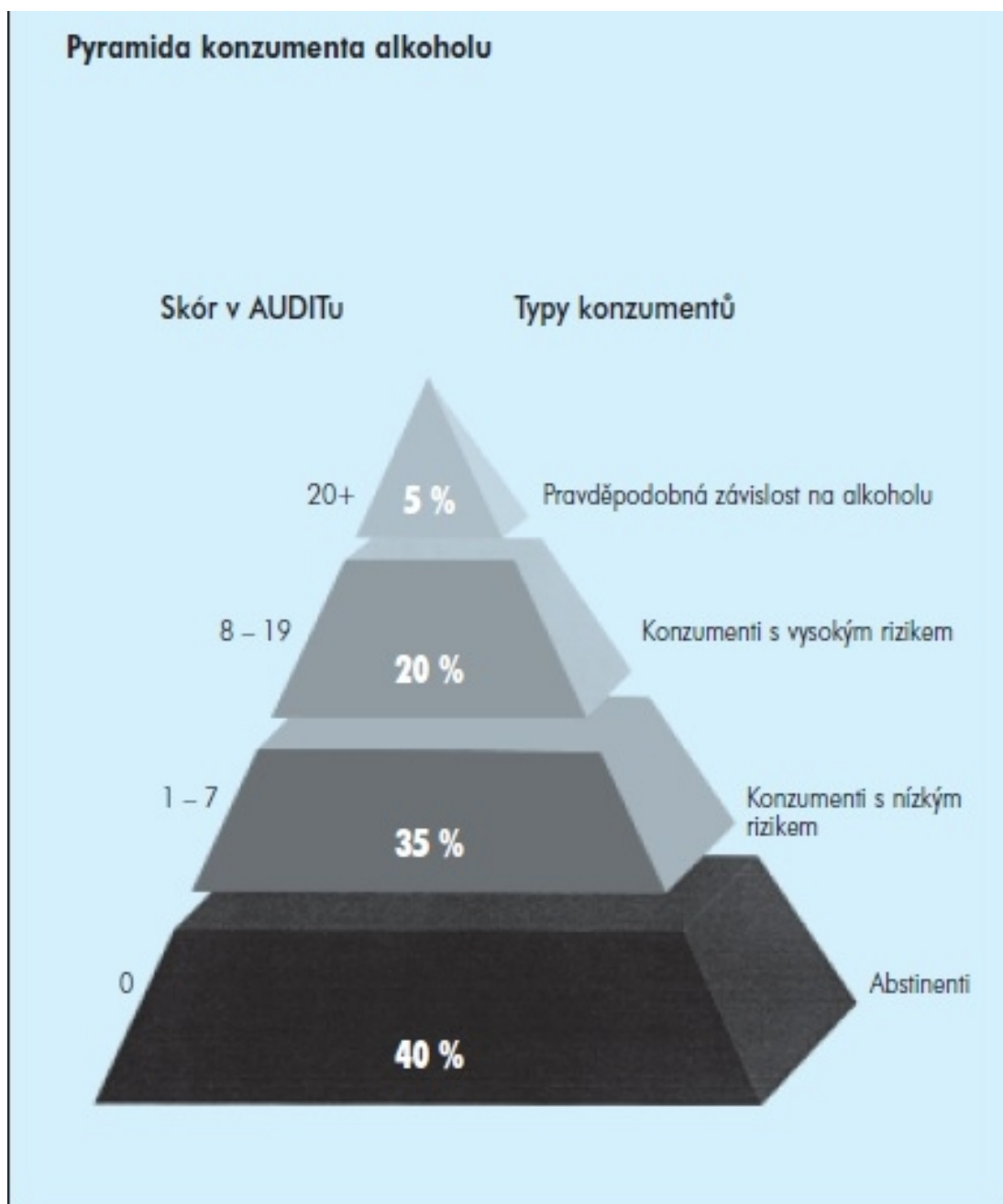
např. pokud relativně nízká hladina pití maskuje významnou škodlivost nebo závislost. Stejně tak dělicí body nejsou podloženy natolik velkým množstvím důkazů, aby byly normativní pro všechny skupiny jedinců, a je nutné klinické rozhodování o intervencích tak, aby co nejlépe odpovídaly situaci jednotlivých osob. Před prováděním testu se doporučuje pečlivě pročíst manuál o AUDITu (Barbor et al., 2001).

Podrobnější analýzu celkového skóre jedince je možno získat určením otázek, ve kterých získal nejvíce bodů. Obecně řečeno, 1 a více bodů v otázce 2, nebo v otázce 3 indikují spotřebu na rizikové úrovni. Body získané za otázky 4 až 6 (především týdenní či denní symptomy) naznačují přítomnost či vznikající závislost na alkoholu. Body získané za otázky 7 až 10 indikují, že již došlo k zdravotnímu poškození v souvislosti s pitím alkoholu.

Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B., Monteiro, M.G.: 2001. AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. Second Edition. Geneva: World Health Organization.

Barbor, T.F., Higgins-Biddle, J.C.: 2003. Krátké intervence u rizikového a škodlivého pití. Postupy při použití v primární péči. České vydání připravili Sovinová, H. a Csémy, L. První vydání. Praha: Státní zdravotní ústav.

Příloha č. 3: Pyramida konzumenta alkoholu



Příloha č. 4: Přemáháme bažení, zlepšujeme sebeovládání

Přemáháme bažení, zlepšujeme sebeovládání: informace těm, kdo překonávají návykovou nemoc

Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc.

Co to je to bažení?

