

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra sociologie a andragogiky

PROTIKLOHOLNÍ ZÁCHYTNÉ STANICE
V ČESKÉ REPUBLICĚ

SOBERING-UP STATIONS IN CZECH REPUBLIC

Bakalářská práce

Pavla Vráblová, DiS.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Pavel Kliment, Ph.D.

Olomouc 2013

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

Ve Valašském Meziříčí dne 15. března 2013

Obsah

Úvod	4
1. Vymezení cíle práce, volba metodologie, studium výchozích zdrojů ...	5
1.1. Cíl práce	5
1.2. Volba metodologie	5
1.3. Studium výchozích zdrojů	5
2. Závislost, alkoholová závislost	6
2.1. Závislost	6
2.2. Alkoholová závislost	11
3. Terapie alkoholové závislosti	17
3.1. Vývoj léčby závislosti na alkoholu	18
3.2. Současná léčba závislosti na alkoholu v ČR	19
3.3. Prostředky léčby	20
3.4. Přehled základních léčebných zařízení a organizací v ČR	21
3.5. Protialkoholní léčba jako ochranné opatření	23
4. Prevence alkoholové závislosti	24
5. Protialkoholní záchytná stanice (PZS)	25
5.1. Záchytná stanice u Apolináře	25
5.2. Vznik dalších PZS na území ČR	28
5.3. Zřizovatelé a provozovatelé PZS a úhrady za pobyt	30
5.4. Zákonný rámec fungování PZS	32
5.5. Funkce PZS	34
5.6. PZS jako druh léčení	36
5.7. PZS jako druh sociální služby	38
5.8. Návrhy dočasné změny	41
Závěr	42
Seznam použité literatury	43
Zákonné normy	44
Internetové odkazy	44
Příloha č.1 „Seznam poboček anonymních alkoholiků v ČR“	45
Příloha č.2 „Seznam AT v ČR“	49
Příloha č.3 „Seznam detoxikačních zařízení v ČR“	55
Příloha č.4 „Seznam psychiatrických léčeben léčících závislost na alkoholu“	56
Příloha č.5 „Seznam protialkoholních záchytných stanic v ČR“	57
Příloha č.6 „Tabulka 1: Celkový počet ošetřených pacientů podle kraje sídla zařízení, pohlaví a věkových skupin pacientů v roce 2011“	61
Příloha č.7 „Tabulka 2: Vývoj počtu záchytných stanic, míst a ošetřených pacientů v letech 1989-2011“	62
Příloha č.8 „Testy zjišťující závislost osoby na alkoholu“	63

Úvod

Trendem naší současné společnosti je hovořit o nezávislosti a zodpovědnosti jedince za své činy, za svá rozhodnutí. Avšak ve chvílích, kdy máme problém, často voláme po pomoci ostatních lidí a státu. Pravidelné užívání alkoholu, alkoholismus a následky s nimi spojené jsou nepopíratelně problémem nás všech a v určité formě se dotýkají každého z nás. Základní zodpovědností státu je především prevence vzniku těchto problémů, které nelze docílit jinak, než informovaností co největšího množství občanů. K poskytování prevence slouží celá řada zařízení, institucí. Kde v tomto systému leží protialkoholní záchytné stanice?

Ve své bakalářské práci se pokusím čtenáře uvést do problematiky alkoholismu přehledným zpracováním alkoholové závislosti a jeho léčby. Především se ovšem zaměřím na pozici protialkoholních záchytných stanic v systému prevence. Proč vlastně vznikly? Jaké mají funkce? Jak se měnily v průběhu času? Na všechny tyto otázky se pokusím ve své práci zodpovědět.

1. Vymezení cíle práce, volba metodologie, studium výchozích zdrojů

1.1. Cíl práce

Cílem mé bakalářské práce je deskripce základních funkcí protialkoholních záchytných stanic z perspektivy praxe sociální práce.

1.2. Volba metodologie

Vzhledem ke skutečnosti, že pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila téma teoretické, tedy bez empirické části, použila jsem tudíž při práci metodu studia dostupných odborných materiálů a literatury a následného zpracování zjištěných údajů do přehledného uceleného a souvislého textu.

1.3. Studium výchozích zdrojů

Při práci na odborné části práce budu čerpat z odborných knih kvalifikovaných autorů a ze zákonných norem České republiky. Skutečnost, že jednotlivé podoby a funkce protialkoholních záchytných stanic jsou determinovány vznikem a vývojem první záchytné stanice u nás a vůbec na světě, mě nutí k historickému exkurzu do sledované problematiky. Informace k danému tématu jsem získala především na internetu a z literatury věnované Záchytné stanici u Apolináře v Praze.

Výše uvedené materiály jsem prostudovala a informace v nich obsažené využiji při vlastním psaní práce, ať již formou citací, či volným parafrázováním jistých částí a samozřejmě také zapojením získaných informací do vlastních myšlenek.

Veškerou literaturu a zdroje, ze kterých budu vycházet, nalezne čtenář v Seznamu použité literatury, který bude součástí mé bakalářské práce.

2. Závislost, alkoholová závislost

V úvodu bakalářské práce se pokusím definovat základní pojmy a uvést základní informace týkající se závislosti obecně, drog, jejich interakcí s člověkem, alkoholové závislosti, jejího dělení a jejího vzniku. Kapitola slouží k lepší orientaci čtenáře v problému závislostí a následně mu má pomoci s pochopení funkcí a účelu vlastních záchytných stanic.

2.1. Závislost

Závislost v nevědecky zažitém slova smyslu se v současné době stala běžnou součástí života lidí v naší společnosti. Většina lidí v běžném hovoru ráda prezentuje, že je závislá na nejrůznějších látkách, činnostech, mediálních prostředcích apod. Co však opravdu závislost znamená?

Definice závislosti

Podle Slovníku sociální práce Matoušek popisuje závislost jako: „stav, v němž se člověk není schopen obejít bez určité látky, případně činnosti. Má obvykle jak stránku fyzickou, tak psychickou i sociální“ (Matoušek 2008, s. 254).

Definice a popisy závislosti bylo v průběhu let napsáno několik a stále se měnily a vyvíjely. V současné době je závislost definována podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace (WHO) následovně:

„Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje“ (Nešpor 2011, s. 9,10).

Aby bylo možno stanovit definitivní diagnózu závislosti člověka je potřeba se zaměřit na výskyt následujících jevů. O závislosti hovoříme tehdy, pokud se během jednoho roku vyskytly minimálně tři z nich.

- a) **silná touha** užívat látku
- b) **potíže v sebeovládání** při užívání látky (množství, frekvence užití)

- c) **tělesný odvykací stav** (po vysazení látky se objevují abstinenci příznaky, a aby je jedinec zmírnil, užije látku znovu, někdy se abstinenci příznaky snaží mírnit užitím látky příbuzné s podobnými účinky)
- d) **průkaz tolerance k účinku látky** (zvyšování užívaných látek k dosažení stejného účinku podané látky)
- e) **postupné zanedbávání** (koníčků, rodiny apod., dochází k soustředění veškerého zájmu a času na získání užívané látky a zotavení se po jejím užití)
- f) **pokračování v užívání** (i přes nesporný výskyt škodlivých zdravotních následků, vyvolaných užíváním látky) (Nešpor 2011. S. 10).

Projevy závislosti

Syndrom závislosti se může vyskytovat ve vztahu k jedné látce, jedné skupině látek, či více různým látkám, kdy hovoříme o tzv. polymorfni závislosti (Klimentová, Kliment, 2002, s. 38). Každá skupina látek, která vyvolává závislost, má v projevech svá jistá specifika, obecně však již byly projevy závislosti vyjmenovány v předchozí části této kapitoly **Definice závislosti** a jsou to konkrétně body a) – f).

Faktory ovlivňující vznik závislosti

Kdo je ten předurčený k tomu, aby se stal závislým, se věda snaží odhalit již spoustu let. Vedou se na toto téma diskuze, výzkumy. Mezi běžnými lidmi často slyšíme, že za to, že se někdo stal alkoholikem, jasně můžou rodiče a tedy výchova, jiní vám řeknou, že za to může jeho manželka, tedy sociální okolí. Jako další důvod závislosti lidé obvykle vidí i dědičnost; vždyť se podívejte na jeho otce, ten se upil k smrti. Jak by tomu jeho syn mohl uniknout? A tak bych mohla pokračovat dále.

Urban ve své knize Toxikománie dělí **faktory, které vedou ke vzniku závislosti**, do 4 skupin:

- „1. Faktory farmakologické („droga“)
- 2. Faktory somatické a psychické („osobnost“)
- 3. Faktory environmentální („prostředí“)
- 4. Faktory precipitující („podnět“)

Tyto faktory se sice případ od případu více či méně liší, jsou však v každém jednotlivém případě drogové závislosti přítomny všechny“ (Urban 1973, s. 29).

Závislost tedy vzniká působením všech těchto faktorů, které jsou však v různé míře u různých jedinců zastoupeny. S malou pravděpodobností nalezneme dva lidi, kteří začali být závislí úplně ze stejných důvodů. U každého z nich se na vzniku závislosti podílely různé příčiny. Každý člověk se pohybuje v jiném prostředí, mezi různými lidmi, má jinou osobnost a setkává se s různými životními nástrahami. Není tedy možno dávat vinu za svou závislost jen otci, který pil či kamarádům apod.

Na čem, na jakých látkách, se vlastně stáváme závislí?

Psychoaktivní látka a droga

Jak jsem již psala v části této kapitoly nazvané ***Definice závislosti***, je závislost úzce spojena s psychoaktivní látkou. Proto je potřeba si pojem psychoaktivní látka a také s ní úzce související pojem droga vysvětlit.

Podle Slovníku sociální práce je **droga** „termín s mnoha významy, z nichž nejobecnější je lék. Znamená i léky podřízené mezinárodní kontrole. V dalším významu znamená psychoaktivní látku, a to takovou, která je dostupná bez lékařského předpisu (alkohol, tabák, kofein). Psychoaktivní látkou se rozumí každá látka, která ovlivňuje duševní procesy, aniž nutně vyvolává závislost. Droga může znamenat i látku, jejíž držení je nezákonné“ (Matoušek 2008, s. 53).

Z výše uvedeného je tedy patrné, že pojem droga byl v průběhu let nositelem více významů a dokonce byl totožný s pojmem psychoaktivní látka. Pro účely přiblížení problematiky závislosti je však potřeba „**drogu vnímat jako jakoukoliv psychoaktivní látku, která má potenciál závislosti**“ (Klimentová, Kliment 2002, s. 26).

Za **psychoaktivní látku** považujeme takovou látku, která po užití vyvolává změny v chování a vnímání u osoby, která tuto látku užila (Kliment, Klimentová 2002, s. 26).

Mezi drogy jsou však občas řazeny i látky, které mají psychoaktivní účinek, avšak nemají potenciál závislosti. Asi nejznámějším představitelem těchto látek je LSD, tolik s oblibou užívané v době hippies, či kanabinoidy, zastoupené hašišem s marihuanou, u nichž se o výskytu závislosti vedou diskuze, přesto je však nalezneme v rozdělení drog podle WHO (viz. dále).

Dělení drog

Nabízí se dělení drog podle různých hledisek, například podle legálnosti, poté hovoříme o drogách **legálních a nelegálních**, podle míry účinku, kdy drogy dělíme na **měkké a tvrdé**, dále například na drogy **alkoholového a nealkoholového typu**. Hledisek se nabízí víc než dost v závislosti na kritériu, podle kterého chceme zrovna rozdělovat.

Nejvýstižnější rozdělení drog vytvořila WHO a toto rozdělení je součástí Mezinárodní klasifikace nemocí. Drogy jsou zde rozděleny do následujících 10 skupin:

- alkohol
- opioidy
- kanabinoidy
- sedativa nebo hypnotika
- kokain
- stimulancia včetně kofeinu a pervitinu
- halucinogeny
- tabák
- organická rozpouštědla
- užívání několika látek současně a užívání jiných psychoaktivních látek

(Klimentová, Kliment 2002, s. 33-38).

Jak jsem již zmínila, skupiny užívaných drog se mohou navzájem prolínat. Někteří závislí jsou mistři ve vytváření různých kombinací užívaných drog a vytváří si tedy polymorfní závislost. Droga na organismus člověka působí více způsoby, vznikají tak možné interakce organismu člověka s drogou.

Interakce organismu s drogou

- **Závislost.** Tato interakce již byla blíže popsána v předchozím textu.
- **Akutní intoxikace,** která označuje aktuální stav po užití látky. Míra intoxikace je závislá na množství látky, kterou jedinec užil, a na jeho zkušenostech s touto látkou. O akutní intoxikaci nejčastěji hovoříme v případě požití alkoholu (Klimentová, Kliment 2002, s. 30). Právě osoby závislé a osoby v akutní intoxikaci, hlavně alkoholem, tvoří většinu uživatelů služeb protialkoholních záchytných stanic. Jsou to lidé, kteří pod vlivem drogy (alkoholu) mohou být nebezpeční sobě i svému okolí.

- **Škodlivé užívání návykových látek**, je typické poškozením tělesného nebo duševního zdraví jedince, v důsledku opakovaného užívání drogy. U jedince se však nevyvíjí závislost na droze. Trvání příznaků je nejméně 1 měsíc, nebo se vyskytují opakovaně během 12 měsíců (Nešpor 2011, s. 25).
- **Odvykací syndrom** je stav, který se objevuje po vysazení drogy, a je typický výskytem abstinenčních příznaků. Abstinenční příznaky bývají různě zastoupeny buď v podobě fyzické, či psychické, nebo se vyskytují oba zastoupeny stejně (Klimentová, Kliment 2002, s. 31).
- **Odvykací syndrom s deliriem** je stav, kdy je odvykací stav zkomplikován výskytem deliria. Delirium je kvalitativní poruchou vědomí. Jeho příchodu předchází tzv. prodromální stádium, které se podobá viróze, tak cca za 3 dny se pak dostaví samotné delirium, které se projevuje dezorientací časem a místem a převážně zrakovými halucinacemi nepříjemného charakteru. S ustupujícím deliriem se střídají stavy normálního vědomí se stavy deliria, až cca po týdně delirium odezní úplně. V průběhu deliria hrozí zástava životních funkcí, proto je dobré, když toto odvykání jedinec absolvuje pod lékařským dohledem (Klimentová, Kliment 2002, s. 31).
- **Psychotická porucha podmíněná psychotropními látkami** je typická nástupem poruchy během užívání drogy nebo nejpozději dva dny po něm, psychotické známky trvají déle než 48 hodin a porucha trvá kratší dobu než 6 měsíců. Psychotická porucha podmíněná psychotropními látkami, může ovšem nastat i později než za dva dny, v tom případě se ale jedná o psychotickou poruchu s pozdním začátkem (Nešpor 2011, s. 25). Psychotické poruchy mohou mít různé podoby např.: schizomorfní (nespojitosť v myšlení), s výskytem bludů (bludy jsou chorobné myšlenkové závěry), s výskytem halucinací, polymorfní (kombinuje již vyjmenované podoby), s depresivními příznaky, s manickými příznaky a smíšené (kombinují se depresivní a manické stavy) (Klimentová, Kliment 2002, s. 31).
- **Amnestický syndrom** je syndrom sdružený s chronickým výrazným zhoršením krátkodobé paměti. Problémy vyvolané výpadky paměti jedinec nahrazuje konfabulacemi, což jsou smyšlenky, takže při povrchním kontaktu se nemusí problém rozpoznat (např. na otázku,

co měl dnes k snídani, odpoví, že bílou kávu, ale na stejnou otázku položenou za krátkou dobu poté odpoví úplně jinak) (Nešpor 2011, s. 25).

- **Reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem** jsou poruchy, které se objevují v období, kdy jedinec drogu neužívá. Jedná se o psychotické reminiscence (tzv. flashbacky). Jsou to stavy, při kterých se opakují prožitky dříve vyvolané návykovými látkami, i když droga nebyla požitá. To je typické pro pervitin, halucinogeny a drogy z konopí. Při absenci drogy flashbacky vymizí do jednoho až dvou let (Nešpor 2011, s. 25). Dále se jedná o demenci. Ta patří mezi reziduální stavy a je typická snížením intelektových schopností z důvodu užívání drog např. alkoholová demence, demence způsobená organickými rozpouštědly (Klimentová, Kliment 2002, s. 31).

