



Pedagogická  
fakulta  
Faculty  
of Education

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

# Analýza příčin vzniku závislosti na alkoholu u mužů a žen v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr

Vypracovala: Hana Bořecká  
Vedoucí práce: PhDr. Edita Svobodová

České Budějovice 2014

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma „Analýza příčin vzniku závislosti na alkoholu u mužů a žen v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce.

Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 28. března 2014

.....

Podpis

### **Poděkování**

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce paní PhDr. Editě Svobodové za odborné rady, trpělivost a ochotu při vedení této práce.

## **Anotace**

Tato bakalářská práce se zabývá příčinami vzniku závislosti na alkoholu. Teoretická část práce je zaměřena na popis nejdůležitějších odborných poznatků a definování pojmů vztahujících se k problematice nadměrného užívání alkoholu. Je zde popsána historie alkoholu, vznik závislosti na alkoholu, důsledky nadměrného užívání alkoholu a následná léčba. V praktické části jsou pomocí dotazníkového šetření analyzovány možné příčiny vzniku závislosti na alkoholu u pacientů v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr.

Klíčová slova:

alkohol, alkoholismus, závislost, příčiny závislosti, důsledky závislosti, léčba

## **Abstract**

This bachelor thesis deals with the root causes of alcohol addiction. The theoretical part of this thesis focuses on the description of the most important technical findings as well as the definitions of terms relating to the problematics of excessive alcohol consumption. It describes the history of alcohol, the origins of alcohol addiction, the consequences of excessive alcohol consumption and subsequent addiction treatment. The practical part analyzes possible root causes of alcohol addiction on the basis of questionnaire given to the patients in Červený Dvůr Psychiatric Hospital.

Key words:

alcohol, alcoholism, addiction, causes of addiction, consequences of addiction, treatment

## Obsah

<b>1</b>	<b>Úvod</b> .....	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>Alkohol</b> .....	<b>8</b>
2.1	Historie alkoholu.....	8
2.2	Vliv alkoholu na člověka .....	9
<b>3</b>	<b>Závislost na alkoholu</b> .....	<b>11</b>
3.1	Dělení závislosti.....	12
3.2	Příčiny vzniku závislosti .....	13
3.3	Vývoj závislosti na alkoholu.....	13
3.3.1	Vývojová stadia závislostí dle Jellineka .....	14
<b>4</b>	<b>Alkoholová závislost u žen</b> .....	<b>17</b>
4.1	Odlišnosti z hlediska vzniku a vývoje závislosti ve srovnání s muži .....	17
4.2	Odlišnosti v průběhu léčby a doléčování závislosti ve srovnání s muži.....	18
<b>5</b>	<b>Důsledky nadměrného užívání alkoholu</b> .....	<b>19</b>
5.1	Somatická poškození .....	19
5.1.1	Interní komplikace .....	19
5.1.2	Neurologické komplikace .....	20
5.2	Psychická poškození .....	20
5.3	Sociální důsledky .....	21
<b>6</b>	<b>Léčba závislosti</b> .....	<b>22</b>
6.1	Historie léčby závislosti v České republice .....	22
6.2	Formy léčby .....	23
6.2.1	Ambulantní léčba.....	23
6.2.2	Ústavní léčba.....	23
6.2.3	Denní stacionář .....	24
6.2.4	Terapeutická komunita .....	24
6.2.5	Následná péče .....	25
6.2.6	Současný stav.....	26
<b>7</b>	<b>Léčba v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr</b> .....	<b>27</b>
7.1	Fáze léčby .....	27
7.2	Terapeutické nástroje.....	29
7.3	Rodinná terapie .....	29
7.4	Možnosti doléčování.....	30

<b>8</b>	<b>Praktická část</b> .....	<b>31</b>
8.1	Cíl praktické části a výzkumné předpoklady .....	31
8.2	Metody výzkumu a charakteristika výzkumného vzorku .....	31
8.3	Interpretace výsledků .....	32
8.4	Diskuse k výzkumným předpokladům .....	55
<b>9</b>	<b>Závěr</b> .....	<b>58</b>
<b>10</b>	<b>Seznam zdrojů</b> .....	<b>60</b>
10.1	Použitá literatura .....	60
10.2	Internetové zdroje .....	61
10.3	Právní předpisy .....	62
<b>11</b>	<b>Seznam grafů a tabulek</b> .....	<b>63</b>
11.1	Seznam grafů .....	63
11.2	Seznam tabulek .....	64
<b>12</b>	<b>Přílohy</b> .....	<b>66</b>

# 1 Úvod

Alkohol patří v České republice i ve světě k nejrozšířenější psychoaktivní látce, jejíž účinky na člověka jsou nejvíce prozkoumány. Užívání alkoholu je ve většině zemí světa legální a jeho dostupnost je velmi snadná. Konzumace alkoholických nápojů je součástí téměř všech společenských událostí, a proto odmítnutí sklenky alkoholu může dokonce v lidech vzbuzovat pozornost i nepřiměřené odezvy.

Alkohol je vyhledáván především pro své působení na lidskou psychiku. Dává nám pocity zvýšených schopností, odstraňuje špatnou náladu a nahrazuje ji dobrou, uklidňuje, odstraňuje úzkost, podporuje komunikaci i odstraňuje sexuální zábrany. Toto vše může alkohol nabídnout a záleží na každém z nás, zda tyto účinky budeme využívat v náš prospěch nebo se alkohol stane prostředkem k řešení našich problémů a v důsledku toho i naší zkázou. Závislost na alkoholu patří k nejrozšířenějšímu typu závislosti, jejímiž následky mohou být nejen zdravotní, ale i rodinné, sociální a ekonomické problémy.

Alarmující jsou statistiky, ze kterých vyplývá, že alkohol začínají pít již děti na základní škole. A nejedná se jen o to, že by alkohol pouze ochutnaly, ale především o to, že již zažily i stavy opilosti.