Bažení (craving) je silná a těžko zvladatelná touha po návykové látce nebo hazardu. Je to jeden z příznaků závislosti a patologického hráčství. Čím se liší bažení od obyčejné myšlenky:

- Bažení provází stres.
- Má nutkavý charakter, jinak řečeno nutí člověka jednat určitým způsobem.
- Oslabuje paměť, soustředění a schopnost se správně rozhodovat.
- S tím souvisí výskyt deformovaných a nepravdivých myšlenek. Právě podle těchto myšlenek se dá bažení snadno rozpoznat. Někdo si např. řekne „pro jednu se nic nestane“, ale při tom je to v jasném rozporu s jeho životní zkušeností.
- Zhoršuje sebeovládání (tj. druhý a patrně nejdůležitější příznak závislosti). Platí to i v opačném směru. Člověk, který se špatně ovládá, spíše udělá chybu a dostane se např. do stresové nebo jiné rizikové situace.

Po spoustě špatných zpráv ještě dvě dobré:

1. Je-li člověk v bezpečném prostředí, bažení trvá obvykle krátce.
2. Při delší abstinenci se bažení většinou objevuje méně často a bývá slabší.

Co z toho vyplývá?

Postupy mírnící bažení ovlivňují jeho jednotlivé složky. Např. jestliže bažení zbavíme stresu, stane se z bažení hloupá myšlenka. Tu pak člověk snadno zažene.

Postupy mírnící bažení a zlepšující sebeovládání – jak k tomu dochází

Práce s motivací: Uvědomit si rizika a nepříjemné důsledky recidivy a výhody abstinence pomáhá opravovat chyby v myšlení.

Pomoc druhých: Dává větší klid a bezpečí. Tak se zmírní stres. Rozhovorem lze opravovat chyby myšlení. Navíc se tak získá čas a bažení pomine.

Přiznání si návykového problému jako dlouhodobého stavu: Pomáhá opravovat chyby myšlení, zlepšuje sebeovládání tím, že se člověk drží v bezpečnějších prostředích a společnosti, doléčuje se atd.

Abstinence i od jiných látek, než na kterých je člověk závislý: Zlepšuje sebeovládání i schopnost se rozhodovat, navíc se tak předejde vzniku kombinované závislosti.

Změna nebezpečných automatických vzorců myšlení a chování: Opravují se tak chyby myšlení a zlepšuje sebeovládání. Např. i vydatnější jídlo lze zapít čajem.

Při bažení opustit rizikové prostředí a i jindy se mu pokud možno vyhnout: Oslabí se tak bažení,lepší sebeovládání. Důležité je i

působení času. Než by se člověk k nějaké látce dostal, bažení často pomine.

Relaxace (částečná, úplná): Mírní stres a tím i bažení a také odstraňuje únavu a zlepšuje sebeovládání. Navíc se tak lépe zvládají úzkosti, hněv, deprese i bolesti a zlepšuje spánek a to dále posiluje sebeovládání.

Uvědomování si dechu, klidné dýchání do břicha s prodlouženým výdechem: Působí podobně jako relaxace, lze ho snadno používat i v situacích každodenního života.

Dobré vnímání sebe sama i okolí: Zlepšuje sebeovládání, pomáhá zvládat rizikové duševní stavy.

Zpomalit: Zlepší se tak sebeuvědomění i sebeovládání, důležitý je i faktor času.

Odložit rozhodnutí na dobu až bažení přejde: Předejde se tak chybám myšlení, získá se čas, bažení, jak uvedeno, trvá krátce.

Dostatečný odpočinek a spánek, vyvážený způsob života: Zahrnuje i rovnováhu mezi prací a odpočinkem povinnostmi a zábavou, tělesnou a duševní aktivitou. Pronikavě se tak zlepšuje sebeovládání.

Cvičení, sport nebo tělesná práce: Mírní se tak stres i bažení, následně se dostavuje relaxace a klid.

Odvedení pozornosti k něčemu bezpečnému: Může to motivovat, navíc se tak získá čas. Lze se soustředit i na praktické každodenní záležitosti, např. při úklidu si opakovat „uklízím“.

Při bažení se napít vody: Pomáhá zvláště závislým na alkoholu, u nich překonání žízně odstraňuje i bažení.

Léky: Je možné i používání bezpečných léků. Ty může doporučit lékař, který ví o vaší závislosti. Sem patří zejména Antabus nebo Revia u závislých na alkoholu, Champix u kuřáků a antidepresiva u patologických hráčů.

Užitečné dovednosti: Zvládnutí obtížné situace se dá předem nacvičit. Zlepší se tak sebeovládání

Doléčování: Uplatňuje se při něm řada vlivů, v bezpečném prostředí se tak dají opravit chyby myšlení, mírnit stres, osvojit si užitečné dovednosti atd.

Kombinujte

Kombinace uvedených postupů nebo jejich používání v rychlém sledu za sebou ještě pronikavě zvyšuje jejich účinnost.

Příklad dvojkombinace: Opustit rizikové prostředí plus práce s motivací (uvědomit si negativní následky recidivy).

Příklad trojkombinace: Opustit rizikové prostředí plus klidné dýchání do břicha plus zatelefonovat odborníkovi či někomu jinému důvěryhodnému.

K dalšímu studiu (volně ke stažení z www.drnespor.eu)

Nešpor K, Csémy L. Bažení (craving). Společný rys mnoha závislostí a jeho zvládnání. FIT IN a Sportpropag 1999; 76.

Nešpor K. Zůstat střízlivý. Brno: Host 2006; 238.

Nešpor K. Už jsem prohrál dost. Praha: Sportpropag 2006; 130.

Nešpor K, Müllerová M. Jak přestat brát (drogy). Třetí rozšířené vydání. Sportpropag pro Ministerstvo zdravotnictví ČR, Praha 2000;144