Vzhledem k zvolenému tématu bakalářské práce, věnované protialkoholním záchytným stanicím, mě z drog zajímá konkrétně alkohol a závislost na alkoholu, protože právě lidé pod vlivem alkoholu tvoří převážnou část osob využívajících služeb těchto zařízení.

2.2. Alkoholová závislost

Alkohol je v naší zemi běžně užíván, je tzv. „legální drogou“. Jeho užívání je v naší zemi tolerováno a v některých situacích je jeho užívání dokonce vyžadováno a člověk, který alkohol nepije, bývá dokonce často společností sankcionován například posměšky, nepříjemnými vtípkami, rýpavými poznámkami a někdy až vyřazením z okruhu známých a přátel, kteří se za pomoci alkoholu zrovna dobře baví. Alkohol běžně slouží k uvolnění zábavy, odbourání stresu, zmírnění úzkostí, zmenšení zábran.

Ovšem od pití alkoholu z těchto důvodů nebývá někdy příliš daleko k závislosti. „První krok k chronickému alkoholismu dělá člověk tehdy, když si nedokáže odříct svou obvyklou dávku“ (Marhounová, Nešpor 1995, s.66). Je hodně snadné tento první krůček přehlédnout a spadnout tak do alkoholové závislosti. Proto je v naší zemi alkoholismus problémem takových rozměrů a je třeba se především soustředit na jeho prevenci a jeho léčbu.

Skála ve své knize věnované alkoholu uvádí, že pouze 10% lidí v naší populaci jsou abstinenti, kteří zásadně odmítají požívání alkoholu. 90% naší společnosti alkohol v nějakém množství užívá (Skála 1988, s. 8).

Podle Popova „nadměrná pravidelná konzumace alkoholických nápojů se u nás týká přibližně 25 % dospělé mužské populace a 5 % žen“ (Popov 2002, s. 4). Tato čísla jsou poměrně vysoká a neměly by zůstat nepovšimnuty.

Co je to alkohol

„Název slova alkohol pochází z arabského slova al-ka-hal, což je označení pro zvláštní, jemnou látku. Chemicky se jedná o čirou, bezbarvou tekutinu, která má charakteristický zápach a palčivou chuť s bodem varu 77°C a bodem tuhnutí -130°C. Chemická značka alkoholu, přesněji řečeno etylalkoholu je C₂H₅OH se skládá z prvků uhlíku, vodíku a kyslíku. Alkohol vzniká zkvašením cukru působením kvasinek“ (Skála 1988, s. 9).

Jeho „obsah v alkoholických nápojích kolísá zhruba od 2-5% (pivo) do asi 40% v destilátech. Důležitá není jen koncentrace alkoholu v tom, či onom nápoji, ale i jeho množství. V jednom 12° pivu je zhruba stejně alkoholu jako ve 2 „deci“ vína nebo půl „deci“ destilátu“ (Nešpor, Csémy 1995, s.58).

Citace je z roku 1995, v současné době není problém se setkat s destiláty s mnohem vyšším obsahem alkoholu, rekordmanem je alpský rum se svou koncentrací 79,5%, dále např., absinth, který nalezneme v koncentraci 60-70% a především ve východních oblastech naší republiky notoricky známá slivovice, kterou téměř každá domácnost vlastní zahradu, nebo mající přístup k ovocným stromům, pálí v koncentraci 50-53%. Slivovice (pálená ze švestek), eventuelně destilát, kvašený a pálený na stejném principu, z jiného ovoce, např. jablek, meruněk apod. se stal folklorem východní části naší republiky.

Jak však alkohol působí na náš organismus?

Fáze akutní intoxikace alkoholem

V části této kapitoly zabývající se ***Interakcí organismu s drogou*** jsem uvedla, že vedle závislosti existují i další formy interakce drogy a člověka. Jednou z nich je stav zvaný akutní intoxikace. V souvislosti s alkoholem bychom mohli mluvit o akutní opilosti, akutní otravě alkoholem či o jednorázovém požití většího množství alkoholu.

Samotná opilost má podle Skály několik fází nebo-li stádií.

První stádium opilosti je pro člověka typické spokojeným rozpoložením mysli. Obvykle se to projevuje i na venek veselým výrazem obličeje, živou mimikou, výřečností, smíchem. U člověka se objevuje stav zvýšeného

sebevědomí, rád uzavírá nová přátelství, je veselý. Právě z opakovaného dosažení těchto příjemných pocitů a pozitivního mínění okolí o své osobě, lidé často sahají po alkoholu znovu, ať už ve štěstí, či neštěstí.

Ve druhé fázi opilosti se člověk stává nekritickým, netaktním, začíná křičet, nedbá o své okolí. Jeho chování je impulsivní. Tito lidé již nemají schopnost naslouchat druhým, neumějí kontrolovat svou řeč, jejich obličej rudne, tep stoupá nad 100 tepů za minutu. Při chůzi vrávorají, vidí dvojité, chybí jim koordinace rukou.

Při těžké akutní otravě alkoholem, což je **třetí stadium opilosti**, se dostavuje únava, ospalost, zvracení, nevolnost. Obličej zbledne. Při velkých dávkách alkoholu se opilost podobá narkóze, dochází k úplnému bezvědomí, necitlivosti a mimovolnému močení a pokálení. Svalstvo je uvolněné, dýchání pomalé, zornice normální nebo rozšířené, na světlo nereagují. V těžkých případech a při nedostatečné pomoci může člověk zemřít i následkem ochrnutí dýchacího centra v prodloužené míše.

V prvním stadiu opilosti dosahuje koncentrace alkoholu v krvi 1-1,5 ‰, v druhém stadiu 1,5-3 ‰ a ve třetím stadiu dosahuje koncentrace 3 i 4 ‰ (Skála 1988, s. 13, 14).

Na protialkoholní záchytné stanice jsou nejčastěji lidé dováženi ve druhém, či třetím stadiu opilosti. V tuto chvíli je těžko rozpoznat, zda se jedná o člověka na alkoholu závislého, či zda se u něj jedná pouze o jednorázovou událost, která nemá pravidelného opakování. Každý z nás někdy „přebral“ a nestal se tím ihned alkoholikem. Bylo by efektivní tyto lidi rozlišit a následně s každým z nich pracovat podle aktuálního stavu a potřeb (např. prevence závislosti, nabídky léčby).

Pro mnoho lidí, převážně manželek pánů občas navštěvující restaurační zařízení, je akutní opilost totožná s alkoholismem. Tyto pojmy ovšem totožné zdaleka nejsou. Nyní popíši, co alkoholismus, přesněji alkoholová závislost, znamená a čím je typická.

Definice alkoholové závislosti

Podle Slovníku sociální práce, je alkoholová závislost „touha požívat alkohol, kterou závislý člověk nemá pod kontrolou. Ta mu ztěžuje život a má nepříznivé účinky na jeho zdraví. Obvykle je spojena se zvyšující se tolerancí k alkoholu a s odvykacím stavem při pokusu o vysazení alkoholu. Alkohol zvyšuje riziko úrazů i vážnost jejich následků, při dlouhodobém užívání oslabuje imunitu, způsobuje jaterní nemoci, některé druhy rakoviny, postižení periferních nervů i mozku, což se projeví poruchami paměti,

některými druhy psychóz, případně též epileptickými záchvaty“ (Matoušek 2008, s. 23).

Jak tomu bývá při vymezování pojmů téměř pravidlem, existuje definicí alkoholismů celá řada. Já se však opět (stejně jako pro definování závislosti) přikloním k definici alkoholové závislosti podle WHO, která je shodná s definicí závislosti obecně (která byla citována v druhé kapitole mé práce, v části s názvem *Definice závislosti*), jen s konkretizací alkoholu místo obecného termínu droga.

Pojďme si nyní popsat, jak alkoholismus vzniká.

Vývojová stádia alkoholové závislosti

Než se člověk propracuje k tomu, aby se stal závislým na alkoholu, může uplynout mnoho let, někdy 10 – 15, v některých případech dokonce i více, až 20. Někdy se dokonce alkoholikem, potřebným léčení, vůbec stát nemusí. Jisté ovšem je, že každý piják (uživatel alkoholu) prochází určitými vývojovými stadii závislosti na alkoholu. Tyto stadia popsal E. M. Jellinek a nazýváme je tedy vývojovými stadii podle E. M. Jellinka.

Stadia jsou čtyři a teprve v případě dvou posledních můžeme hovořit o tom, že jedinec je závislý na alkoholu. První dvě stadia se občas týkají nás všech, s výjimkou oné jedné desetiny naší populace, která dle Skály zásadně odmítá alkohol.

1. stadium (nazýváme **stadiem počátečním**) - alkohol jedinec užívá, aby dosáhl dobré nálady, úspěchu ve společnosti nebo potlačil špatné psychické stavy. Častost požívání alkoholických nápojů pomalu stoupá, stoupá i tolerance vůči alkoholu. V této fázi člověk nebývá opilý, ale jen podnapilý. Hodnoty obsahu alkoholu v krvi se v této skupině pohybují cca maximálně do jednoho promile.
2. stadium (nazýváme **stádium varovné**) - tolerance k alkoholu stále stoupá, objevují se častější stavy opilosti. Jedinec obvykle přechází od méně koncentrovaných lihovin ke koncentrovanějším nápojům, především z počátků pití. Přijímá alkohol rychleji.
3. stadium (nazýváme **stadiem rozhodným**) - jedinec v této fázi se stává na alkoholu závislým. Alkohol se stává centrem jeho zájmu, jedinec se domnívá, že má pití pod kontrolou a období abstinence považuje za projev své silné vůle. Toto je ovšem omyl, protože již je ve stavu závislosti, kdy je pro něj snazší chvilková abstinence, než

pít s mírou. Závislý pije především o samotě. V tomto stadiu stále vzrůstá tolerance a zvyšuje se výskyt palimpsestů (okének)

4. stadium (nazýváme **stadiem konečným**) - pro toto stadium je nejtýpější, že výrazně klesá tolerance jedince k alkoholu. Závislý již nedokáže abstinovat, jelikož se po vysazení alkoholu u něj objevují silné abstinenční příznaky a pije tedy stále a tím si udržuje odpovídající hladinu alkoholu v krvi. Začíná pít již od rána, jeho tahy trvají i několik dní, opije se daleko rychleji než dříve. Pokud v tomto stadiu nezíská náhled a nenastoupí na léčení, dostavuje se proces psychické a sociální degradace a množí se vážné tělesné problémy (Skála 1988, s. 42-46).

Moment, kdy se jedinec přehoupne z jednoho stadia do druhého, nebývá nijak hmatatelný a přichází pomaličku, bez varování. Je důležité, aby v zájmu zabránění vzniku co největšího množství alkoholových závislostí opravdu fungovala především prevence.

Z hlediska protialkoholních záchytných stanic je důležité uvést, že zde nekončí jen lidé v posledním stadiu dělení závislosti dle Jellinka, ale s výjimkou prvního zde nalezneme zastoupena stadia všechny.

Domnívám se, že v tuto chvíli by bylo i nepřejícím manželkám jasné, že pojem akutní opilosti a závislosti nelze „házet do jednoho“ pytle. Neznamená tedy, že každý, kdo je opilý, je závislý. Naopak toto pravidlo bohužel neplatí, takže není pravda, že kdo je závislý, není opilý. Proto jsou momenty, kdy je problém tyto dvě skupiny odlišit a k jejich rozpoznání je potřeba více času a informací. Jak se alkoholová závislost projevuje?

Projevy alkoholové závislosti

Tato část o projevech alkoholové závislosti úzce koresponduje s částí věnované definici a projevům závislosti obecně (***Definice závislosti***), přesto však považuji za důležité ji v tomto místě zmínit a zkonkretizovat ve vztahu k alkoholu.

Projevy jsou následující:

- **Craving**, neboli touha, či bažení po užití látky. Patří mezi základní projev závislosti, protože ovlivňuje a úzce souvisí s projevy dalšími (jako potíže v sebeovládání a pokračování v užívání). Bažení je na tolik silné, že je ho závislá osoba nemůže ovládnout. Vzhledem ke skutečnosti, že craving vzniká na biologické úrovni, je možné tohoto využít při léčbě alkoholismu prostřednictvím tzv. „anticravingových“

léků. O těch se blíže zmíním při kapitole věnované léčbě alkoholismu (Popov 2002, s. 5).

- **Potíže v sebeovládání** při užívání látky (množství, frekvence užití). Jak již jsem zmínila u cravingu, tento příznak s ním úzce souvisí. Neznamená však, že každý, kdo pociťuje bažení, má problémy se sebeovládáním, zároveň však platí, že ne každý, kdo má zhoršené sebeovládání, pociťuje silné bažení. Zatímco craving je subjektivním pocitem, zhoršené sebeovládání je příznakem objektivním (Nešpor 2011, s. 13-15). I když patří mezi objektivní příznaky, jsou potíže se sebeovládáním v počátcích těžko rozpoznatelné jak pro osobu užívající alkohol, tak pro její okolí v důsledku běžného a častého užívání alkoholu celkově v naší společnosti, kde je tolerován jako „legální společenská droga“ (Popov 2002, s. 5).
- **Tělesný odvykací stav.** S lidmi na počátku tělesného odvykacího stavu se setkává již i personál protialkoholních záchranných stanic. Tento stav je typický projevem abstinčních příznaků, jejichž intenzita je závislá na tom, jak dlouho a v jaké míře člověk pravidelně alkohol užívá. Objevuje se několik hodin až dní po ukončení užívání alkoholu, nebo výrazném snížení dávky (Popov 2002, s.6). „Charakteristickými projevy jsou třes rukou event. celého těla, pocení, úzkost, psychomotorický neklid, přechodné vizuální, taktilní nebo sluchové halucinace nebo iluze, nauzea či zvracení, bolesti hlavy, tachykardie nebo hypertenze, pocity slabosti, poruchy spánku. Pokud nedojde ke komplikacím, odeznívá odvykací stav obvykle během čtyř až pěti dnů. Některé příznaky (nespavost, vegetativní obtíže, úzkost) mohou přetrvávat ještě několik měsíců. Odvykací stav může být komplikován křečemi, případně záchvaty typu grand mal, může také progredovat do alkoholového odvykacího stavu s deliriem“ (Popov 2002, s.6).
- **Tolerance k účinku látky.** Tolerance k účinku alkoholu je založena na tělesné úrovni. „V průběhu pití dochází k fyziologickému a psychickému přizpůsobení, takže alkoholik či piják vypadá jako méně intoxikovaný při stejné koncentraci alkoholu v krvi, než člověk, který alkoholu nepřivykl“ (Urban 1973, s. 102).
- **Postupné zanedbávání zájmů, koníčků** (z důvodu shánění alkoholu a zotavení se po jejím užití). Alkohol je jednou z nejnázve dostupných drog, běžně přístupnou v obchodech a i cenově přijatelnou. I tak se však celý život závislého točí kolem alkoholu a

s nárůstem závislosti mu člověk postupně obětuje volný čas, koníčky, práci, mnohdy i rodinu.

- **Pokračování v užívání** (i přes nesporný výskyt škodlivých zdravotních následků, vyvolaných užíváním látky). Skutečnost, že uživatel alkoholu s jeho přijímáním neskončí ani za okolností, kdy ví o negativním dopadu alkoholu na jeho zdraví, ukazuje na fakt, že tento příznak úzce souvisí s bažením a ztrátou sebekontroly (Popov 2002, s.5). Uživatel alkoholu je náchylnější k tělesným nemocem, dopouští se dietních chyb, kdy jeho strava neobsahuje potřebné vitamíny, minerály. Vážným onemocněním, pramenícím z užívání alkoholu je jaterní cirhóza (Urban 1973, s. 104).