Ačkoliv negativní účinky alkoholu na člověka byly prokázány, spotřeba alkoholu a počet závislých neustále stoupá. Cílem této bakalářské práce proto je popsat příčiny, které se podílejí na vzniku závislosti na alkoholu.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část se zabývá historií alkoholu, vlivu alkoholu na člověka, závislosti na alkoholu a důsledky, které závislost na člověku zanechá. Dále je zde popsáno, jakým způsobem probíhá léčba závislosti na alkoholu v České republice včetně podrobnější charakteristiky léčby v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr. V praktické části jsou objasněny metody výzkumu, stanovené předpoklady, výběr respondentů a prezentace výsledků prováděného výzkumu. Výzkumného šetření se zúčastnilo 39 pacientů z Psychiatrické léčebny Červený Dvůr, kteří se zde léčí ze závislosti na alkoholu.

## 2 Alkohol

### 2.1 Historie alkoholu

S alkoholem se v lidské společnosti setkáváme v průběhu tisíciletí dějin na mnohých místech světa. Nálezy pivních džbánek jsou důkazem toho, že zkvašené alkoholické nápoje byly vyráběny již v neolitickém období. První alkoholické nápoje vznikaly zkvašením medu a lesních plodů. Zmínky o pěstování vinné révy pocházejí z Mezopotámie z období 5–6 tisíc let př.n.l. Důkazy o přípravě vína nacházíme v historii Mezopotámie kolem roku 3500 př.n.l. Odsud se o 500 let později pěstování vinné révy rozšířilo do celého středomoří. Pivo bylo pravděpodobně připravováno starověkými Sumery, Babylóňany a Asyřany kolem roku 2800 př.n.l. Nejdříve bylo připravováno především z ječmene a pšenice. K jeho dochucování se používala nejrůznější koření. Chmel začal být do piva přidáván až ve 13. století.

Ve starověkém Egyptě byly alkoholické nápoje využívány k potěšení, výživě, k medicínským a náboženským účelům. Pivo bylo Egyptěany považováno za vzácný dar od boha slunce Rea. Ačkoliv starověcí Egyptané nepovažovali opilství za problém, lze najít v zápisech z tehdejší doby varování před nadměrným užíváním alkoholu. Ve starověkém Řecku a Římě považovali víno za lahodnější a vhodnější než pivo. Víno nazývali nápojem bohů. I podmínky k pěstování vinné révy byly v těchto oblastech lepší než k pěstování obilovin. V severní Evropě patřilo k oblíbeným nápojům zejména pivo, cider (zkvašený jablečný mošt) a medovina. Ve starověké Číně byly alkoholické nápoje chápány více jako duševní než materiální pokrm a alkohol měl hlavní roli v náboženském životě. Byl užíván při náboženských obřadech a při významných životních událostech (Holcnerová, 2011, s. 3–7).

Konzumaci vína začalo také ovlivňovat učení Nového zákona a vznikající křesťanská kultura. Vinná réva se stala symbolem Krista a církve. Svůj první zázrak předvedl Ježíš na svatební hostině v Káni Galilejské, kdy proměnil vodu ve víno. Touto proměnou zjevil Ježíš svou slávu a jeho učedníci v něho uvěřili. Podle některých vykladačů Bible Ježíš sice pítí vína schvaluje, ale současně zásadně nesouhlasí s opilstí. Svatý Pavel ve svých zápisech pokládá víno za výtvar Boha, z čehož usuzuje, že víno je ve své podstatě dobré. Apoštol zase schvaluje užívání vína ke zdravotním účelům, ale opět odsuzuje opilost a doporučuje víno nepít těm, kteří své pití nejsou schopni ovládat. Dodnes je při většině křesťanských obřadů knězi víno konzumováno.



V případě, že kněz má s alkoholem problém, musí žádat biskupa o výjimku, aby při obřadu přijímání mohl používat víno nealkoholické (Edwards, 2004. s. 20).

Ačkoli historie vína a piva je relativně známa, historie destilace je mnohem nejasnější. Historie objevu destilace bývá připisována alchymistům z Blízkého Východu, kteří ji kolem roku 30 n.l. používali k vyrábění parfémů. Do Evropy se objev destilace dostal až ve 13. století díky vojákům vracejícím se z křížových výprav. První komerční palírny se začaly objevovat koncem 16. století. Od 18. století začaly vlády udělovat palírnám oprávnění k destilaci, aby zabránily šíření nekvalitního a nebezpečného alkoholu (<http://www.brown-forman.cz/o-destilatech/Historie.aspx>).

U nás vznikla první větší palírna v Kutné Hoře. Ta ale byla za husitských válek zničena. Od poloviny 16. století začal existovat samostatný cech vinopalníků – líh se destiloval ze zkaženého vína nebo piva. Na konci 16. století se začala pálenka vyrábět také z žita, ale vzhledem k tomu, že byla velmi drahá, mohli si ji dovolit jen majetní lidé. Za rozšíření pálenky i mezi chudší vrstvy mohly především války. A nemalý vliv na toto rozšíření mělo i zjištění, že alkohol lze destilovat i z jiných druhů obilí, brambor a dokonce i z řepné melasy ([http://www.rozhlas.cz/planetarium/historie/\\_zprava/par-slov-o-alkoholu--937709](http://www.rozhlas.cz/planetarium/historie/_zprava/par-slov-o-alkoholu--937709)).