V této kapitole jsem se pokusila vymezit základní pojmy a dělení týkající se závislosti obecně a konkrétně alkoholové závislosti. Nyní bych ráda přistoupila k popisu způsobu léčby závislosti na alkoholu, která již se přímo dotýká i záchytných stanic.

3. Terapie alkoholové závislosti

Jak již jsem uvedla výše, budu se v této kapitole věnovat léčbě alkoholové závislosti. Chtěla bych se tohoto tématu lehce dotknout z pohledu vývoje léčby, dále jejích forem, náplně a motivů.

Léčba alkoholové závislosti je záležitostí na celý život. Jejím cílem je přimět závislého k celoživotní a absolutní abstinenci, tedy životu bez jediné kapky alkoholu. K tomu, aby byla léčba opravdu účinná, musí zasáhnout člověka komplexně jako bio-psycho-sociální bytost. Musí tedy závislého člověka vyléčit jako komplexní celek. Nestačí pouze dostat alkohol z jeho z organismu, terapie musí uzdravit i duši a okolí, ve kterém se závislý pohybuje, aby měl šanci v „novém životě“ uspět.

Léčbu je nejlépe zahájit co nejdříve od zjištění problému jedince s alkoholem. Čím dříve se s ní začne, tím je větší šance na úspěch. Je proto třeba uživatele alkoholu oslovovat a nabízet jim možnost léčby i dříve než se dostanou do třetího, či čtvrtého stádia závislosti dle Jellinka a dříve, než se k jejich užívání alkoholu přidá řada tělesných a duševních poruch a nemocí, vznikajících v souvislosti s jeho užíváním.

3.1. Vývoj léčby závislosti na alkoholu

Už od počátku, kdy se lidé snažili alkoholismus léčit, se vlastní léčba alkoholové závislosti dělila na dvě velké, vzájemně spolupracující oblasti a to: **léčbu léky a na psychoterapii** (Marhounová, Nešpor 1995, s. 81).

Podstatný vliv na utváření léčby alkoholové závislosti měl švýcarský psychiatr August Forel (1848-1931), který jako hlavní cíl léčby závislých viděl **trvalou a naprostou abstinenci** od alkoholu v jakékoliv podobě. Pokud byla jeho zásada abstinence opravdu dodržována nejméně 1 rok, ne však déle 18 měsíců v protialkoholním zařízení Modrého kříže a byly dodržovány další zásady, jako psychoterapie, spolupráce s rodinnou apod., byla léčba poměrně účinná (více než 1/3 pacientů abstinovala minimálně po dobu 6-8-mi let po skončení ústavní léčby). Tímto se tedy vedle abstinence osvědčila i účinnost **prostorové izolace** závislého v adekvátním zařízení od nástrah okolního světa. Již v první polovině dvacátého století byl považován za nezbytný předpoklad úspěšné léčby **náhled** závislého. Ten si musel nejprve uvědomit, že alkoholismus je chronická nemoc a že je nemocný, i když nepije a je proto nutno, aby abstinoval trvale (Urban 1973, s. 175). Při léčbě alkoholismu tedy již na konci 19. století bylo užíváno psychotherapeutických postupů. V průběhu let se užívaly nejčastěji tyto psychotherapeutické postupy: racionální (zaměřena na porozumění), sugestivní (založen na hypnóze a autogenním tréninku), abreaktivní (založen na znovuprožití emočních zážitků), behaviorální (založen na behaviorismu, spočívá v nácviu žádoucích reakcí) a psychoanalytická (založen na analýze pacientových projevů, asociací apod.) (Marhounová, Nešpor 1995, s. 83).

„Předchůdce protialkoholní léčby léky“ bychom mohli najít v tzv. averzivní terapii, která byla známa již od 19. století a jejíž podstatou bylo spojení znaků typických pro alkohol (vůně, chuť) s nepříjemnými pocity (pocit na zvracení, pocit hořkosti apod.). Tento postup byl založen na vypracování podmíněného reflexu, kdy libé prožitky spojené s alkoholem ležely na straně jedné a nelibé prožitky a špatný tělesný stav na straně druhé. (Marhounová, Nešpor 1995, s. 82, 83).

Pravá léčba léky je používána od poloviny 20. století a je známa jako senzibilizující terapie (Marhounová, Nešpor 1995, s. 82). Byla poprvé při léčbě alkoholismu použita v roce 1948 Dány Haldem, Jacobsenem a Larsen-Masrtensenem. Tato **chemická izolace** od alkoholu spočívala v podání neškodné látky, která v kombinaci s alkoholem však u člověka vyvolávala přinejmenším nepříjemné potíže např. bolest hlavy, bolest v týle, pocit těžkého dýchání, úzkost, pocit na zvracení, eventuelně zvracení apod..

Jednalo se o přípravky tetraethylthiuramdisulfid (TETD známý jako Antabus, Stopethyl, Disulfram) (Urban 1973, s. 175, 176).

Léčba alkoholismu současnosti stále vychází ze stejných principů, jejichž poměr zastoupení se v jednotlivých zemích může měnit.

3.2. Současná léčba závislosti na alkoholu v ČR

V systému léčby alkoholové závislosti v České republice převažuje psychoterapie nad užíváním léčiv. Důvod této převahy můžeme hledat v minulosti. Způsob léčby založený převážně na psychoterapii (skupinové psychoterapii a terapii v kruhu terapeutické komunity) zavedl v naší zemi Skála v pražském Apolináři v roce 1948. Tento způsob léčby se osvědčil a stal se tedy základem pojetí protialkoholní léčby v ČR (Popov 2002, s. 6).

Léčba alkoholové závislosti probíhá ve více formách, které jsou závislé na závažnosti stavu závislého, ať již stavu tělesného, duševního a i sociálního prostředí, ve kterém se pohybuje. Základní schéma léčby však zůstává vždy stejné...od očištění organismu od alkoholu k znovunabytí tělesné a duševní rovnováhy, která mu pomůže v udržení abstinence.

- První fázi léčby můžeme nazvat **léčbou odvykací**.

Cílem této léčby je překonání odvykacích problémů a zlepšení tělesného stavu člověka (Nešpor, Csémy 1995, s. 90).

Odvykací léčba probíhá v závislosti na závažnosti stavu pacienta (fyzického i psychického) formou ústavní nebo intenzivní ambulantní. Ústavní forma má výhody nepřetržitého dohledu odborného personálu, je nezbytná při výskytu psychických poruch vzniklých z důsledku užívání alkoholu. Probíhá na odděleních psychiatrických léčeben, detoxikačních jednotkách. Intenzivní ambulantní léčba probíhá v denních stacionářích (léčba vypadá jako zaměstnání, kdy pacient ráno přichází a odpoledne odchází domů k rodině (Nešpor 1999, s. 85)), v ambulancích AT (Popov 2002, s. 7).

- Druhou fázi léčby můžeme nazvat **léčbou následnou**.

Cílem této fáze léčby je posílení a udržení jedincovy abstinence.

Následná léčba by měla probíhat v intenzivní podobě rok po ukončení odvykací léčby a dále by měla pokračovat dle potřeby pacienta. Uskutečňuje se pravidelnými návštěvami vhodných zařízení např. AT ambulancí, ambulancí psychiatrických léčeben, svépomocných skupin, Anonymních alkoholiků apod. (Popov 2002, s. 8).

3.3. Prostředky léčby

Váhala jsem jak pojmenovat tuto kapitolu, jak souhrnně označit celou řadu přípravků, prostředků, aktivit, které se užívají při léčbě alkoholové závislosti. Nejvystižnější mi připadá označení prostředky, protože jejich prostřednictvím se snažíme dosáhnout cíle léčby a to trvalé abstinence. Pokusím se zde vyjmenovat některé z nich. Nedovolím si napsat, že jedná právě o ty nejdůležitější, protože hodnocení jejich důležitosti je zcela mým osobním názorem a čtenář může mít názor odlišný.

Prostředky léčby tedy jsou:

- **„Anticravingové“ léky**, jedná se o léky tlumící bažení (craving). O bažení jsem psala v kapitole věnované **Projevům alkoholové závislosti**. Jedná se o přípravek acamprosat, jehož mechanismus účinku dosud nebyl úplně objasněn, avšak jehož účinek potlačující pocit bažení byl prokázán řadou zahraničních studií (Popov 2002, s. 8).
- **Antabus**, který pokud je v těle člověka obsažen v dostatečném množství, pak po požití alkoholu způsobuje u jedince typické nepříznivé příznaky, jako např. zčervenání, zarudnutí spojivek, bušení srdce, bolest hlavy, nevolnost, někdy dokonce zvracení, změny krevního tlaku, někdy mdloby (Nešpor 1999, s. 86). V současné době již není, jako dříve, užíván v prvních fázích léčby, avšak má stále své důležité místo při následné udržovací léčbě, kdy je jeho podávání spojeno s kontrolou pacienta v ambulanci a pomáhají mu v udržení abstinence (Marhounová, Nešpor 1995, s. 82).
- **Psychoterapie**, která může probíhat jako individuální či skupinová. „Jejím cílem je pomáhat psychologickými prostředky překonat duševní i životní problémy a napomáhat sebepoznání i pochopení druhých“ (Nešpor 1999, s. 86). Psychoterapeutické postupy jsem popsala již výše (**3.1. Vývoj léčby závislosti na alkoholu**). Na tomto místě bych ráda zmínila pozitivní účinek tzv. „techniky posilování motivace“. Je to technika, která je založena na pěti principech jednání s pacientem a to „vyjadřování empatie, vytvoření rozporu (mezi pacientovy cíly a jeho chováním), vyhýbání se sporu, práce s odporem a posilování sebedůvěry“ (Nešpor 2011 s. 60). Tato technika může být užívána především psychoterapeuty, ale i lékařským personálem a je prospěšné tuto techniku naučit i samotného pacienta (Nešpor 2011, s. 62).

- **Nácvik relaxace a využití volného času.** Jako úspěšná forma relaxace se osvědčila jóga, jejíž účinek na užívání alkoholu a následně i již při samotných problémech s alkoholem zkoumali počátkem 70. let američtí vědci. Bylo zjištěno, že spotřeba alkoholu klesá a že jóga je tedy prospěšná i při léčbě samotných problémů s alkoholem. Spojuje totiž pozitivní účinek na snížení depresí, odbourání celé řady zdravotních potíží, snížení stresu apod. (Nešpor 1999, s. 87). Podobného účinku lze docílit i jinými pohybovými aktivitami a nácvikem dalších relaxačních technik. Je důležité si uvědomit, že po vyléčení alkoholové závislosti zbude pacientovi mnoho volného času, který dříve věnoval právě shánění a konzumaci alkoholu, popřípadě vystřízlivění. Tento čas je potřeba vyplnit a proto je velice prospěšné v člověku podporovat návrat ke koníčkům, či nalezení koníčků nových.
- **Začlenění partnera, ev. rodiny do léčby.** Je na místě zde psát o odborné terapii zaměřené i na partnera a rodinu pacienta. Alkoholismus jednoho člena totiž zasáhne celou rodinu, naruší její fungování jako celku a je třeba, aby se pod odborným vedením naučilo i pacientovo okolí vypořádat s jeho problémem a následně mu bylo schopno pomoci na další cestě za uzdravením.
- **Svépomocné skupiny** jsou skupiny, které sdružují lidi, kteří měli nebo mají stejný problém a úspěšně se jim ho podařilo překonat. Pacienti v těchto skupinách bývají otevřenější, berou ostatní jako lidi „co jsou na stejné lodi a co mu rozumí“. Mezi nejznámější z těchto skupin patří Anonymní alkoholici, KLUS, Modrý kříž (více o nich naleznete v následující kapitole).

Nepochybuji o tom, že čtenáře napadne celá řada dalších prostředků používaných pro léčbu alkoholismu, doufám však, že ty nejčastěji užívané jsem alespoň okrajově zmínila. V další kapitole se pokusím přehledně shrnout léčebné zařízení a organizace v ČR.

3.4. Přehled základních léčebných zařízení a organizací v ČR

1. **Anonymní alkoholici** je sdružení lidí, kteří se navzájem dělí o své zkušenosti, aby mohli řešit svůj společný problém a to závislost na alkoholu. Jedinou podmínkou pro členství je touha přestat pít. V této organizaci nejsou povinné poplatky, její fungování je založeno na dobrovolných příspěvcích. AA není spojeno s žádnou sektou, církví, politickou organizací či jakoukoliv jinou institucí. V České republice v současnosti funguje 50

poboček tohoto sdružení viz. Příloha č. 1 (Seznam poboček anonymních alkoholiků v ČR).

2. **AT ambulance** se zabývá léčbou závislostí, jako je například závislost na alkoholu, drogách a hracích automatech. V České republice v současnosti funguje 64 AT ambulancí viz. Příloha č. 2 (Seznam AT ambulancí v ČR).

3. **Detoxikační jednotky** slouží jako prvotní instituce k léčbě akutních odvykacích stavů. Pacienti zde postupují detoxikaci, která by měla jejich organismus zbavit návykové látky. Abstinenční příznaky zde probíhají pod dozorem odborného personálu. V České republice v současnosti funguje 10 detoxikačních zařízení viz. Příloha č. 3 (Seznam detoxikačních zařízení v ČR).

4. **Doléčovací centra** slouží jako podpora lidí závislých na alkoholu po ukončení léčby při vstupu zpět do běžného života, ať již formou chráněného bydlení, či poskytováním sociálních služeb, které jim mají pomoci s opětovným sociálním začleněním.

Patří mezi ně následující centra:

- ALKAT o.s. - chráněné bydlení
- Centrum služeb následné péče pro ženy ALMA
- Následná péče Jihlava
- Občanské sdružení o. s. Lotos Brno
- Centrum následné péče PREVENT

5. **Psychiatrické léčebny**, které léčí závislost na alkoholu. Jejich seznam naleznete v Příloze č. 4 (Seznam psychiatrických léčeben léčících závislost na alkoholu v ČR).

6. **KLUS** je název a zkratka občanského sdružení, které v plném znění zní Klub Lidí Usilujících o Střízlivost. V současné době působí v Semilech a navazuje na tradici KLUSU, který fungoval od roku 1948 a jehož zakladatelem byl MUDr. Jaroslav Skála. V klubu se setkávají lidé závislí na alkoholu po ukončené léčbě a pomáhají si při další abstinenci.

7. **Modrý kříž** je nezávislá nestátní organizace. Svépomocné skupiny navštěvují lidé, kteří mají společný problém s alkoholem a chtějí ho řešit. Ve skupině si členové poskytují emocionální oporu, dělí se o rady, věnují se společným zájmům.

Poradny Modrého kříže v současné době fungují v následujících městech:

- Valašské Meziříčí
- Vsetín
- Ostrava
- Karviná
- Frýdek-Místek
- Český Těšín

8. **Ostatní organizace**, zde bych zahrнула další organizace a zařízení, které se v naší republice vyskytují a pomáhají lidem závislým na alkoholu, jako jsou terapeutické skupiny, lékaři, poradny, ÚSP a další.

(<http://www.alkohol-alkoholismus.info/>, otevřeno 12.1.2013)

9. **Záchytné stanice** jsem si záměrně nechala nakonec a zmiňuji je nyní pouze okrajově, protože jsou hlavním tématem mé práce a budu se jimi tedy zabývat dále.

Nyní se nabízí otázka, kdo a za jakých okolností nejčastěji zahajuje protialkoholní léčbu?

3.5. Protialkoholní léčba jako ochranné opatření

Velkým předpokladem úspěšnosti protialkoholní léčby je **dobrovolnost** nástupu pacienta. V tu chvíli je zaručen zájem člověka na tom, aby se závislosti zbavil, a je tedy o kousek větší šance, že se mu to podaří, protože počáteční motivace k jednání je velice důležitá.

Lidé často na léčení nastupují ze zdravotních důvodů, kdy jim již alkohol působí psychické i tělesné obtíže, například cirhóza jater, psychózy apod., nebo je dokonce ohrožuje na životě. Dalšími důvody bývá snaha zachovat rodinu, strach ze ztráty zaměstnání, společenského postavení.