## **2.2 Vliv alkoholu na člověka**

Alkohol působí na celý organismus. Okamžité účinky alkoholu závisí na zkušenostech s jeho užíváním, toleranci k jeho účinkům, vypitém množství, ale i na atmosféře a kulturním kontextu jeho užití. Po požití alkoholického nápoje se alkohol postupně dostává z trávicího systému do krve. Protože v organismu není ve větším množství běžně přítomen, snaží se tělo alkohol odbourat. Játra nejprve přemění alkohol na acetaldehyd, poté na acetát, který je následně odbourán na oxid uhličitý a vodu. Játra odbourávají nejvíce zkonsumovaného alkoholu, zbytek je vyloučen potem, močí a dechem. Rychlost odbourávání alkoholu z těla závisí na mnoha faktorech. Jedná se zejména o výšku, hmotnost a pohlaví. Průměrná rychlost odbourávání alkoholu z těla je zhruba 0,15 ‰ za hodinu. ([http://www.pijsrozumem.cz/117\\_Jak-alkohol-ovlivnuje-vas-organismus](http://www.pijsrozumem.cz/117_Jak-alkohol-ovlivnuje-vas-organismus))

## Stadia opilosti dle promile v krvi

### I. Excitační, euforické stadium (přibližně 0,5 až 1 ‰)

Pro toto stadium je typická euforie, odstranění zábran, snížení úzkosti, hovornost, zvýšené sebevědomí, zhoršení kognitivních funkcí a zhoršená sebekritičnost.

### II. Hypnotické stadium (přibližně 1 až 2 ‰)

V tomto stadiu se prodlužují reakce, ztrácí se sebekontrola, vyskytuje se porucha koordinace a rovnováhy, podrážděnost, zhoršují se kognitivní funkce.

### III. Narkotické stadium (přibližně 2 až 3 ‰)

Zde dochází k těžké poruše koordinace, zmatenosti. Objevují se počínající znaky poruchy dechového a oběhového centra, studená kůže, tachykardie, povrchní a zpomalené dýchání. Jedinec postupně přechází do hlubokého spánku.

### IV. Asfyktické stadium (při hladině přibližně 3,5 až 5 ‰)

V tomto stadiu dochází k hlubokému bezvědomí, vyhasínají reflexy. Může dojít až ke smrti následkem centrálního selhání dýchání a oběhu (Kalina a kol., 2003a, s. 297).

Osoby konzumující alkohol můžeme rozdělit do následujících skupin:

Konzument – lidé, kteří pijí alkohol jen při určitých příležitostech.

Piják – lidé, kteří alkohol pijí především pro pocit euforie, lepší náladu a pro pocit uvolnění od starostí.

Alkoholik – lidé, kteří pijí denně a alkohol se pro ně již stal drogou ([http://www.alkoholik.cz/zavislost/psychika\\_a\\_telo/rozdeleni\\_konzumentu\\_alkoholu\\_pi\\_jaku.html](http://www.alkoholik.cz/zavislost/psychika_a_telo/rozdeleni_konzumentu_alkoholu_pi_jaku.html)).

### 3 Závislost na alkoholu

Nadměrná konzumace alkoholických nápojů bývá označována jako alkoholismus. S tímto pojmem přišel poprvé v roce 1849 švédský lékař Magnus Huss. *Tímto termínem ale označoval spektrum fyzických komplikací, ve které může vyústit přehnané požívání alkoholu. V nové terminologii alkoholismus označuje problémové pití alkoholu, a ne následné komplikace* (Edwards, 2004, s. 94).

Alkoholismus začal být oficiálně považován za medicínský problém až v roce 1951, a to i přesto, že první definice pijáctví jako nemoci byla popsána v roce 1784 americkým lékařem Benjaminem Rushem (Kalina a kol., 2003a, s. 151).

V roce 1964 formulovala Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation) pojem závislost, a ten následně vstoupil do lékařské vědy. Definice syndromu závislosti na alkoholu podle Mezinárodní klasifikace nemoci zní takto: *Je to skupina jevů fyziologických, behaviorálních a kognitivních, v nichž přijímání alkoholu má u jedince mnohem větší přednost, než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti na alkoholu je touha (často silná, někdy přemáhající) přijímat alkohol. Pití alkoholu po období abstinence vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu závislosti než je tomu u jedince, u kterého se závislost nevyskytuje* (Nešpor, 2004, s. 9).

Definitivní diagnóza závislosti by se měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících skutečností:

- a) silná touha nebo pocit přijímat alkohol,
- b) potíže v kontrole přijímání alkoholu, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství pití alkoholu,
- c) tělesný odvykací stav, jestliže je alkohol přijímán s úmyslem zmenšit jeho příznaky nebo jestliže je přijímána příbuzná látka se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky,
- d) průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami alkoholu,
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch přijímání alkoholu a zvýšené množství času k získání nebo přijímání alkoholu, nebo zotavení se z jeho účinku,

- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků jako poškození jater nadměrným pitím, depresivní stavy, vyplývající z nadměrného pití nebo poškození myšlení alkoholem; je třeba snažit se určit, zda pacient byl nebo mohl být vyšetřen a zda mohly být zjištěny příčiny a rozsah poškození (Nešpor, 2004, s. 9).

*Podstatnou charakteristikou syndromu závislosti na alkoholu je přijímání alkoholu nebo touha po jeho přijímání. Jedinec si uvědomuje, že má puzení přijímat alkohol, což se běžně projevuje během pokusů zastavit nebo kontrolovat pití* (Nešpor, 2004, s. 9).

### **3.1 Dělení závislosti**

Závislost můžeme rozdělit na psychickou a fyzickou. Psychická závislost, která nastává vždy jako první, bývá často podceňována, naopak fyzická závislost bývá brána jako příčina všech problémů.

#### Fyzická závislost

Pokud uživateli alkohol zcela chybí, dochází k nepříjemným až mučivým abstinčním jevům, tzv. abstákům. Základem je skutečnost, že při dlouhodobém užívání alkoholu se organismus nastaví na danou substanci a po určité době může fungovat pouze s ní. Postupem času je nutné dávku neustále zvyšovat, aby dosáhla stejného účinku. Tělesnou závislost lze přiměřenou lékařskou péčí během několika dní překonat (Göhlert, Kühn, 2001, s. 22).

#### Psychická závislost

Uživatel alkoholu si přeje zažívat opětovně opojení z drogy, která mu dává pocit povzbuzení, euforie, stimulace. Může si být vědom, že svým chováním hazarduje se svým zdravím, sociálním postavením nebo dokonce i životem, ale i přesto je touha získat drogu silnější než on. Tento tlak se označuje pojmem craving (bažení). K překonání psychické závislosti je zapotřebí mnohem více než jen pevnou vůli. Její zvládnutí může trvat i spoustu let. Psychická závislost bývá důvodem recidivy i po několikaleté abstinenci. Její zvládnutí vyžaduje často změnu celého životního stylu.

V pojetí klinické psychiatrie přetrvává psychická závislost po celý život (Göhlert, Kühn, 2001, s. 21–22).

### 3.2 Příčiny vzniku závislosti

Příčin alkoholismu je mnoho. Nadměrné pití podporuje několik faktorů: charakteristické rysy osobnosti jedince, psychoaktivní vlastnosti alkoholického nápoje ale i prostředí, v němž k jeho konzumaci dochází. Každý z nás má nějakou anamnézu, která ho může v dalším životě různě oslabovat. Může se jednat například o tragické události, ztrátu blízké osoby nebo duševní poruchy. Existuje i předpoklad dědičné dispozice závislosti. Množství studií uskutečněných sledováním adoptovaných dvojčat ukazují, že alkoholismus biologických rodičů podporuje závislost na alkoholu i u jejich dětí, i přesto, že vyrůstaly odděleně a k jejich adopci došlo hned po narození. Ke vzniku závislosti na alkoholu přispívají i vnější faktory. Těmi jsou především výchova, narušená atmosféra v rodině nebo společenské a pracovní prostředí (Ühlinger, Tschui, 2009, s. 22–23).

### 3.3 Vývoj závislosti na alkoholu

Rychlost vypěstování závislosti závisí na dispozicích jedince, věku, kdy začne s pitím a způsobu zneužívání alkoholu. *Čím větší dispozice člověk má, čím mladší začne pravidelně pít a čím dříve začne alkohol užívat jako drogu (tj. s cílem ovlivnit svou psychiku), tím rychleji závislost vzniká. Pokud začne pravidelně pít člověk, vybavený vrozenou dispozicí („talentem“), projeví se u něj závislost obvykle do 35 let věku* (Heller, Pecinová, 2011, s. 14).

Přechod od škodlivého užívání alkoholu k vypěstování závislosti probíhá většinou nenápadně. Typické jsou postupné změny, a to především zvyšování tolerance vůči alkoholu, ztráta kontroly užívání alkoholu a v neposlední řadě i zanedbávání jiných potěšení a zájmů. Současně dochází i ke změnám v myšlení a chování, které postupně mohou způsobit i celkovou změnu osobnosti. Příznakem rozvinuté závislosti bývá narůstající tolerance vůči alkoholu. Závislý člověk je schopen denně vypít velké množství alkoholu a chovat se tak, že nebudí pozornost okolí. Postupně ale dochází naopak k výraznému snížení tolerance, kdy již malé množství vypitého alkoholu může u postiženého vyvolat příznaky těžké opilosti (Raboch, Zvolský, 2001, s. 196-197).

### 3.3.1 Vývojová stadia závislostí dle Jellineka

#### 1. stadium: iniciální, počáteční

Během tohoto stadia se jedinec neliší svým pitím od svého okolí a společenských norem. Pije kvůli psychotropním účinkům alkoholu, protože se pod jeho vlivem cítí lépe než střízlivý. Během intoxikace dokáže překonat situace, které jsou pro něj jinak bolestné nebo neřešitelné. Protože mu takovéto řešení problémů vyhovuje, využívá účinků alkoholu mnohem častěji. Častější konzumace vede k rozvoji adaptačních mechanismů, jejichž důsledkem je rostoucí tolerance, s kterou roste i dávka alkoholu, která je nutná k řešení jeho problémů.

V tomto stadiu jedinec pije z toho důvodu, že neumí jinak řešit svůj problém, kterým může být například nespokojenost v práci nebo problémy ve vztahu. Je zde naděje, že pokud najde řešení svého problému, omezí i své pití. S největší pravděpodobností bude ale i na další přicházející problémy reagovat konzumací alkoholu (Heller, Pecinovská, 2011, s. 14–15).

#### 2. stadium: prodromální, varovné

Rostoucí tolerance způsobuje stále vyšší hladinu v krvi, která se již projevuje značnou opilostí. Ta se ale zatím projevuje jen jako občasné nedopatření. K dosažení požadované hladiny je nutné, aby pil rychleji než jeho okolí, proto pije s předstihem a tajně. Uvědomuje si, že jeho pití může být pro ostatní nápadné a začíná se za své pití stydět. Proto své pití skrývá, v intoxikaci se snaží kontrolovat a je citlivý na komunikaci s tematikou alkoholu. Začínají se objevovat palimpsesty (okénka), kdy si nepamatuje průběh intoxikace. To spolu s nechtěnými opilostmi a tajným pitím prohlubuje jeho pocit viny. Rostoucí pocit viny vyvolává odhodlání vypořádat se s alkoholem.

Druhé stadium je hranicí možnosti řešit situaci kontrolovaným pitím a vyřešením problémů, které postiženého k pití dovedly.

V prvním a druhém stadiu závislosti se nejedná ještě o chorobu v pravém smyslu. V momentě, kdy se k příznakům druhého stadia přidruží palimpsesty, je to známka toho, že končí druhé stadium a začíná stadium třetí, tedy již vlastní nemoc (Heller, Pecinovská, 2011, s. 15–16).