V některých případech však může být protialkoholní léčba **nařízena**. Nařídit ji může pouze soud, který protialkoholní léčbu ukládá jako ochranné opatření, nikoli trest. Ukládá se pachatelům, kteří se dopustili trestného činu v souvislosti s nějakou chorobou či poruchou nebo v souvislosti se zneužíváním nějaké návykové látky. Nejčastěji se jedná o ochranné léčení protialkoholní a protitoxikomanické apod.

„Ochranná léčba se vykonává buď ústavní formou (odsouzený je léčen v ústavu) nebo formou ambulantní (odsouzený dochází pravidelně ze svého domova k odbornému lékaři). Ochranné léčení se neukládá na konkrétní dobu, ale na neurčito, a trvá do doby, než je účelu léčby dosaženo, tj. odsouzený je vyléčen nebo jeho stav je alespoň natolik stabilizovaný, že

odsouzený není nebezpečný pro společnost. Nicméně, ochranné opatření musí skončit do dvou let. Nejpozději po dvou letech musí soud přezkoumat důvodnost dalšího trvání ochranné léčby a rozhodnout o tom, že se odsouzený z ochranné léčby propouští nebo o tom, že se ochranná léčba prodlužuje. Takto lze léčbu prodloužit opakovaně, vždy však nejvíce o dva roky.

Ochranné léčení lze uložit vedle trestu, ale i samostatně, když je od uložení trestu upuštěno, nebo když bylo trestní stíhání pro nepřičetnost obviněného zastaveno“ (<http://www.trestni-rizeni.com/vyklad-pojmu/ochranna-lecba>, otevřeno dne 12.1.2013).

V této kapitole jsme si popsali léčbu závislosti na alkoholu z více úhlů pohledu. Díky těmto informacím si budeme moci v následujících kapitolách práce přiblížit nezanedbatelnou roli záchytných stanic v systému léčby alkoholové závislosti.

Pro plné pochopení funkcí protialkoholních záchytných stanic považuji za nutné se nyní obecně zmínit o prevenci alkoholové závislosti.

4. Prevence alkoholové závislosti

Prevence bývá chápána obecně jako komplex činností, jejichž cílem je předejít vzniku alkoholové závislosti. Můžeme ji rozdělit na prevenci primární, sekundární a terciální. Aby byla zajištěna její maximální účinnost, je třeba, aby všechny tyto oblasti byly propojeny a jedna nebyla upřednostňována na úkor druhých (Klimentová, Kliment 2002, s. 41). Do programu prevence by měly být zahrnuty všechny věkové kategorie lidí a lidé ve všech fázích možných vztahů k alkoholu. To znamená, že prevence by se měla dotýkat jak lidí, kteří se s alkohologem nesetkali, tak lidí, kteří jsou občasnými uživateli alkoholu a v neposlední řadě by se měla dotknout i osob již na alkoholu závislých.

Primární prevence by měla být směřována k předcházení užívání alkoholu. Měla by tedy oslovovat lidi, kteří s alkoholem teprve experimentují, poznávají ho.

Sekundární prevence je zaměřena již na osoby na alkoholu závislé a jejím cílem je přimět tuto skupinu lidí k léčbě a abstinenci. Zahrnujeme do ní vlastní léčbu závislosti, kterou jsme si popsali již výše.

Terciální prevence v sobě zahrnuje péči o závislé lidi, kteří se nechtějí ze své závislosti léčit, slouží tedy k snižování negativních důsledků vážících se k užívání alkoholu (Klimentová, Kliment 2002, s. 42).

Krátce jsem tedy vysvětlila systém prevence alkoholové závislosti. V následujícím textu se pokusím rozborem získaných informací o protialkoholních záchytných stanicích identifikovat, zda protialkoholní záchytné stanice patří, nebo by měly patřit do tohoto systému a pokud ano, pak do které z jejich tří oblastí.

5. Protialkoholní záchytná stanice (PZS)

„Záchytka, celým názvem protialkoholní záchytná stanice - PZS, je zdravotnické zařízení sloužící k nedobrovolnému přenocování opilých lidí, kteří pro svou opilost bezprostředně ohrožují sebe nebo jiné osoby, veřejný pořádek nebo majetek, nebo jsou ve stavu budícím veřejné pohoršení“ (<http://alkohol-alkoholismus.cz/protialkoholni-zachytne-stanice-zachytka>, otevřeno 15. 1. 2013).

Protialkoholní záchytná stanice jako první instituce svého typu byla založena v roce 1951 právě na území naší republiky a jednalo se o Záchytnou stanici u Apolináře. Byla původně koncipována jako zařízení zdravotní péče s výrazně preventivním charakterem (Popov 2011, s. 1). Podrobnějším informacím o této záchytné stanici věnuji následující kapitolu, protože právě pojetí péče o zachycené osoby u Apolináře udávalo dál směr následujícím záchytným stanicím vznikajícím posléze nejen na území naší republiky.

5. 1. Záchytná stanice u Apolináře

Tato záchytná stanice byla založena 15. května 1951 (Popov 2011, s. 1). Byla založena jako součást protialkoholního oddělení psychiatrické kliniky lékařské fakulty University Karlovy v Apolináři (Miovský, Popov 2012, s. 1). Jejím prvním jejím klientem se údajně již po třech dnech po zahájení provozu, tedy 18. května 1951, stal ruský námořní inženýr (<http://cs.wikipedia.org/wiki/Z%C3%A1chytka>, otevřeno 15.1.2013).

Jejím zakladatelem byl MUDr. Jaroslav Skála (1916 - 2007), který se, ještě před zahájením své profesní kariery psychiatra, roku 1945 zúčastnil konference o alkoholismu v Bruselu. Tato konference udala směr jeho budoucímu profesnímu vývoji. Dne 5. února 1948 založil na základě inspirace Anonymními alkoholiky samoterapeutický Klub lidí usilujících o

střízlivost (KLUS). KLUS byl založen na svépomoci lidí se stejnými zkušenostmi a problémy. Založení KLUSu předcházelo vlastnímu založení protialkoholní léčebny Apolinář, ta byla založena 7. 9. 1948. Záchytnou stanici poté Skála založil o pár let později, jak jsem již zmínila výše, jako součást léčebny (Zaostřeno na drogy 1/2008, s. 4).

Skálova léčebna byla vyjímečná především svým novátorským přístupem léčby závislých na alkoholu. Skála spojil zásady terapeutické komunity a behaviorální přístupy psychoterapie, které realizoval v náročném léčebném režimu s bodovacím přístupem. Vyzdvihl při léčbě odpovědnost pacientů a to odpovědnost individuální i kolektivní (kolektivní odpovědnost do té doby užívána nebyla). Ve způsobu jeho léčby byly patrné i podobnosti se zásadami Anonymních alkoholiků, jako např. svépomoc, důraz na posilování ega, důraz na pozitivní změnu apod. (Zaostřeno na drogy 1/2008, s. 4,5).

Po založení záchytné stanice promítl svou koncepci léčby v léčebně do péče o osoby zachycené na záchytce a obě tyto zařízení úzce propojil. Cílem Skály bylo zabránit vzniku závislosti na alkoholu prostřednictvím třech protialkoholních zařízení a to: záchytných stanic, ordinací AT a lůžkových oddělení psychiatrických klinik (Skála 1988, s. 51).

Po založení měla záchytka 12 lůžek s nočním provozem. Provoz na záchytce byl zajištěn ošetřovateli, ošetřovatelkami a lékařem, který měl pohotovost a zasahoval ve chvíli zkomplikování zdravotního stavu zachyceného občana např. otravou, zraněním a jiným stavem bezprostředně ohrožujícím jeho zdraví (Skála 1988, s. 52). Již ze Zápisků z Apolináře z roku 1957 je patrné, že už v tuto dobu na záchytkách běžně sloužili pacienti Apolináře léčebny, kteří měli službu na záchytce jako součást léčebného programu. Služba měla sloužit k tomu, aby na vlastní oči viděli, čeho všeho je člověk ve stavu opilosti schopen (<http://alkohol-alkoholismus.cz/zapisky-z-apolinare-1957/zivot-na-oddeleni-zapisky-z-apolinare-1957-str-027-032>, otevřeno 15. 1. 2013). Tato část léčby se osvědčovala a zůstala zachována i v následujících letech.

Provoz na záchytce roku 1957 je pěkně popsán v Zápiscích z Apolináře sestrou Irenou, dovoluji si tedy citovat: „Dostanou se sem jenom ti, kteří budí veřejné pohoršení na ulicích v restauracích, v závodě, někdy i doma, jindy přijde pacient sám. Na záchytné stanici musí být pacient nejméně 8 hodin, než vystřízliví. Při otravě dobu delší. Jinak je nebezpečí při neúplném vystřízlivění nového opití. Každý zachycený se musí zúčastnit nedělního školení. Když nepřijde, je vyzván podruhé a hlásí se to Závodnímu výboru pracoviště. Každý je předáván Protialkoholické poradně v místě bydliště.

Náhodná opilost je na záchytné stanici asi u 30 % pacientů. U ostatních je nutná léčba“ (<http://alkohol-alkoholismus.cz/zapisy-z-apolinare-1957/zivot-na-oddeleni-zapisy-z-apolinare-1957-str-027-032>, otevřeno 18. 1. 2013).

Podobný průběh provozu a následovné léčby po ukončení pobytu na Záchytné stanici u Apolináře zůstal i v následujících letech, v osmdesátých letech fungovala protialkoholní škola, která zahrnovala přednášky o rizicích užívání alkoholu, spojené s promítáním filmů. Seznamovala tedy s těmito informacemi uživatele záchytné stanice, kteří by se mnohdy podobné přednášky z vlastní iniciativy nezúčastnili. Zůstalo zachováno i povinné hlášení ošetření na záchytné stanici lékaři zachyceného. Nezměněn zůstal i fakt, že pobyt na záchytce si musel zachycený hradit sám a nevztahovala se na něj pracovní neschopnost. V roce 1986 byla výše úhrady za pobyt na záchytce 200 Kč (i s dovozem), odběr krve na test na alkohol stál 100 Kč. Počet lůžek byl již navýšen na 32 lůžek s nepřetržitým provozem, rozdělených na oddělení pro ženy a muže a záchytka byla vybavena samotkou pro hlučné a agresivní pacienty. V záchytné stanici bylo ročně ošetřeno kolem 8 tisíc pacientů a na lůžkách zůstalo 6,5 tisíc pacientů. (Skála 1988, s. 51-58). Pro lepší názornost využívání záchytné stanice a rozdělení uživatelů jejich služeb přikládám následující tabulku.

Rozbor zachycených osob na Záchytné stanici u Apolináře od 1982 do 1985

V jednotlivých letech	1982	1983	1984	1985
Celkem ošetřeno	8258	7601	8159	7823
Na ZS zůstalo	5319	6109	6806	6616
Žen	545	479	679	702
Mladistvých	221	205	301	263
Opakovaných záchytů	2367	2749	3104	2988
Nepřijatých (rozhodnutí lékaře)	451	366	331	304
Odběry krve	5001	3533	3860	3561
Zachycený odmítl odběr krve i moče	575	534	559	666
Zranění	265	207	144	143
Potřeba zvýšeného dohledu	166	159	110	81
Napadení personálu				
Převezení na ARO pro těžký stav intoxikace	9	3	2	7
Řidiči	939	925	846	907
Opilost v zaměstnání	50	40	20	43
Opilost v pracovní neschopnosti	53	70	66	82
Omezený provoz pro muže	85x	80x	89x	92x
Omezený provoz pro ženy	44x	57x	16x	9x
Přednášek pro zachycené se zúčastnilo (jedenkrát měsíčně v trvání tří hodin)	1357	1082	1318	1443

(Skála 1988, s. 58)

Z tabulky je patrné, že ani v těchto letech nebyla zajištěna 100% účast zachycených osob v protialkoholní škole. Za úspěšné ovšem považují i účast cca 20-ti %.

V prostorech Apolináře zůstala záchytná stanice do roku 1993, kdy byla přestěhována do Nemocnice na Míčánky (Popov 2011, s. 2), kde byl počet lůžek snížen na 6.

Na přelomu roku 2003-2004 z důvodu rušení Nemocnice na Míčánkách bylo rozhodnuto o přestěhování záchytné stanice do Nemocnice na Bulovce (OSMIČKA 4/2004). Zde byl počet lůžek navýšen z původních 6 na 14 běžných + 2 JIP lůžka pro pacienty ohrožené na životě (http://www.praha.eu/jnp/cz/home/zivot_v_praze/socialni_zdravotni_oblast/na_zachytce_bude_vice_mist.htm, otevřeno 20. 1. 2013).

Od 1. 1. 2013 provoz Záchytné stanice na Bulovce převzala Městská poliklinika Praha a bylo rozhodnuto o navýšení počtu lůžek o 5. K tomuto navýšení by podle vyjádření vedení nemocnice mělo dojít na přelomu února a března. Současná úhrada za pobyt na pražské záchytné je 1950,- Kč (http://www.praha.eu/jnp/cz/home/zivot_v_praze/socialni_zdravotni_oblast/na_zachytce_bude_vice_mist.html, otevřeno 20. 1. 2013).

I z informací o jedné záchytné stanici je patrné, že místo provozu a stav počtu lůžek není v žádném případě neměnnou skutečností. Pojdme se tedy podívat, jak se měnil počet záchytných stanic na našem území v době od založení první do současnosti.

5.2. Vznik dalších PZS na území ČR

Po zřízení Záchytné stanice u Apolináře došlo k prudkému rozvoji záchytných stanic a v roce 1955 bylo v ČSR již 17 protialkoholních záchytných stanic, ve kterých bylo ošetřeno 10 tisíc zachycených osob (Popov 2011, s. 1). „V roce 1963, bylo evidováno 21 zařízení. Do roku 1989 vzrostl počet záchytných stanic v ČR na 34 zařízení, v následujícím období jejich počet klesá. V roce 1993 bylo evidováno 20 zařízení, v roce 2009 už pouze 14 zařízení. Během roku 2010 se zaevidovaly dvě záchytné stanice, ve Středočeském a Olomouckém kraji, a jejich počet vzrostl na 16. Záchytné stanice se v roce 2011 nacházely ve všech krajích kromě Ústeckého a Libereckého. Nejvíce jich je na území Moravskoslezského (4 stanice) a Středočeského kraje (3 stanice), v ostatních krajích je vždy po jedné záchytné stanici“ (Nechanská 2012, s. 2). Dne 3. 12. 2012 zahájila zkušební provoz záchytná stanice v Liberci, oficiální provoz zahájila 31. 12. 2012 (<http://www.kraj-lbc.cz/id:175069>, otevřeno 1. 2. 2013). V současné

chvíli tedy na území naší republiky funguje 18 záchytných stanic. Vývoj počtu záchytných stanic v letech 1989 – 2011 nalezete v Příloze č. 7 (Tabulka 2: Vývoj počtu záchytných stanic, míst a ošetřených pacientů v letech 1989–2011).

Konkrétní seznam současných záchytných stanic najdete v Příloze č. 5 (Seznam protialkoholních záchytných stanic v ČR).

Domnívám se, že nejvýraznější změna počtu záchytných stanic je ovlivněna společenským uspořádáním a nastavením v celospolečenském smýšlení a také současným způsobem zřizování a financování. K prudkému poklesu počtu záchytných stanic totiž došlo po roce 1989, kdy se změnilo politické uspořádání naší společnosti. Domnívám se, že se změnilo i nastavení naší společnosti v oblasti vnímání nedotknutelnosti lidských práv a cokoliv, co člověka nutilo do nějaké činnosti, bylo považováno za nepopulární a nežádoucí. Vzhledem k tomu, že záchytné stanice slouží k nedobrovolnému zadržení občanů, mohlo být považováno společností za diskriminační a tedy nežádoucí. Toto zmiňuje i sám zakladatel záchytek Skála: „Za dob socialismu však záchytné stanice získaly neblahou pověst zařízení, kde jsou lidé zavírání proti své vůli a šikanováni, avšak toto je jeden úhel pohledu. Je důležité se zamyslet nad tím, zda je lepší nechat opilého člověka v zimě umrznout na ulici, či zda je lepší ho i proti jeho vůli odvést na záchytnou stanici a nechat ho v teple vystřízlivět“ (<http://alkohol-alkoholismus.cz/protialkoholni-zachytne-stance-zachytky/zachytky-se-zase-zacnou-zrizovat-rika-jaroslav-skala>, otevřeno 1. 2. 2013).