### 3. stadium: kruciální, rozhodné

V tomto stadiu nadále roste tolerance. Postižený snese velké dávky alkoholu, aniž by na něm intoxikace byla znát. Postupně ale dochází k tomu, že hladina, která je vnímána jako příjemná, už v podstatě splývá s hladinou, kdy je jedinec značně opilý. To se projevuje tak, že jedinec dlouho působí střízlivým dojmem a náhle se během jedné chvilky úplně opije. Stále častěji se opíjí v marné snaze pouze se napít, ale přitom se neopít. To je ale již nemožné, protože došlo k jevu, který se nazývá změna kontroly v pití. Alkohol se stal součástí základních metabolických dějů a změnila se i reakce organismu na jeho určitou dávku. I na malou dávku alkoholu již organismus reaguje změnou psychických procesů, které vedou k dalšímu pití, které končí opilostí.

Ne každé napití však nutně musí končit opilostí. Proto se zatím hovoří jen o změně kontroly v pití, nikoliv o ztrátě kontroly v pití. Tím, že každé pití neskončí opilostí, se postižený domnívá, že situaci zvládá a toho povzbuzuje k tomu i nadále se snažit o pití s kontrolou.

Rostoucí nárůst zjevných opilostí vede ke konfliktům s okolím. Postižený na ně reaguje systémem zdůvodnění, kterým se snaží svému okolí i sobě vysvětlit a omluvit své pití. Získávání alkoholu a jeho ukrývání, výmluvy a zdůvodňování toho, proč alkohol potřebuje, začínají vyžadovat stále více času a schopností postiženého. Stává se nejdůležitější součástí jeho života. Postižený přestává stačit na své povinnosti, upadají jeho zájmy a koníčky. Jellinek hovoří o alkoholocentrickém myšlení a chování.

Čím více se chování postiženého přičítá jemu samému, tím větší má pocit viny. Buduje si pocit křivdy, aby měl důvod k pití. Začíná se měnit jeho osobnost. Dosud spolehlivý a čestný člověk začíná lhát, neplnit své sliby a být zlý. Roste vztahovačnost, která jen stupňuje konflikty s okolím, zejména tím nejbližším. Na každé domnělé napadení reaguje protiútokem.

Alkohol je pro postiženého již tak důležitý, že mu nezáleží na tom, co pije. Pije cokoli, co je dostupné. Hlavní je, že je v tom alkohol. Většina postižených již zcela zanedbává zdravou výživu, což přispívá ke zhoršení jejich zdravotního stavu.

Cílem jedince ve třetím stadiu není přestat pít, ale snaha neopít se. Ani opakované neúspěšné pokusy tuto snahu nezvrátí. Tlak okolí ho může donutit i k dlouhodobé abstinenci. Uvolněním tlaku ale končí i období abstinence.

Původní problémy, kvůli kterým celé pití začalo, ustupují nyní za problémy způsobené vlastním pitím. Nyní již slouží jen jako dodatečné odůvodnění dalšího pití. Již není možné jejich vyřešením ovlivnit další vývoj závislosti. Pacient ani jeho okolí

nemohou bez odborné pomoci pití zastavit. *Každé otálení s vyhledáním specializované léčby je zbytečným prodlužováním utrpení pacienta i jeho okolí a může způsobit nenapravitelné škody* (Heller, Pecinovská, 2011, s. 18).

Většina pacientů ale v tomto stadiu léčbu nevyhledá. Narůstající frekvence pití má na svědomí, že pacient je více opilý, než střízlivý. Tímto stavem končí třetí stadium a přichází konečné čtvrté stadium (Heller, Pecinovská, 2011, s. 17–18).

#### 4. stadium: terminální, konečné

Charakteristickým znakem tohoto stadia je nepříjemný stav po vystřízlivění, který se musí léčit další dávkou drogy, tzv. ranními doušky. Pokračuje-li pití dál, vzniká tah. To je několikadenní období, během kterého pacient nevystřízliví.

V důsledku poškození jater klesá tolerance. To znamená, že pacientovi k opití stačí menší dávka než dříve. Začínají se objevovat nejrůznější poškození orgánů, ať už jater, slinivky břišní, trávicího systému, oběhového systému nebo nervového systému včetně duševních poruch. Přichází degradace osobnosti, úpadek a jediným požadavkem na život je získání drogy, která je upřednostňována před nejzákladnějšími životními hodnotami. Přichází stav, když to nejde bez drogy ani s ní. Většinou až v této fázi hledá postižený pomoc.

Ve třetím nebo čtvrtém stadiu může kdykoliv dojít k chronifikaci choroby, kdy se následky abúzu stanou trvalými, neodstranitelnými. Vzniká tak chronické stadium závislosti na alkoholu (Heller, Pecinovská, 2011, s. 18–19).



## 4 Alkoholová závislost u žen

Dle údajů Českého statistického úřadu byl v roce 1994 poměr mužů a žen hospitalizovaných v psychiatrických léčebnách s diagnózou porucha duševní a porucha chování způsobená užíváním alkoholu vyčíslen na 3:1. V roce 2011 se tento poměr snížil již na 2:1 ([www.czso.cz](http://www.czso.cz)). Z těchto údajů je zřejmé, že pozvolna se poměr závislých mužů a žen vyrovnává.

### 4.1 Odlišnosti z hlediska vzniku a vývoje závislosti ve srovnání s muži

- Ženy dosahují při vypití stejného množství alkoholu vyšší hladiny alkoholu v krvi než muži, což je dáno tím, že mají menší játra, méně enzymů, které štěpí alkohol, a nižším obsahem vody v těle (alkohol se rozpouští ve vodě a z největší části je odbouráván játry).
- Psychické a fyzické důsledky závislosti se u žen vyvíjejí rychleji a výrazněji než u mužů.
- U žen byla prokázána vyšší konzumace alkoholu v premenstruálním období. Více mohou být ohroženy i ženy v přechodu.
- Účinky alkoholu na ženy jsou méně předvídatelné, obzvláště pokud jsou kombinovány s léky.
- U žen, které zneužívají alkohol se častěji vyskytují psychiatrická onemocnění.
- Ženy častěji nadměrně konzumují alkohol jako reakci na zátěžovou životní situaci.
- U žen častěji než u mužů vzniká závislost v souvislosti se soužitím s partnerem, který je sám závislý na alkoholu. Dalším důvodem často bývá syndrom prázdného hnízda.
- Motivací k léčení je u žen nejčastěji zdraví a rodina, problémy se zákonem jsou méně časté než u mužů.
- Ženy většinou pijí tajně a osamoceně, a proto okolí na jejich pití reaguje opožděně.
- Ženy mívají při vyhledávání odborné pomoci větší zábrany.
- Ženy, které mají „mužské“ zaměstnání, mají větší spotřebu alkoholu a jsou více ohroženy.

- Ženy častěji než muži kombinují konzumaci alkoholu a užívání léků.
- Ženy častěji ztrácejí dobré rodinné zázemí, případně i celou rodinu (Nešpor, 2004, s. 62).
- Nadměrná konzumace alkoholu často souvisí s pocitem méněcennosti. Ženy pijí, aby byly hubené, a následným problémem nebývá pouze závislost na alkoholu, ale i nízké porušené sebehodnocení v pohledu na vlastní vzhled a poruchy příjmu potravy (Kolektiv, 2011, s. 139).
- Sexuální problematika se u žen podílí jako stimulující okolnost pro abúzus častěji než u mužů (Heller, Pecinovská, 2011, s. 36).

#### **4.2 Odlišnosti v průběhu léčby a doléčování závislosti ve srovnání s muži**

- Na začátku léčby ženy spolupracují méně než muži.
- Ženy závislost více skrývají, a proto se k odborníkovi dostanou díky jiným problémům, o kterých se nestydí hovořit (např. deprese, nespavost).
- Během léčby přijme nutnost abstinence více žen než mužů.
- Ženy více spolupracují v individuálních formách psychoterapie než muži.
- Ženy jsou více ochotny investovat své úsilí do doléčovacích programů a díky tomu jsou výsledky léčby stabilnější (Heller, Pecinovská, 2011, s. 37).

U ženské závislosti je důležitá včasná diagnostika a následná léčba. Neléčená nebo nedostatečně léčená závislost u žen má závažnější následky než závislost mužská. Pokud je žena včas a kvalitně léčena, přináší její léčba lepší a trvalejší výsledky než léčba u mužů (Heller, Pecinovská, 2011, s. 37).

## 5 Důsledky nadměrného užívání alkoholu

Nadměrná konzumace alkoholu vede k výrazným změnám ve fungování jedince. Má vliv na jeho zdravotní stav, společenské uplatnění, způsobuje rodinné problémy, které často vedou až k rozpadu rodiny. Rozsah poškození organismu závisí na celkovém množství zkonsumovaného alkoholu a na osobnosti jedince (jeho genetické výbavě, prodělaných nemocech, atd.).

### 5.1 Somatická poškození

#### 5.1.1 Interní komplikace

Příznaků somatického poškození vyvolaného škodlivým užíváním alkoholu je mnoho. *Jako nejzranitelnější a nejdříve reagující na toxickou zátěž alkoholu jsou bezesporu játra a centrální nervový systém, trpí i periferní, motorické a vegetativní nervstvo. Zvláště markantní je to u žen. Ty podobně jako mladiství vstupují do závislosti rychle a hluboko, jsou somaticky nesmírně křehké a zranitelné* (Heller, Pecinová, 2011, s. 101).

Jak již bylo řečeno, játra jsou orgánem, který bývá při nadměrném užívání alkoholu nejdříve poškozen. Nejzávažnějším poškozením jater je jaterní cirhóza, která může postupně vyústit v jaterní selhání až smrt. Nebezpečnou komplikací jaterní cirhózy bývá krvácení z jícnových varixů. Přílišnou konzumací alkoholu dále trpí slinivka břišní, trávicí trakt, srdce, pohlavní systém, kůže i kostra.

Alkohol je i rizikovým faktorem pro různá nádorová onemocnění. Nadměrným pitím se zvyšuje riziko rakoviny jater, žaludku, jícnu, tenkého střeva nebo slinivky břišní (Heller, Pecinová, 2011, s. 58, 63).

Zvlášť závažné důsledky má užívání alkoholu v průběhu těhotenství. Hrozí zde poškození plodu, které se u dětí projeví postižením růstu, dysfunkcí centrálního nervového systému, vzhledu obličeje, na kterém jsou patrné různé anomálie. Nejčastěji se jedná o plochý kořen nosu, tenký horní ret, úzké oční štěrby, pokleslá víčka a nízké položené uši. Soubor těchto příznaků se nazývá fetální alkoholový syndrom (FAS – Fetal alcohol syndrome) (<http://alkohol-alkoholismus.cz/fetalni-alkoholovy-syndrom/blog>).

### 5.1.2 Neurologické komplikace

Důvodem poškození nervového systému jsou degenerativní a destruktivní změny nervové tkáně. Alkohol porušuje vedení nervového vzruchu, zvyšuje práh bolesti, zvyšuje výskyt křečí a narušuje REM spánek. Konzumace alkoholu vede k poruchám krátkodobé i dlouhodobé paměti, k poruchám hybnosti a koordinace.

Mezi nejčastější projevy alkoholismu patří alkoholický tremor, při kterém postižený trpí třesem víček, prstů, rukou, někdy i jazyka, rtů, později hlavy a celého těla (Heller, Pecinovská, 2011, s. 64).

## 5.2 Psychická poškození

V souvislosti s psychickými problémy vzniklými dlouhodobým užíváním alkoholu se nejčastěji hovoří o alkoholických psychózách. Heller a Pecinovská (2011, s. 75–82) podrobně popisují následující psychózy:

### Delirium tremens

Rozvíjí se převážně 48–72 hodin po přerušení příjmu alkoholu. Postižený se třese, potí. Je nervózní, neklidný, podrážděný. Je dezorientovaný časem i místem. Má narušený spánek a děsivé sny. Objevují se typické vidiny lidských postav nebo malých zvířat. Mohou se objevovat i sluchové halucinace. Delirium obvykle trvá 3–6 dní.