Také se neustále volá po zodpovědnosti každého občana za své jednání a po tom, aby si své problémy řešil sám. Počet osob, které se dostanou do stavu, které vyžaduje ošetření na záchytné stanici za dobu od zřízení Záchytné stanice u Apolináře neklesl, ba naopak v poměru počtu celkových míst na záchytných stanicích a ošetřených lidí jejich počet stále stoupá, což potvrzuje i statistika Ústavu zdravotnictví a informatiky, viz. Příloha č. 7 (Tabulka 2: Vývoj počtu záchytných stanic, míst a ošetřených pacientů v letech 1989–2011). Je potom otázkou, co těmito lidmi dělat? Nechat je, jak již řekl Skála „v zimě umrznout na ulici“, či ohrožovat sebe a okolí, a tvářit se, že nejsou problémem celé společnosti nebo přijmout celospolečenskou zodpovědnost a v tyto riskantní chvíle se o ně postarat a těm potřebným navíc pomoci najít cestu k uzdravení? K těmto otázkám se vrátím později.

Za další z možných důvodů nižšího počtu záchytných stanic jsem zmínila i jejich financování, pojďme se dále podívat na zřizovatele, provozovatele a způsoby financování PZS.

5.3. Zřizovatelé a provozovatelé PZS a úhrady za pobyt

Je nutno, aby bylo zřizování, provozování, financování a úhrady za pobyt upraveno zákonem.

Legislativní ukotvení

V zákoně č. 379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů v platném znění stojí, že:

„§ 22 odst. 1) **kraj v samostatné působnosti**

- písm. f) zajišťuje záchytnou službu na svém území, dle potřeby; za tímto účelem zřizuje nebo zakládá záchytné stanice, nemůže-li zajistit tuto službu záchytnými stanicemi, provozovanými jinými právníckými osobami nebo fyzickými osobami.
- písm. g) koordinuje zřizování, zakládání a činnost záchytných stanic zřizovaných či zakládaných obcemi v samostatné působnosti či fyzickými nebo právníckými osobami.“

„§ 22 odst. 2) **obec v samostatné působnosti:**

- písm. e) je oprávněna zřizovat, či zakládat záchytné stanice, nebo se podílet na financování takových stanic.“

Dále zákon č. 379/2005 Sb. § 17 odst. 1 stanoví, že může územně samosprávný celek zajišťovat péči ve zdravotnickém zařízení, jehož součástí je protialkoholní záchytná stanice též smluvně. Jedná se o zajištění financování části provozních nákladů protialkoholní záchytné stanice, které nejsou uhrazeny z jiných zdrojů (např. úhrada klientem).

Zřizovatelé PZS

Jak je patrné z výše uvedených citací zákona, zřizovatelem protialkoholních záchytných stanic jsou kraje, popřípadě obce v samostatné působnosti. Záchytné stanice jsou většinou zřizovány jako součást již fungujícího zdravotnického zařízení.

Provozovatelé PZS

Provozovateli záchytných stanic bývají většinou příspěvkové organizace krajů, či měst, popřípadě soukromý subjekt. Záchytné stanice jsou většinou provozovány jako součást zdravotnického zařízení např. nemocnic, psychiatrických léčeben.

Financování PZS

Vzhledem ke skutečnosti, že úhrady za pobyt na záchytné stanici (viz. odstavec níže) nepokrývají ani zdaleka provoz těchto stanic, je otázka jejich financování často diskutována.

Činnost PZS je hrazena systémem vícezdrojového financování, kdy se na něm podílí kraje provozními příspěvky a dotacemi a dále dotace a příspěvky obcí a to nejen obcí, na jejichž území jsou záchytné stanice umístěny, ale i obcí okolních, které služeb stanice využívají. Samozřejmě jsou dále oslovovány nejrůznější fondy, soukromé subjekty, ministerstvo financí o dotace na provoz PZS.

Úhrada za pobyt na PZS

Zákonnou úpravu úhrady za pobyt na záchytné stanici nalezneme v § 17 odst. 4 zák. č. 379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů v platném znění (citaci naleznete níže), ze kterého je patrné, že pobyt na záchytné stanici není hrazen ze systému zdravotního pojištění, leží úhrada za pár hodin strávených na záchytce na osobě, která jejich služeb využila.

Výše ceny za ošetření na záchytné stanici není nikde taxativně stanovena zákonem, a tedy se v rámci jednotlivých záchytných stanic v ČR liší. Pohybuje se v rozmezí od cca 1 000,- Kč po 8 445,-. Výše úhrady se u některých záchytných stanic liší i vzhledem ke skutečnosti, zda zachycená osoba pobyt uhradí při odchodu ze záchytky, nebo do stanovené lhůty (potom je úhrada nižší), či zda hradí pobyt později.

Většina zachycených osob ovšem pochází ze sociálně slabších vrstev a na úhradu záchytné stanice mnohdy nemá dostatek finančních prostředků. Vymáhání neurazených pohledávek je komplikované, provozovatelé záchytných stanic nebývají mnohdy při vymáhání pohledávek úspěšní. V současné době dokonce někdy dochází k odprodání dluhů jiným subjektům.

Podrobnější informace k této kapitole, konkretizované pro jednotlivé záchytné stanice v ČR naleznete v Příloze č. 5 (Seznam protialkoholních záchytných stanic v ČR).

5.4. Zákonný rámec fungování PZS

Nejen záležitosti zřizování, provozování, financování a úhrady za pobyt na záchytných stanicích musí být upraveny zákonem, ale i její vnitřní provoz. V roce 1962 byl přijat zákon č. 120/1962 Sb. o boji proti alkoholismu., jehož § 12 říká: „Osoba, která se požitím alkoholického nápoje přivedla do stavu vzbuzujícího pohoršení nebo stavu, v němž ohrožuje sebe, svou rodinu, své okolí nebo majetek, je povinna se podrobit za úhradu nákladů ošetřování až do úplného vystřízlivění v protialkoholním zařízení zřízeném pro tento účel.“ (zákon č. 120/1962 Sb. o boji proti alkoholismu). Tímto byla činnost záchytné stanice poprvé ukotvena v zákoně.

Nyní její fungování upravuje § 17 zákona 379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů v platném znění. Zákon uvádí, cituji:

„ §17 Ošetření v protialkoholní a protitoxikomanické záchytné stanici

(1) Protialkoholní a protitoxikomanická záchytná stanice (dále jen "záchytná stanice") je zdravotnického zařízení, které zřizuje územně samosprávný celek, který může v samostatné působnosti zajišťovat péči poskytovanou v tomto zařízení též smluvně, a to tak, aby na celém jeho území byla zajištěna záchytná služba s dojezdovou vzdáleností do 45 minut.

(2) Pokud je klinickým a laboratorním vyšetřením zjištěno, že ošetřovaná osoba není ohrožena na životě selháním základních životních funkcí, ale pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky nekontroluje své chování, a tím bezprostředně ohrožuje sebe nebo jiné osoby, veřejný pořádek nebo majetek, nebo je ve stavu vzbuzujícím veřejné pohoršení, je tato osoba povinna se podrobit ošetření a pobytu v záchytné stanici po dobu nezbytně nutnou k odeznění akutní intoxikace.

(3) Dopravu osob do záchytné stanice zabezpečuje osoba, která podle § 16 odst. 3 k vyšetření vyzvala. V případě, že touto osobou je příslušník obecní policie, dopravu zabezpečuje Policie České republiky.

(4) Dopravu, vyšetření, ošetření a následný pobyt na záchytné stanici hradí v případě, že se prokáže přítomnost alkoholu nebo jiné návykové látky, ošetřená osoba. V případě, že se přítomnost alkoholu nebo jiné návykové látky neprokáže, náklady nese osoba, která podle § 16 odst. 3 k vyšetření vyzvala, s výjimkou případů diferenciální diagnózy hrazené z veřejného zdravotního pojištění podle zvláštního právního předpisu.

5) Ošetření osoby přijaté na záchytnou stanici oznamuje záchytná stanice jejímu registrujícímu praktickému lékaři. Jde-li o osobu mladší 18 let, oznamuje se tato skutečnost také jejímu zákonnému zástupci, popřípadě jiné osobě odpovědné za její výchovu. Při přijetí osoby mladší 18 let se tato skutečnost oznamuje též orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Jde-li o osobu s omezenou způsobilostí k právním úkonům nebo zbavenou způsobilosti k právním úkonům, oznamuje se tato skutečnost opatrovníkovi určenému soudem.“ (zákon č. 379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů v platném znění).

Zákon nám praví, že na záchytnou stanici jsou klienti starší patnácti let většinou dováženi nejčastěji příslušníky Policie České republiky, Městské policie, či Zdravotnickou záchrannou službou. Zde zůstávají do doby, než vystřízliví. Tato doba se může pohybovat v rozmezí několika hodin (v zákoně č. 379/2006 je stanoveno „dobu nezbytně nutnou k odeznění akutní intoxikace“), maximálně však 24 hodin.

Přijaté osobě je provedeno komplexní klinické a laboratorní vyšetření, kterým se zjistí, zda je či není přímo ohrožena na životě selháním základních životních funkcí, či zda je „pouze“ pod vlivem alkoholu a nekontroluje své chování, a tím bezprostředně ohrožuje sebe nebo jiné osoby, veřejný pořádek nebo majetek, nebo je ve stavu vzbuzujícím veřejné pohoršení. Pokud je tedy prokázána přítomnost alkoholu, je osoba povinna zůstat na záchytné stanici po dobu nezbytně nutnou k odeznění akutní intoxikace a zároveň je povinna uhradit si pobyt, jak již bylo zmíněno výše. O propuštění rozhoduje lékař.

Jak je ze zákona patrné, zůstala i v dnešní době zachována ohlašovací povinnost. Záchytná stanice má povinnost ošetření hlásit odbornému praktickému lékaři zachyceného, v případě, že se jedná o osobu mladší 18-ti let, musí o pobytu informovat i zákonného zástupce mladistvého.

Objasnili jsme si tedy vznik, zákonnou úpravu zřizování a obecného fungování PZS. Nyní bych se chtěla blíže věnovat vlastním funkcím záchytných stanic, jejich změně v průběhu času a současným nedostatkům.

5.5. Funkce PZS

Jaké byly dříve? Jaké jsou nyní? A jaké by vlastně měly být? Tyto otázky se nabízí, když se začneme zamýšlet nad funkcemi záchytných stanic. Pokusím se na ně odpovědět.

Proměna Funkce ZPS od založení do dnešní doby

Jak je patrné z předchozího textu, Skálovo pojetí protialkoholních záchytných stanic v sobě zahrnovalo kombinaci ochrany lidí před riziky vyvolanými alkoholem a hlavně prevence před vznikem závislosti, eventuálně zhoršením závislosti již vzniklé a před přidružením nemoci pramenících z užívání alkoholu. Skála sám uvádí, jaké fungování záchytek shledával za ideální, cituji: „V dobách Apolináře měla podle mě cesta alkoholika do třetí stanice na trase hospoda – záchytky – poradna ideální scénář: natruncil jsem se, jsem na záchytky, tam jsou lidi, kteří vyspávají jako já, někdo s náma hovoří a říká nám věci, kterým nevím, jestli budu věřit, tak o tom přemejšlím a docházím k tomu, že to zkusím. Dokonce předtím, než odejdu ze záchytky, mám možnost si hodinu, hodinu a půl s těmi lidmi pohovořit. Tenhle účinek se podle mě teď výrazně zmenšil“. (<http://alkohol-alkoholismus.cz/protialkoholni-zachytne-stanice-zachytka/zachytka-se-zase-zacnou-zrizovat-rika-jaroslav-skala>, otevřeno 1. 2. 2013).

Citace je z roku 2007 a na jejím konci je zřejmé, že Skála vidí, že jeho původní pojetí záchytných stanic se v průběhu let změnilo. Postupem času záchytné stanice ztratily preventivní ráz a staly se spíše zařízeními represivními (represe dle Slovníku sociální práce v tomto významu znamená „omezování či trestání osob nebo skupin, které by z nějakého hlediska mohly jiným lidem škodit. Takové hledisko a z něho vyplývající represivní opatření musejí být v demokratické společnosti legitimovány zákonem nebo rozhodnutím oprávněné autority“ (Matoušek 1988, str. 174)).

Funkce depistáže a osvěty zachycených osob nyní padla spíše na praktické lékaře, protože zákon č. 379/2005 Sb. ukládá protialkoholním záchytným stanicím povinnost ošetření zachycených osob praktickým lékařům hlásit (jak již jsem psala výše). Popov však ve svém článku, věnovaném 60. výročí založení první záchytné stanice uvádí, že většinou se tak však v současnosti neděje a chybí tedy evidence osob, které mají problémy s alkoholem. Ve stejném článku také uvádí, že stoupla agresivita zachycených osob a záchytky současnosti navíc nejsou dostatečně vybaveny na ošetřování pacientů, kteří jsou v ohrožení života (Popov 2011, s. 2). Některé záchytné

stanice jsou vybaveny JIP lůžky, ale jejich počet je na počet zachycených osob nedostatečný.

K tomuto všemu může podle mého názoru docházet ze stejných důvodů, jako ke snižování počtu záchytných stanic, o kterém jsem se zmínila dříve. Zároveň se domnívám, že v naší zemi není v současné době dostatečně propracovaný komplexní systém pomoci osobám závislým na alkoholu. Organizace, lékaři, lůžková oddělení a následná péče pracují dobře jako jednotlivci, chybí ovšem komplexní propojení tohoto systému.

Budoucnost PZS

Jak jsme si napsali, funkce záchytek se změnila na současně represivní pojetí. Jaká se budoucnost PZS? Dovolím si na tomto místě opět použít slova Popova, cituji:

„V odborné obci se již řadu let objevují pochybnosti o tom, zda se současná praxe záchytek slučuje s principy, na kterých byl tento typ zařízení založen a jak dále postupovat.

V zásadě existují tři možné varianty dalšího vývoje:

1. Nedojde k žádné organizační změně. Nedostatečné finanční zajištění provozu záchytných stanic povede k omezování jejich provozu. Pravděpodobně se také budou množit případy, kdy na záchytných stanicích nebude poskytována adekvátní zdravotní péče.
2. Záchytné stanice budou postupně ukončovat svoji činnost a péče o osoby pod vlivem alkoholu vyžadující zdravotní péči se přesune na bedra zdravotnických zařízení, starost o agresivní opilce bude více věcí policie.
3. Dojde k transformaci současných záchytek do podoby zdravotnických zařízení, schopných adekvátně pečovat o pacienty, včetně další péče o osoby, škodlivě užívající alkohol, resp. na alkoholu již závislé“ (MUDr. Popov Petr, 60 let záchytné stanice, Tisková zpráva, VFN Praha ze dne 13. 5. 2011).

Já osobně bych si přála, aby došlo ke třetí možnosti, při které by se záchytky opět přiblížily zpět ke Skálovu pojetí, a jejich fungování by mělo opět preventivně pozitivní význam pro celou společnost.

Jaké by měla PZS plnit funkce

Domnívám se, že PZS by měla opět společnosti sloužit jako podpora v boji proti zneužívání alkoholu a alkoholové závislosti. Měla by pomoci

občanům při jejich prvotní identifikaci problému s alkoholem a při nalezení adekvátního způsobu pomoci s jeho řešením a v neposlední řadě by měla pomáhat při překonání akutního stavu opilosti.