### Alkoholická halucinóza

Je typická svými sluchovými halucinacemi, které doprovází pocit pronásledování. Akutní průběh může trvat 3–10 dní a doznívat i několik měsíců.

### Alkoholická paranoidní psychóza

Je to psychóza s bludy pronásledování, vztahovačností, nevěry a žárlivosti. Často se vyskytuje v partnerském vztahu, kdy nemocný podezírá svého partnera z nevěry. Vyskytuje se převážně u mužů.

### Korzakovova psychóza

Typickým příznakem je porucha krátkodobé paměti a dezorientace místem, časem a situací. Mezery v paměti si postižený vyplňuje smyšlenkami, kterým sám věří.

Tato psychóza se častěji objevuje u žen a je následkem zpravidla dlouhodobého užívání destilátů.

#### Alkoholická demence

Týká se všeobecného úbytku duševních schopností. Na rozdíl od stařecké demence přichází okolo padesátého roku života, někdy i dříve.

Závislost na alkoholu je někdy kombinována i s jinou duševní poruchou. Většinou se jedná o afektivní nebo úzkostné poruchy. U žen se můžeme setkat s kombinací závislosti na alkoholu a poruchou příjmu potravy bulimického nebo anorektického typu.

### 5.3 Sociální důsledky

Ještě dříve než zdravotní problémy se u závislých na alkoholu objevují vztahové a sociální problémy. Čím více se závislost u postiženého rozvíjí, tím méně jsou pro něj důležité běžné rodinné a společenské závazky. Místo toho je pro něj podstatný neustálý přísun alkoholu a potřeba pít (Edwards, 2004, s. 174).

Závislý člověk má problémy v zaměstnání, kde přestává být schopen plnit úkoly, protože přichází nepřipravený, unavený a často i pod vlivem alkoholu. Zvyšuje se počet pozdních příchodů a absence, které mohou vést až ke ztrátě zaměstnání. Ztráta zaměstnání způsobuje následné finanční potíže, které závislý řeší půjčkami, které není schopen splácet, nebo někdy i kriminální činností.

Tím, že se závislý člověk díky alkoholu stává nespolehlivým, agresivním, netečným k problémům druhým, narůstají i konflikty s rodinou a s lidmi nejbližšího okolí. V původním prostředí se již necítí dobře, a proto vyhledává přátele mezi ostatními závislými (Kolektiv, 2011, s. 46).

*Sociální úpadek závislého člověka je spojen s jeho změnou osobnosti a změnou žebříčku hodnot. Bývá obvyklé, že se mění jeho vzhled a celkové vystupování. Ztrácí sebedůvěru a sebeúctu, stává se uzavřeným, povrchním, nerozhodným, často se uchyluje k účelovému jednání a k manipulaci se svým okolím. Stává se necitlivým k vlastním emocím, potlačuje své negativní pocity. Často zůstává osamocen (Kolektiv, 2011, s. 46).*

## 6 Léčba závislosti

### 6.1 Historie léčby závislosti v České republice

První protialkoholní léčebna vznikla v roce 1909 ve Velkých Kunčicích na Moravě a zanikla v roce 1914. Byli zde léčeni havíři, ale také sem posílala své kněze arcibiskupská diecéze. O rok později byla zřízena protialkoholní poradna v Brně, následně pak v Praze ve Vršovicích a v Nuslích. Protialkoholní poradny ztratily svou samostatnost po roce 1956, kdy začaly pracovat samostatné psychiatrické polikliniky (Kalina a kol., 2003b, s. 91–92).

Nejvýznamnějším průkopníkem v boji proti alkoholismu u nás byl doc. MUDr. Jaroslav Skála, CSc. V roce 1948 založil první specializované lůžkové oddělení pro studium a léčbu alkoholismu při psychiatrické klinice lékařské fakulty Univerzity Karlovy – Apolinář. V době vzniku zde bylo 20 lůžek, od roku 1952 lůžek 50 (Kalina, 2003b, s. 91–92). V současné době má oddělení kliniky Apolinář 66 lůžek pro muže a ženy a kapacita ambulantní léčby je až 500 pacientů.

V květnu 1951 byla doc. Skálou založena první záchytná stanice, což bylo první zařízení svého druhu na celém světě. Po úspěchu této stanice se postupně začaly otevírat další po celém Československu a poté i po celém světě. V polovině let sedmdesátých bylo u nás 53 záchytných stanic s kapacitou několika set lůžek (Kalina a kol., 2003b, s. 93). V současné době je v České republice 17 záchytných stanic (<http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/system-protialkoholnich-zachytnych-stanic-potrebuje-efektivnejsi-pravni-upravu-471661>).

První specializovaná léčebna pro závislé ženy vznikla v roce 1971 v Lojovicích u Velkých Popovic jako pobočka protialkoholního oddělení psychiatrické kliniky pražské fakultní nemocnice. Ženy byly do té doby léčeny na uzavřených odděleních psychiatrie nebo v protialkoholních mužských odděleních, kde měly vyhrazeno několik lůžek. Objekt, ve kterém léčebna sídlila, byl v roce 2002 v restituci vrácen původním majitelům, a proto byl program léčby přesunut zpět do protialkoholní léčebny U Apolináře (Heller, Pecinová, 2011, s. 34).

Doc. Skála dále propracoval speciální léčebný režim, který se skládal ze skupinové psychoterapie, z bodového systému ve smyslu odměny a omezení, pracovní terapie, přednášek a kultury. Do programu začlenil i manželskou a rodinnou terapii, následnou péči (klub stabilizovaných pacientů Klus) a vydávání časopisu jako léčebnou pomůcku ([www.pvsps.cz/skola/akademicti-pracovnici/](http://www.pvsps.cz/skola/akademicti-pracovnici/)).