Měla by tedy, podle mého názoru, mít funkci:

- preventivní pro zachyceného, kdy u osob jednorázově zachycených zapůsobí mnohdy morální hledisko. Stydí se za fakt, že se uvedli takového stavu, že skončili na záchytce, v mnoha případech se snaží, aby se to už nikdy nestalo,
- preventivní, nebo také výchovnou především pro mládež, nejlépe informovaností, pořádáním exkurzí,
- identifikace problému s alkoholem, kdy si zachycená osoba a její okolí uvědomí, že v jejím vztahu k alkoholu není všechno v pořádku, když už se dostal až na záchytku,
- ochrannou pro zachycenou osobu i pro společnost, aby pod vlivem alkoholu nezpůsobil újmu na zdraví a majetku sobě, ani svému okolí
- depistážní, kdy pomáhá vyhledávat osoby již závislé na alkoholu (Skála 1988),
- léčebnou, kdy by byla prvním stupínkem v zahájení odvykací fáze léčby u osob na alkoholu závislých.

Záchytné stanice by měly fungovat jako kombinace zařízení poskytujícího léčbu a zároveň jako sociální služba občanům, kteří potřebují sociální pomoc.

5.6. PZS jako druh léčení

Záchytná stanice je zdravotnické zařízení, které stojí v systému zdravotnických zařízení na pomezí ambulantního zařízení, či nemocnice, která poskytuje ambulantní služby a specializovaného ústavu, kde je lidem poskytována specializovaná péče, jejíž specifická je dána intoxikací alkoholem. (Potůček 1995, s. 82)

Osobám umístěným na záchytné stanici a jsou pod vlivem alkoholu, musí být poskytnuta kvalifikovaná zdravotní a lékařská pomoc. Tuto pomoc poskytují lékaři, kteří mají atestaci v oboru psychiatrie (alkohologie, toxikologie), zdravotničtí pracovníci s odbornou způsobilostí a ostatní zdravotní pracovníci. Z informací Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR vidíme, že: „V roce 2011 zajišťovalo činnost záchytných stanic celkem 136,87 odborných zdravotnických pracovníků (přepočtený počet pracovníků včetně smluvních). Z tohoto počtu bylo 22,29 lékařů, počet zdravotnických pracovníků nelékařů s odbornou způsobilostí činil

73,08 úvazku a počet ostatních odborných pracovníků 41,50 úvazku“ (Nechanská 2012, s. 2).

Tato lékařská pomoc spočívá v zajištění bezpečného vystřízlivění opilého pod odborným dohledem, v kontrolování jeho vitálních funkcí, ošetřování drobných poranění vzniklých pod vlivem alkoholu (Popov 2011, s. 1). Někteří pacienti jsou agresivní a je nutno je ochránit před jimi samotnými, jak izolací, tak např. přikurtováním k posteli a v krajním případě je nutno přistoupit i k sedaci medikamentozní (záchytné stanice musí s těmito stavvy počítat a musí na ně být vybaveny).

V osmdesátých letech Skála rozbořem několika tisíc zachycených osob v Praze zjistil, že o náhodnou jednorázovou opilost jde asi u třetiny zachycených. Dvě třetiny zachycených osob byly ty osoby, které pily již systematicky a na záchytné stanici se neoctli náhodou, ale opakovaně (Skála 1988, s. 53). Ze Skálových zjištění je patrné, že je nutno počítat s možností, že u některých osob by se mohly začít projevovat počátky odvykacího syndromu (byl popsán v kapitole **2.1. Závislost** v části věnované interakci drogy a organismu), toto se týká právě těch dvou třetin osob, o kterých Skála hovořil jako o osobách, které již mají problém s alkoholem.

Ve vztahu k osobám závislým na alkoholu by záchytné stanice bylo možno zařadit do první fáze léčby alkoholové závislosti a to jako počátek odvykací léčby, kdy dochází k počátku detoxikace organismu. Podle mého názoru by závislá osoba měla posléze rovnou pokračovat na detoxikační oddělení nebo oddělení psychiatrické léčebny, kde by pokračovala v odvykací léčbě. Tímto jsem se opět dostala k nutnosti jeho informovanosti, protože protialkoholní léčbu musí (až na výjimky dané zákonem viz, kapitola **3.5. Protialkoholní léčba jako ochranné opatření**), nastoupit dobrovolně a to neudělá, pokud nebude vědět o rizicích, co mu hrozí.

Napadá mě otázka: Kdo je vlastně nejčastěji umíst'ován na PZS?

Důvody umístění na PZS

Ze statistiky zveřejněné Jihlavskou PZS je patrné, že nejčastějším důvodem umístění na této záchytné stanici za rok 2012 je s velkou převahou ohrožení vlastního života a zdraví, dalším významným důvodem bývá fyzické násilí a slovní napadení jak cizí osoby, tak rodinného příslušníka a v neposlední řadě i veřejné pohoršení (<http://www.smj.cz/tz-4-2013-sledovane-statistiky-pzs-za-rok-2013/d-1686>, otevřeno 4. 2. 2013).

Dalšími sledovanými důvody zachycení bylo: ohrožení života a zdraví jiných osob, řidič pod vlivem alkoholu, trestná činnost, ohrožení

bezpečnosti silničního provozu, pokus nebo vyhrožování sebevraždou, poškozování cizí věci, přešůpek proti občanskému soužití, rušení nočního klidu, agrese při ošetření, agrese proti zdravotnickým pracovníkům rychle zdravotnické pomoci, agrese fyzická nebo slovní proti Policii ČR, neuposlechnutí výzvy Policie ČR, ohrožování veřejného pořádku, zneužití tísňového volání, agrese fyzická nebo slovní proti Městské policii, přešůpkové jednání, ničení majetku, výtržnost (<http://www.smj.cz/tz-4-2013-sledovane-statistiky-pzs-za-rok-2013/d-1686>, otevřeno 4. 2. 2013). (Domnívám se, že Jihlava se nijak vyjíměčně neodlišuje od zbytku a naší republiky a myslím, že výsledek této statistiky by se dal vztáhnout i na zbytek ČR.)

Nejvíce zachycených osob bývá ve věkové kategorii 20-64 let a nejčastěji se jedná o muže viz. Příloha č. 6 (Tabulka 1: Celkový počet ošetřených pacientů na PZS podle kraje sídla zařízení, pohlaví a věkových skupin pacientů v roce 2011).

Je nepopíratelné, že jako druh léčby záchytné stanice v současné době opravdu fungují. Bohužel však člověka přijmou, ošetří, zabezpečí jeho klidné vystřízlivění a pak ho vrátí zpět do jeho světa. Celé dvě třetiny se jich vrátí zpět, protože je v jejich světě nečeká nic jiného, než dno sklenice. Nabízí se tedy i druhé pojetí záchytek a to jako druhu sociální služby. Co to vlastně znamená?

5.7. PZS jako druh sociální služby

Vymezení pojmů

Ráda bych tuto kapitolku opět uvedla vymezením pojmů a systému sociálních služeb, které nám lépe pomohou umístit PZS do tohoto systému.

V § 3 písm. a) zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění je definován pojem **sociální služba**, kde chápeme: „sociální službou činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení“.

(Sociálním vyloučením zákon o sociálních službách rozumí: „osoby mimo běžný život společnosti a nemožnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace (§ 3 písm. f) zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění)).

Tentýž zákon rozděluje sociální služby na tři oblasti:

1. sociální poradenství
2. služby sociální péče
3. sociální prevenci

Sociální poradenství (§ 37)

Je základním a prvním způsobem sociální pomoci. Znamená poskytování potřebných informací přispívajících k řešení nepříznivé sociální situace, kterou chápeme pro účely tohoto zákona jako: „oslabení nebo ztrátu schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením“ (§ 3 písm. b) zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění).

Můžeme ho rozdělit na základní a odborné, které se vztahuje ke specifickým oblastem života, např. protialkoholní poradna. Sociální poradenství může být mimo jiné uplatňováno sociálně terapeutickými činnostmi (zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění).

Služby sociální péče (§ 38)

Zahrnují služby směřované k zajištění bezpečnosti a soběstačnosti potřebných osob, jejichž cílem je maximální možné zapojení těchto osob do běžného života, nebo aspoň zajištění jejich důstojného žití v důstojném prostředí s pomocí druhých lidí. Služby sociální péče jsou uskutečňovány prostřednictvím systémů organizací, institucí, péčí, které jsou určeny pro výše uvedené občany (zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění).

Sociální prevence

Dovolím si nyní opět citaci ze zákona pro její výstižnost: „Sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů“ (§ 53 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních

službách v platném znění). Domnívám se, že téměř každé slovo této citace zákona by se dala aplikovat na záchytné stanice a její klienty. Je velice pravděpodobné, že osoby, které mají problémy s alkoholem, jsou ohroženi sociálním vyloučením z důvodu negativního dopadu užívání alkoholu na jejich organismus, zdraví a sociální okolí. Alkoholici mnohdy končí bez rodiny, bez práce, bez domova, protože se v jisté fázi jejich závislosti hlavním zájmem všeho dění stane právě alkohol. A v určité chvíli, kdy „prozře“ o co všechno díky alkoholu přišel, již bývá obvykle pozdě na to, aby bez pomoci tento svůj návyk překonal.

Patří tedy nyní PZS do některé z těchto skupin sociálních služeb? A měly by patřit?

PZS jako sociální služba

Je nepochybné, že v současné době, za dané podoby fungování záchytných stanic jako represivních zařízení, funkci sociální služby neplní.

Za doby fungování Skálového modelu záchytných stanic plnily funkci sociálního poradenství i sociální prevence. Sociálního poradenství, neboť informovaly klienty o rizicích alkoholu a možnostech léčby alkoholismu a sociální prevence, neboť svým působením prostřednictvím sociálního poradenství bránily jeho sociálnímu vyloučení jako následku jejich závislosti na alkoholu.

Domnívám se, že k tomuto modelu by se měla naše společnost znovu vrátit, jelikož jen toto pojetí záchytných stanic umožňuje plné využití jejich možností a přínosu pro celou společnost. Protialkoholní léčebné stanice by měly být zařazeny do systému primární i sekundární prevence vzniku alkoholové závislosti, neboť v nich můžeme oslovit lidi, kteří s alkoholem teprve experimentují a poznávají ho, a zároveň i s těmi, kteří již alkohol užívají a měli by se (a často by i chtěli) ze své závislosti léčit.

Záchytné stanice by měly díky své rozmanité klientele možnost problémům s alkoholem předcházet a tedy zabránit tomu, aby vůbec vznikly a bylo tedy nutno je následně řešit. Jsem si vědoma, že prevence by byla mnohdy časově náročná pro personál. Je tedy třeba, aby se společnost zamyslela nad tím, zda by nestálo za to změnami ve fungování záchytek a posílením personálního obsazení, zaměstnancům umožnit, aby měli čas a energii se sociálnímu poradenství a prevenci svých klientů věnovat.

V průběhu psaní této práce a sběru informací ohledně záchytných stanic, (což se ukázalo, jako docela obtížný úkol, neboť téma záchytek je evidentně populární pro média z hlediska, kdo, kde se opil na Silvestra apod., ale najít

nějaké ucelené a komplexní informace ohledně záchytných stanic v serióznějších zdrojích se ukázalo jako docela problematické) jsem se zařadila mezi celou řadu příznivců Skálové koncepce záchytných stanic. Ráda bych tedy závěrem povídání o záchytných stanicích předložila několik způsobů, jak by se dalo zefektivnit fungování záchytek v současných podmínkách. Tím by se alespoň pro začátek záchytné stanice zařadily zpět do systému prevence vzniku alkoholové závislosti. Domnívám se, že zavedení jakéhokoliv z těchto návrhů do praxe by opravdu znamenalo jen dočasné řešení, protože považuji za žádoucí změnu celé koncepce fungování záchytek. Plně se ztotožňuji s poslední možností vývoje záchytek, kterou jsem uvedla v kapitole **5.5. Funkce PZS**. Cituji: „Dojde k transformaci současných záchytek do podoby zdravotnických zařízení, schopných adekvátně pečovat o pacienty, včetně další péče o osoby, škodlivě užívající alkohol, resp. na alkoholu již závislé“(MUDr. Popov Petr, 60 let záchytné stanice, Tisková zpráva, VFN Praha ze dne 13.5.2011).

5.8. Návrhy dočasné změny

Možností jak informovat klientelu záchytných stanic by se nabízelo několik.

- **Výstupní dotazník**, který by člověk opouštějící záchytnou stanici, měl za povinnost před odchodem vyplnit, a který by mu ukázal, zda již má či nemá vznikající problémy se závislostí na alkoholu. Podobné testy a dotazníky již byly vypracovány např. test CAGE (pro zjištění škodlivého užívání alkoholu), test AUDIT (pro zjišťování poruch způsobených alkoholem). Testy jsou součástí Přílohy č. 8 (Testy zjišťující závislost člověka na alkoholu).
- **Informační brožurka**, která by obsahovala základní informace o příznacích závislosti a jejich možnostech léčby, včetně kontaktů na léčebná zařízení.
- Nabízela by se i **osvěta formou přednášek**, ale zde není žádná záruka, že by se jí zachycené osoby opravdu zúčastnily. Záleželo by jen na jejich dobrovolnosti, zda by se dostavili, či nikoliv, protože neexistují žádné zákonné donucovací prostředky, které by je k tomuto mohly donutit. Nicméně to nesnižuje význam takové přednášky pro člověka, který má o informace o alkoholu zájem a tak si myslím, že spolupráce s nějakou organizací, která by přednášky pořádala i pro širší veřejnost, by si své posluchače zajisté našla.

Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se po uvedení do problematiky alkoholové závislosti a její léčby, pokusila přehledně a srozumitelně shrnout informace o protialkoholních záchytných stanicích. Zabývala jsem se jejich vznikem, blíže pak vznikem Záchytné stanice u Apolináře v Praze, jejich proměnám v čase a jejich způsobu fungování.

Záchytná stanice je v běžné populaci notoricky známým termínem, kdy každý se domnívá, že přesně ví, co znamená. Málokdo ovšem tuší, že by mohly naši společnosti dávat mnohem více, než jen ochranu před lidmi pod vlivem alkoholu, kteří mohou být nebezpeční sobě nebo společnosti. Mohly by být opět zařazeny do systému prevence vzniku alkoholismu a v tu chvíli by byl plně využit jejich potenciál. Záchytné stanice jako poskytovatelé sociální pomoci, především v oblasti sociálního poradenství a sociální prevence by umožnily oslovit širokou skupinu osob. Ačkoliv se domnívám, že toto by se mohlo uskutečnit pouze prostřednictvím změny koncepce záchytných stanic, přesto v závěru práce předkládám několik návrhů pro dočasné zařazení záchytných stanic do systému zařízení, poskytujících sociální péči.

Domnívám se, že předem vytyčený cíl práce, kterým byla deskripce základních funkcí protialkoholních záchytných stanic z perspektivy praxe sociální práce, jsem naplnila a že tato práce by mohla sloužit každému člověku, který touží po informacích týkající se této problematiky, jako komplexní zdroj základních informací.

Seznam použité literatury

1. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Nakladatelství Portál, 2008.
2. SKÁLA, J. *...až na dno!?*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n.p., 1988.
3. NEŠPOR, K. *Jak překonat problémy s alkoholem*. Praha: Sportpropag, a.s., 1999.
4. NEŠPOR, K.; CSÉMY L. *Alkohol, drogy a vaše děti*. Praha: Sportpropag, a.s., 1995.
5. URBAN, E. *Toxikomanie*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n.p., 1974.
6. POTŮČEK, M. *Sociální politika*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995.
7. NECHANSKÁ, B. *Aktuální informace č 14/2012, Činnost záchytných stanic v roce 2011*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 22. 5. 2012.
8. POPOV, P. *60 let záchytné stanice*. Tisková zpráva Veřejné fakultní nemocnice Praha, 13. 5. 2011.
9. KLIMENTOVÁ, E.; KLIMENT, P. *Sociální deviace*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002.
10. POPOV, P.; *Závislost na alkoholu*. Praha: Interní medicína- mezioborové přehledy, 2002, ke stažení <http://www.internimedicina.cz/artkey/int-200210-0013.php>, otevřeno 12. 12. 2012.
11. MARHOUNOVÁ, J.; NEŠPOR, K. *Alkoholici, fetišáci a gambleři*. Praha: nakladatelství Empatie, 1995.
12. MIOVSKÝ, M.; POPOV, P. *Otevření kliniky adiktologie 1.LF UK a VF*. Tisková zpráva ke konferenci 3. 4. 2012, ke stažení <http://www.vfn.cz/priloha/4bcc5f4857324/tz-klinika-adiktologie-03-04-12.pdf>, otevřeno 12. 12. 2012.
13. Časopis. *Zaostřeno na drogy 1/2008*. Praha: Úřad vlády ČR, národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008, ke stažení http://www.supervize.eu/wp-content/uploads/zaostreno_200801_skala_web.pdf, otevřeno 10. 1. 2013.
14. Noviny městské části Praha 8. *Osmička 4/2004*. Praha, 2004, ke stažení <http://www.praha8.cz/file/7w9t3j/04-2004.pdf>, otevřeno 5. 2. 2013.
15. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*, Praha: Portál, s.r.o., 2011.

Zákonné normy

1. zákon č. 120/1962 Sb. o boji proti alkoholismu
2. zákon č. 379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů v platném znění
3. zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění

Internetové odkazy

1. <http://www.trestni-rizeni.com/vyklad-pojmu/ochranna-lecba>, otevřeno 12. 1. 2013
2. <http://www.alkohol-alkoholismus.info/>, otevřeno 12. 1. 2013
3. <http://alkohol-alkoholismus.cz/protialkoholni-zachytne-stanice-zachytka>, otevřeno 15. 1. 2013
4. <http://www.smj.cz/tz-4-2013-sledovane-statistiky-pzs-za-rok-2013/d-1686>, otevřeno 4. 2. 2013
5. <http://alkohol-alkoholismus.cz/protialkoholni-zachytne-stanice-zachytka/zachytka-se-zase-zacnou-zrizovat-rika-jaroslav-skala>, otevřeno 1. 2. 2013
6. <http://cs.wikipedia.org/wiki/Z%C3%A1chytka>, otevřeno 15. 1. 2013
7. <http://alkohol-alkoholismus.cz/zapisy-z-apolinare-1957/zivot-na-oddeleni-zapisy-z-apolinare-1957-str-027-032>, otevřeno 15. 1. 2013
8. http://www.praha.eu/jnp/cz/home/zivot_v_praze/socialni_zdravotni_oblast_na_zachytce_bude_vice_mist.html, otevřeno 20. 1. 2013
9. <http://www.kraj-lbc.cz/id:175069>, otevřeno 1. 2. 2013

Příloha č. 1

Seznam poboček anonymních alkoholiků v ČR

- Blanko, Proměna – AA
Oblastní charita Blansko, Komenského, Blansko
- Brno, Fénix – AA
SPŠ stavební, Kudelova 8 (nám. 28. října), Brno
- Brno, Renesance – AA
Galerie Slévárna, Ve Vaňkovce 1, Brno
- České Budějovice, Lepší život – AA
Dům sv. Pavla, Riegrova 32, České Budějovice
- Český Krumlov, Červený Dvůr – AA
PL Červený Dvůr, byt č. 13, Bažantnice, Český Krumlov
- Frenštát pod Radhoštěm, Světlo – AA
Kostelní 15, v budově Charitas, Frenštát pod Radhoštěm
- Havířov, Správný směr – AA
Hřbitovní 12, Havířov – Šumbark
- Hlinsko v Čechách – AA
Jungmannova 455, Hlinsko v Čechách
- Hodonín, skupina AA
K-centrum, Pančava 56, Hodonín
- Jeseník – AA
Prostory VIDA centra, Dukelská 456, Jeseník
- Jihlava, Pouze dnes – AA
SOŠ sociální, Fibichova 67, Jihlava
- Jindřichův Hradec, Vajgar – AA
Českobratrská církev evangelická, ul. Bratrská 129/IV, Jindřichův Hradec
- Karlovy Vary, Hvězda – AA
Myslbejkova 4, Karlovy Vary – Tuhnice
- Kladno – AA
Modlitebna CB v Kladně, Víta Nejedlého 1503, Kladno

- Kroměříž – AA
Klub pacientů, Havlíčkova 1265, Kroměříž
- Kyjov – AA
K-centrum Charita Kyjov, Palackého 194/30, Kyjov
- Liberec, Střízlivý život – AA
Fara Českobratrské církve evangelické, Malé nám. 279/2, Liberec I – Staré Město
- Liberec, Naděje – AA
Římskokatolická farnost, Kostelní 9/7, Liberec II – Nové Město
- Mělník, Svit – AA
Nemocnice Podolí – ordinace AT, Bezručova 715, Mělník
- Most – AA
Jaroslava Seiferta 2159/7, Most
- Olomouc, Přímá stezka – AA
P-Centrum, Lafayettova 9, Olomouc
- Orlová, Krok – AA
K-centrum, Energetiků 940, Orlová – Lutyně
- Ostrava, Antracit – AA
Domov sester 4.p., Ostrava – Poruba
- Ostrava, Naděje – AA
Výstavní 10, Ostrava – Mariánské Hory
- Ostrava, Pokora – AA
Kostel sv. Ducha, Ostrava – Zábřeh
- Ostrava, Radost – AA
Kongregace Milosrdných sester, sv. Karla Boromejského, Pustkovecká 31/29, Ostrava – Pustkovec
- Pacov, Jak na to – AA
Charita, Nám. Svobody 2, Pacov
- Pelhřimov, Funguje to – AA
Českobratrská církev evangelická, Růžová 82, Pelhřimov
- Písek, Našli jsme se – AA
Fugnerovo nám. 48, Písek

- Plzeň – AA
Farní úřad Českobratrské církve, Němejцова 2, Plzeň – Jižní předměstí

- Plzeň, 12 kroků – AA
Na poříčí 16, Praha 1 – Nové Město

- Praha, 12 tradicí AA
Na poříčí 16, Praha 1 – Nové Město

- Praha, Anděl – AA
Lidická 18, Smíchov, v přízemní zadního traktu, v prostorách Armády spásy, Praha

- Praha, Denní zamyšlení – AA
Na poříčí 16, Praha 1 – Nové Město

- Praha, Klimentská – AA
Klimentská 18, Praha 1

- Praha, Jak to vidí Bill – AA
Na poříčí 16, Praha 1 – Nové Město

- Praha, Jižní Město – AA
Komunitní centrum, Matky Terezy (KCMT), U modré školy 1, v prostorách, Praha 11 – Háje

- Praha, Modrá Kniha – AA
Na poříčí 16, Praha 1 – Nové Město

- Praha, Rotunda – AA
Na poříčí 16, Praha 1 – Nové Město

- Praha, Serenity – AA
Na poříčí 16, Praha 1 – Nové Město

- Rokycany, Pohoda – AA
Denní stacionář Pohodička, Dělostřelců 1251, Rokycany

- Soběslav, Lužnice – AA
Kulturní dům Národ – klubovna, Jirsíkova 34, Soběslav

- Svitavy - AA
Fara ČCE, Poličská 3, Svitavy

- Šternberk – AA
Charita Šternberk, Opavská 1385/13, Šternberk

- Tábor, Nová cesta – AA
Kancelář Communio, 3.patro, Žižkovo nám. 6
nebo Staroklokotská 2, Tábor – Klokoty

- Třebíč, Restart – AA
Azylový dům, Heliadova 10, Třebíč

- Uherské Hradiště, Zázemí – AA
Budova Charity UH, Velehradská 247, Uherské Hradiště

- Ústí nad Labem, Svítání – AA
Azylový dům Samaritán, Štefánikova 1, Ústí nad Labem

- Zlín – AA
Modlitebna Adventistů ý.dne, Tyršova 1108, Zlín – Malenovice

- Žďár nad Sázavou – AA
Orel jednota, Libická 2295/1, Žďár nad Sázavou

(<http://www.alkohol-alkoholismus.info/lecba/anonymni-alkoholici/anonymni-alkoholici/adresy-anonymni-alkoholici.html>, otevřeno 12. 2. 2013)

Příloha č. 2

Seznam AT v ČR

Jihočeský kraj, AT ambulance

- AT ambulance při psychiatrickém oddělení nemocnice, B. Němcové 585/54, České Budějovice
- Psychiatrická ambulance a AT poradna Klášterská, 72/II., Jindřichův Hradec
- Tábor - AT ambulance Světlogorská 2764, Tábor

Jihomoravský kraj, AT ambulance

- Brno, A poradna, A Kluby ČR, o.p.s Křenová 62a, Brno
- Brno, Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Bohunice, specializovaná protidrogová ambulance Jihlavská 20, Brno
- Ivančice, Psychiatrická ambulance AT poradna Palackého náměstí 10, Ivančice
- Znojmo, AT ambulance Vídeňská 8, Znojmo
- Brno, Psychiatrická ambulance psychiatrické kliniky Jihlavská 20, Brno

Karlovarský kraj, AT ambulance

- Karlovy Vary, Protialkoholní a protitoxikomanická poradna Myslbekova 4, Karlovy Vary

Královehradecký kraj, AT ambulance

- Hradec Králové, AT ambulance Hradecká 1172, Hradec Králové
- Hradec Králové, Psychiatrická klinika FNHK Sokolská 581, Hradec Králové

- Nové Město nad Metují, Psychiatrické oddělení nemocnice, Adiktologická poradna
T.G.M. 367, Nové Město nad Metují

- Trutnov, AT ambulance
Palackého 204, Trutnov

- Jičín, Psychiatrická ambulance s AT ordinací
17. listopadu 861, Jičín

- Nová Paka, AT ambulance
Kotíkova 1817, Nová Paka

- Trutnov, Oblastní nemocnice, Psychiatrické oddělení
Na struze 30/16, Trutnov

- AT poradna, Oblastní nemocnice Náchod
T.G.M. 367, Nové Město nad Metují

Liberecký kraj, AT ambulance

- Liberec, Stanice pro léčbu alkoholové závislosti, psychiatrické oddělení nemocnice - AT ambulance
Husova třída 10, Liberec

- Semily, AT poradna při Nemocnici s poliklinikou
Špindlerova 394, Semily

Moravskoslezský kraj, AT ambulance

- Český Těšín, Psychiatrická ambulance a AT poradna
Komenského 1, Český Těšín

- Ostrava, AT ordinace při městské nemocnici
Kounicova 8, Ostrava

- Ostrava, Psychiatrické oddělení při Fakultní nemocnici s poliklinikou - AT ambulance
17. listopadu 1790, Ostrava

- Ostrava - Zábřeh, Psychiatrická ambulance AT ambulance
Náměstí SNP 4, Ostrava - Zábřeh

Olomoucký kraj, AT ambulance

- Hranice na Moravě, MUDr. Kučerová Helena AT ambulance
Svatoplukova 10, Hranice na Moravě

- Jeseník, Centrum duševního zdraví AT ambulance
Dukelská 456, Jeseník
- Olomouc - AT ambulance, Psychiatrická klinika Fakultní
nemocnice Olomouc
I. P. Pavlova 12, Olomouc
- Šumperk, Centrum duševního zdraví - AT ambulance
Domov důchodců, budova B, U Sanatoria 25, Šumperk
- Lipník nad Bečvou, Psychosociální centrum AT ambulance
Hrnčířská 15, Lipník nad Bečvou
- Přerov, Psychosociální centrum Telemens, s.r.o. - AT ambulance
Nám. Přerovského povstání 1, Přerov
- Zábřeh, Psychiatrická ambulance, Protialkoholní a
protitoxikomanická poradna - AT ambulance
C-centrum, Školská 13, Zábřeh
- Mohelnice, Protialkoholní a protitoxikomanická poradna - AT
ambulance
Nádražní 82/35, Mohelnice
- Šternberk, Psychiatrická léčebna (vč. AT ambulance)
Olomoucká 173, Šternberk

Pardubický kraj, AT ambulance

- Hlinsko, Psychiatrická ambulance - AT ambulance
Nádražní 548, Hlinsko
- Chrudim, Psychiatrická ambulance - AT ambulance
Palackého 191, Poliklinika II., Chrudim
- Svitavy, Psychiatrická AT ambulance
Svitavská nemocnice, a.s., Budova Červeného Kláštera, Kollárova 7,
Svitavy
- Týniště nad Orlicí - AT poradna
Mírové náměstí 88, Týniště nad Orlicí
- Pardubice, Psychiatrická a AT ordinace
Nám. J. Pernera 217, Pardubice

Plzeňský kraj, AT ambulance

- Dobřany, Psychiatrická léčebna, AT ambulance
Ústavní ulice 2, Dobřany
- Domažlice, Psychiatrická ambulance AT ambulance
Dukelská 39, Domažlice
- Klatovy, Psychiatrická ambulance AT ambulance
Hostašova 152, Klatovy

Praha, AT ambulance

- Centrum pomoci závislým Praha 4
Rodvinovská 3, Praha 4
- Praha 2, Ambulance pro alkoholové závislosti při Všeobecné
fakultní nemocnici
Apolinářská 4, Praha 2
- AT ambulance
Socháňova 1222/25, Praha 6 - Řepy
- Praha 8, Oddělení AT
U Pazderek 1417, Praha 8
- Praha 7, Ordinace psychiatrie a AT
Štrossmayerovo náměstí, Praha 7
- Praha 9, Ordinace AT pro prevenci a léčbu závislostí
Prosecká poliklinika, Lovosická 40/440 (1. patro), Praha 9
- Praha 6 - Řepy - AT ambulance
Socháňova 1222/25, Praha 6 - Řepy
- Praha 7, Ordinace AT
Nad Štolou 18, Praha 7
- Praha 10, Oddělení AT
Starostrašnická 53, Praha 10

Středočeský kraj, AT ambulance

- Benešov, Ordinance pro návykové nemoci - AT ambulance
Tyršova 2070, Benešov
- Beroun, MEDICENTRUM, s.r.o. - AT poradna
Politických vězňů 40, Beroun
- Kolín, Psychiatrická ambulance AT, Magdaléna, o.p.s.
Smetanova 764, Kolín
- Mníšek pod Brdy, Psychiatrická ambulance se specializací AT,
Magdaléna, o.p.s., Mníšek pod Brdy
Včelník 1070, Mníšek pod Brdy
- Hostivice, Centrum pro psychiatrii AT ambulance
Pelzova 1700, Hostivice
- Kutná Hora - AT ordinace
Vojtěšská ul., Kutná Hora

Ústecký kraj, AT ambulance

- MUDr. Zdeněk Rivola, Psychiatrická léčebna v Horních
Beřkovicích, oddělení 481 (7A)
Horní Beřkovice
- Mělník, Ordinance AT pro prevenci a léčbu závislostí
NsP, Bezručova 715, Mělník
- Ústí nad Labem, AT ambulance
Sociální péče 5, Ústí nad Labem
- Ústí nad Labem, Masarykova nemocnice, psychiatrické oddělení
- AT ambulance
Sociální péče 7, Ústí nad Labem

Vysočina, AT ambulance

- Jihlava, Psychiatrická léčebna - AT ambulance
Brněnská 54, Jihlava
- Jihlava, Psychiatrická léčebna - AT ambulance
Brněnská 54, Jihlava
- Žďár nad Sázavou, AT ordinace
Poliklinika, Studentská 4, Žďár nad Sázavou

Zlínský kraj, AT ambulance

- AT ambulance
J. Sousedíka 1204, Vsetín

- Zlín, Psychiatrie, psychoterapie a adiktologie, AT ambulance
Osvoboditelů 91, Zlín

(<http://www.alkohol-alkoholismus.info/lecba/at-ambulance.html>,
otevřeno 12.2 2012)

Příloha č. 3

Seznam detoxikačních zařízení v ČR

- Detox, Apolinář detoxifikační jednotka
- Detox, Bohnice PL
- Detox, Brno PL
- Detox, Kosmonosy PL, detox K20
- Detox, Kroměříž PL
- Detox, Krajská nemocnice Liberec, a.s.
- Detox, Lnáře PL
- Detox, Masarykovy nemocnice Ústí n.L.
- Detox, Nemocnice Milosrdných sester Praha
- Detox, Nemocnice s poliklinikou Most – psych. odd.

(<http://www.alkohol-alkoholismus.info/lecba/detox.html>, otevřeno 12. 2. 2013)

Příloha č. 4

Seznam psychiatrických léčen léčících závislost na alkoholu v ČR

- Apolinář - oddělení pro léčbu závislostí VFN
- Bílá Voda - psychiatrická léčebna
- Bohnice - psychiatrická léčebna
- Brno - psychiatrická léčebna
- Červený Dvůr - psychiatrická léčebna
- Dobřany - psychiatrická léčebna
- Dům Moniky Plocové
- Havlíčkův Brod - psychiatrická léčebna
- Horní Beřkovice - psychiatrická léčebna
- Jihlava - psychiatrická léčebna
- Kosmonosy - psychiatrická léčebna
- Kroměříž - psychiatrická léčebna
- Liberec - Krajská nemocnice Liberec, a.s.
- Lnáře - psychiatrická léčebna
- Nechanice - psychiatrická klinika
- Olomouc - vojenská nemocnice, léčba závislosti
- Opava - psychiatrická léčebna
- PATEB s.r.o. Psychiatrická léčebna
- Plzeň - psychiatrická klinika
- Šternberk psychiatrická léčebna

(<http://www.alkohol-alkoholismus.info/lecba/lecebny-psychiatricke-lecebny-seznam.html>, otevřeno 16. 2. 2013)

Příloha č. 5

Seznam protialkoholních záchytných stanic v ČR

Jihočeský kraj

- **Protialkoholní záchytná stanice České Budějovice**

Kontakt: Boženy Němcové 6, České Budějovice

Kapacita služby: 2x pokoj o 2 lůžkách, 1x pokoj s 1 lůžkem, 1x pokoj se 2-mi záložními lůžky, 1x pokoj se 2-mi lůžky pro mladistvé

Název zřizovatele ZZ: Kraj

Jihomoravský

- **Psychiatrická léčebna - Záchytná stanice Brno**

Kontakt: Húskova 2, Brno

Kapacita služby: 13 lůžek

Cena služby: 670,- Kč + doprava 580,- město, do 30 km 780,- Kč

Karlovarský kraj

- **Záchytná stanice Sokolov**

Kontakt: Slovenská 1596, Sokolov

Kapacita služby: 5 lůžek

Cena služby: 3230,- Kč

Název zřizovatele ZZ: Kraj

Královehradecký

- **Protialkoholní záchytná stanice Hradec Králové**

Kontakt: Brněnská 88, Hradec Králové

Kapacita služby: 8 lůžek

Cena služby: 1500,- Kč

Název zřizovatele ZZ: Kraj

Liberecký

- **Záchytná stanice Kraj, nemocnice Liberec a.s.**

Kontakt: Husova 10, Liberec

Kapacita služby: 6 lůžek

Cena služby: 3500,- Kč

Název zřizovatele ZZ: Kraj, Krajská nemocnice Liberec a.s.

Moravskoslezský

- **Nemocnice - Záchytná stanice Frýdek-Místek**

Kontakt: Elišky Krásnohorské 321, Frýdek – Místek

Kapacita služby: 3x pokoj o 2 místech, 2x pokoj s 1 místem

Cena služby: 2 300,- Kč

Název zřizovatele ZZ: Kraj

- **Záchytná stanice Karviná - Fryštát**

Kontakt: Mlýnská 8, Karviná - Fryštát

Kapacita služby: 14 lůžek

Cena služby: hotově 600,- Kč, složenkou 700,- Kč, sanitka 950,- Kč

Název zřizovatele ZZ: Kraj

- **Záchytná stanice Opava**

Kontakt: Olomoucká 88 Opava

Cena služby: hotově 600,- Kč, složenkou 700,- Kč, sanitka 950,- Kč

Název zřizovatele ZZ: Kraj

- **Záchytná stanice Ostrava**

Kontakt: Kounicova 8, Moravská Ostrava

Kapacita služby: 10 lůžek

Cena služby: 2000,- Kč

Název zřizovatele ZZ: Obec, město

Olomoucký

- **Protialkoholní záchytná stanice, VN, Olomouc**

Kontakt: Sušilovo náměstí 5, Olomouc

Kapacita služby: 7 lůžek

Cena služby: 1 600,- Kč na místě, na fakturu 2 500,- Kč, při zaplacení do 24 hod - 1 600,- Kč

Pardubický

- **Protialkoholní záchytná stanice Pardubice**

Kontakt: U Svaté Trojice 572, Pardubice

Kapacita služby: 11 lůžek

Cena služby: 3200,- Kč

Název zřizovatele ZZ: Jiná právnická osoba

Plzeňský kraj

- **Městská poliklinika Plzeň s.r.o., PAZS**

Kontakt: Francouzská třída 2080/4, Plzeň

Kapacita služby: 9 lůžek

Cena služby: 4300,- Kč

Název zřizovatele ZZ: Jiná právnická osoba

Praha

- **Městská poliklinika Praha - Záchytná stanice**

Kontakt: Budínova 2, Praha 8 – Libeň

Kapacita služby: 19 lůžek + 2 pokoje intenzivní péče

Cena služby: 1 950,- Kč

Středočeský kraj

- **Protialkoholní záchytná stanice Kolín IV**

Kontakt: Kutnohorská 21, Kolín

Kapacita služby: 6 lůžek

Cena služby: 3000,- Kč

- **Záchytná stanice Příbram**

Kontakt: Na Příkopech 102, Box 32, Příbram I

Kapacita služby: 7

Cena služby: 1500,- Kč

Název zřizovatele ZZ: Obec, město

- **ON Mladá Boleslav, a.s., Záchytná stanice**

Kontakt: V. Klementa 147, Mladá Boleslav

Kapacita služby: 4 lůžka

Cena služby: 4000,- Kč

Název zřizovatele ZZ: Jiná právnická osoba

Vysočina

- **Protialkoholní záchytná stanice Jihlava**

Kontakt: Vrchlického 57, Jihlava

Kapacita služby: 2 jednolůžkové pokoje, 6 pokojů pro 2-3 lůžka

Cena služby: 4000,- Kč

Název zřizovatele ZZ: Kraj

Provozovatel ZZ: Služby Města Jihlava s.r.o.

Zlínský

- **Záchytná stanice Kroměříž**

Kontakt: Havlíčkova 660, Kroměříž

Kapacita služby: 2 ženy, celkem 8 míst

Cena služby: 8 455,- Kč

Název zřizovatele ZZ: Jiná právnická osoba

(zdroj internet, otevřeno 20. 2. 2013)



Příloha č. 6

Tabulka 1: Celkový počet ošetřených pacientů podle kraje sídla zařízení, pohlaví a věkových skupin pacientů v roce 2011

Kraj sídla zařízení	Počet stanic	Počet míst	Celkový počet pacientů	Muži	Ženy	0-19 let	20-64 let	65 a více let
<i>Hl. m. Praha</i>	1	17	5681	4129	1552	896	4302	483
<i>Středočeský</i>	3	14	833	735	98	22	787	24
<i>Jihočeský</i>	1	9	946	814	132	47	874	25
<i>Plzeňský</i>	1	10	1610	1352	258	113	1409	88
<i>Karlovarský</i>	1	5	667	581	86	23	628	16
<i>Královehradecký</i>	1	8	992	880	112	51	845	96
<i>Pardubický</i> ¹⁾	1	11	-	-	-	-	-	-
<i>Kraj Vysočina</i>	1	8	1095	981	114	19	1040	36
<i>Jihomoravský</i>	1	13	3731	3008	723	101	3405	225
<i>Olomoucký</i>	1	15	1489	1266	223	208	1206	75
<i>Zlínský</i>	1	5	733	645	88	7	698	28
<i>Moravskoslezský</i>	4	37	5652	4990	662	144	5238	270
Celkem	17	152	23429	19381	4048	1631	20432	1366

1) Záchytná stanice v Pardubickém kraji nerozdělila pacienty podle návykových látek.

(ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 14/2012, Praha 22. 5. 2012)

Příloha č. 7

Tabulka 2: Vývoj počtu záchytných stanic, míst a ošetřených pacientů v letech 1989–2011

Rok	Počet					
	Stanic	Míst	Celkem	Léčených pacientů		
				V tom		Z toho mladistvých
				Muži	ženy	
1989	34	325	25 393	23 398	1 995	839
1990	29	263	19 657	17 265	2 392	623
1991	28	250	18 902	17 503	1 399	537
1992	25	222	18 177	16 477	1 700	508
1993	20	180	15 887	14 454	1 433	683
1994	21	188	14 884	13 550	1 334	916
1995	19	178	14 506	13 113	1 393	1 013
1996	19	139	9 363	8 563	800	514
1997	20	186	10 719	9 520	1 199	648
1998	19	176	12 616	.	.	.
1999	18	187	11 439	.	.	.
2000	18	185	14 748	.	.	.
2001	16	163	13 763	.	.	.
2002	16	160	13 877	.	.	.
2003	17	167	12 997	.	.	.
2004	15	160	16 568	.	.	.
2005	15	158	15 207	.	.	.
2006	14	144	22 441	19 219	3 222	1 944
2007	14	140	27 806	23 653	4 153	1 149
2008	14	140	27 505	22 876	4 629	1 167
2009	14	137	27 664	23 079	4 585	1 222
2010	16	157	30 487	25 732	4 755	2 422
2011	17	152	28 365	23 831	4 534	2 059

(ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 14/2012, Praha 22. 5. 2012)

Příloha č. 8

Testy zjišťující závislost člověka na alkoholu

Test CAGE

- 1) Cítil(a) jste někdy potřebu své pití snížit?
- 2) Dráždila Vás někdy kritika vašeho pití?
- 3) Měl(a) jste někdy kvůli pití pocit viny?
- 4) Pil(a) jste někdy po ránu, abyste se probral(a)?

3 a 4 kladné odpovědi znamenají vysokou míru pravděpodobnosti, že je člověk na alkoholu závislý.

2 kladné odpovědi znamenají podezření, že by se o závislost mohlo jednat.

1 kladná odpověď může být podnětem pro další lékařské vyšetření.

(Nešpor 1999, s. 11,12)

Test AUDIT

Z možností, které Vám nabízejí jako odpovědi, zvolte tu, která se nejvíce přibližuje skutečnosti. Zakroužkujte číslice v závorce příslušející této odpovědi. V testu se používá pojem „standardní sklenice“. Standardní sklenicí se rozumí v této verzi dotazníku půl litru 12° piva, 2 „decí“ přírodního vína nebo 0,05 l („půldecí“) destilátu. Otázky 1.-8. se týkají posledních 12 měsíců.

- 1) Jak často pijete nápoje obsahující alkohol včetně piva?
0 – Nikdy
1 - Jednou za měsíc a méně
2 – 2-4x za měsíc
3 – 2-3x týdně
4 – 4x nebo více za týden

- 2) Kolik standardních sklenic vypijete během typického dne, kdy pijete? (Jedna standardní sklenice odpovídá půl litru 12° piva, 2 „deci“ vína nebo „půldeci“ destilátu.)
- 0 – Nejvýše 1
 - 1 – 1,5 až 2
 - 2 – 2,5 až 3
 - 3 – 3,5 až 4
 - 4 – 5 a více
- 3) Jak často vypijete 3 nebo více standardních sklenic při jedné příležitosti? (Jedna standardní sklenice odpovídá půl litru 12° piva, 2 „deci“ vína nebo „půldeci“ destilátu.)
- 0 – Nikdy
 - 1 – Méně než jednou za měsíc
 - 2 – Jednou za měsíc
 - 3 – Jednou za týden
 - 4 – Denně nebo téměř denně
- 4) Jak často jste během posledních 12 měsíců zjistili, že nejste schopni přestat pít, když jste začali?
- 0 – Nikdy
 - 1 – Méně než 1x za měsíc
 - 2 – 1x za měsíc
 - 3 – 1x za týden
 - 4 – Denně nebo téměř denně
- 5) Jak často jste kvůli pití během posledních 12 neudělali to, co se od Vás běžně očekávalo?
- 0 – Nikdy
 - 1 – Méně než 1x za měsíc
 - 2 – 1x za měsíc
 - 3 – 1x za týden
 - 4 – Denně nebo téměř denně
- 6) Jak často jste během posledních 12 měsíců potřebovali hned po ránu sklenici alkoholického nápoje (počítá se i pivo), abyste mohli fungovat po předchozím vydatném pití?
- 0 – Nikdy
 - 1 – Méně než 1x za měsíc
 - 2 – 1x za měsíc
 - 3 – 1x za týden
 - 4 – Denně nebo téměř denně

- 7) Jak často jste měli během posledních 12 měsíců pocity viny nebo výčitky svědomí kvůli pití?
0 – Nikdy
1 – Méně než 1x za měsíc
2 – 1x za měsíc
3 – 1x za týden
4 – Denně nebo téměř denně
- 8) Jak často během posledních 12 měsíců jste nebyli schopni si vzpomenout, co se dělo předchozí večer, protože jste pili?
0 – Nikdy
1 – Méně než 1x za měsíc
2 – 1x za měsíc
3 – 1x za týden
4 – Denně nebo téměř denně
- 9) Byli jste nebo byl někdo jiný zraněn v důsledku vašeho pití?
0 – Nikdy
1 – Ano, ale ne v posledních 12 měsících
2 – Ano, během posledních 12 měsíců
- 10) Byl někdo z příbuzných nebo přátel, nějaký lékař nebo sociální pracovník znepokojen Vaším pitím a navrhoval Vám, abyste pili méně?
0 – Nikdy
1 – Ano, ale ne v posledních 12 měsících
2 – Ano, během posledních 12 měsíců

Nyní sečtete čísla, která jste zakroužkovali.

Pokud součet dosahuje 8 bodů a více, máte s alkoholem určitý problém.

Vyšší hodnoty v otázkách 1) – 3) svědčí o nebezpečné pití.

Vyšší hodnoty v otázkách 4) – 6) svědčí pro závislost na alkoholu.

Vyšší hodnoty v otázkách 7) – 10) svědčí pro škodlivé pití alkoholu.

(Nešpor 1999, s. 12,13)

Anotace

Jméno a příjmení autora: Pavla Vráblová, DiS.

Název katedry a fakulty: Katedra sociologie a andragogiky FF UP

Název bakalářské práce: Protialkoholní záchytné stanice v České republice

Vedoucí práce: Mgr. Pavel Kliment, Ph.D.

Počet znaků: 92 732

Počet příloh: 8

Počet použitých zdrojů: 27

Klíčová slova: Alkoholová závislost, Apolinář, funkce záchytných stanic, léčba alkoholové závislosti, prevence, protialkoholní záchytná stanice, sociální služba, závislost.

Keywords: Alcohol dependence, Apolinář, dependence, function sobering-up stations, prevention, sobering-up station, social service, treatment of alcohol dependence.

Anotace: Práce přehledně pojednává o závislosti obecně, alkoholové závislosti, její léčbě a prevenci. Hlavní část se věnuje protialkoholním záchytným stanicím, shrnutí historického vývoje Záchytné stanice u Apolináře v Praze, vzniku dalších záchytných stanic v ČR, jejich zřizovatelům, provozovatelům, způsobu financování a úhradám za pobyt. Autor se věnuje funkcím záchytných stanic z hlediska jejich proměn v čase. Současná funkce je represivní, autor se přiklání k zařazení záchytných stanic do systému sociálních služeb.

Annotation: The work clearly discusses dependence in general, alcohol dependence, its treatment and prevention. The main part deals with the sobering-up stations, summarizes the historical development of Sobering-up Station at U Apolináře in Prague, discusses the formation of other sobering-up stations in the Czech Republic, their founders, operators, financing as well as reimbursements for stay. The author discusses functions of the sobering-up stations in terms of their transformations over time. The current function is repressive; the author favors the inclusion of sobering-up stations in the system of social services.