Skálův léčebný režim je v léčbě závislostí užíván dodnes, ale každá instituce si ho upravuje podle svých individuálních potřeb. Řada z nich začleňuje do systému léčby i kognitivně behaviorální terapii, která se spíše než na vysledování dávných příčin problémů, zaměřuje především na faktory problém udržující (Kolektiv, 2011, s. 69).

## **6.2 Formy léčby**

Závislost na alkoholu je chronické recidivující onemocnění, které, není-li adekvátně léčeno, má sklony k progresi. V konečném stadiu může dojít k deprivaci a pacienta je nutno umístit trvale do psychiatrického zařízení. U závislosti na alkoholu není možné dosáhnout kontrolovaného pití, proto je abstinence základní podmínkou léčby této závislosti (Kalina a kol., 2003a, s. 153).

### **6.2.1 Ambulantní léčba**

V současné době je poskytována především v ambulancích psychiatrů a v tzv. AT ordinacích specializovaných na léčbu závislostí a je určena pro všechny potřebné osoby bez omezení věku a pohlaví. Většina poraden má ordinační hodiny přizpůsobeny tak, aby je lidé mohli navštěvovat i po pracovní době, proto je jejich velkou výhodou, že nevyžadují pracovní neschopnost. V mnoha těchto zařízeních jsou nabízeny kromě individuálních terapií i psychoterapeutické skupiny a práce s rodinami. U lidí, kteří i přes upřímnou snahu pijí dál, není ambulantní léčba vyhovující, a proto je pro ně vhodnější léčba ústavní (Nešpor, 2006, s. 161).

### **6.2.2 Ústavní léčba**

Ústavní léčbu poskytují převážně psychiatrické léčebny a psychiatrická oddělení nemocnic a trvá obvykle 3–6 měsíců. Program léčby je komplexní a spojuje přístupy terapeutické a výchovně edukativní. Terapeutické přístupy mají charakter postupů zdravotnických, psychoterapeutických a sociální péče. Základním modelem v našich podmínkách je model zavedený doc. Skálou.

Podstatou komplexního terapeutického programu je strukturovaná léčba a režim. Léčba je rozdělena do několika fází různě od sebe odlišených. Strukturovaný program zajišťuje vyváženou podobu různých aktivit (psychoterapeutické, volnočasové,

pracovní, atd.). Během týdne se vystřídají všechny části komplexního programu. Ve většině zařízení je pacientovo zvládnutí programu a dodržování režimu hodnoceno bodovacím systémem. V rámci strukturovaného programu jsou využívány psychoterapeutické skupiny, které jsou zaměřeny více na problematiku jednotlivých pacientů a komunitní sezení, která jsou zase orientována spíše na důležité momenty oddělení (Kalina a kol., 2003b, s. 196, 197).

Ústavní léčba probíhá v prostředí terapeutických komunit. Terapeutická komunita je systém organizace léčebného oddělení, ve kterém se podporuje všestranně otevřená komunikace a v němž se na rozhodování podílejí nejen členové týmu, ale i pacienti. Využívají se v ní modelové situace malé společenské skupiny k projekci a nápravě nežádoucího mezilidského prožívání a chování (Kalina a kol., 2003b, s. 53).

### 6.2.3 Denní stacionář

Tato forma léčby je na „poloviční cestě“ mezi léčbou ambulantní a ústavní. Je v něm poskytována denní péče, to znamená, že pacienti jsou zde pouze přes den a obvykle jen v pracovní dny. Léčba trvá 3–6 měsíců s možností prodloužení dle individuálních potřeb pacienta. Je zde zajištěna zdravotní, psychoterapeutická, ošetrovatelská, sociální a jiná péče. Je vhodná pro pacienty, pro které je nedostatečná ambulantní léčba, ale přitom není nutná léčba ústavní. Většinou je založena na skupinové terapii a má prvky terapeutické komunity. Výhodou je zachování rodinných a sociálních vztahů. Denní léčba je velmi náročná, ale její náročnost se vyplácí. Klient se už během léčby učí žít v přirozeném prostředí tak, aby se vyhnul rizikovým situacím (Kalina a kol., 2003, s. 179–184).

### 6.2.4 Terapeutická komunita

Terapeutická komunita je samostatné zařízení, které se nachází většinou na venkově. Jedná se v podstatě o alternativu ústavní léčby. Léčba v komunitách ale bývá vzhledem k menší institucionálnosti nazývána jako léčba rezidenční. Terapeutické komunity jsou zpravidla schopny pojmout patnáct až dvacet klientů, kterým se poskytuje střednědobá až dlouhodobá odborná péče v délce 6 až 18 měsíců (Kolektiv, 2011, s. 75).



S klientem terapeutické komunity není zacházeno jako s pacientem ale jako s členem. Každý člen přijímá jednotlivé sociální role ve skupině, které odrážejí role z běžného života. Rozdělení rolí a pracovních funkcí se odvíjí dle pokroku v léčbě. Členové komunity se musí starat sami o sebe, sami si připravují stravu, starají se o dům a jsou zodpovědní za chod zařízení. Terapeutická komunita představuje náhradní rodinu, ve které se členové učí přijímat a dávat city, učí se respektovat sebe i okolí. Komunita má kromě vnitřního řádu, který určuje klientům a týmu, co mají dělat, i jasně stanovená pravidla. V případě porušení těchto pravidel dochází k vyloučení z programu nebo k převedení do jiné komunity (Kolektiv, 2011, s. 78–79).

Závislostí na alkoholu se zabývají například Terapeutická komunita Krok v Kyjově, Terapeutická komunita pro léčbu závislostí Kladno – Dubí nebo Terapeutická komunita Magdaléna o.p.s. v Mníšku pod Brdy.

#### 6.2.5 Následná péče

*Služby následné péče jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly ústavní léčbu ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstingují (§ 64 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).* Dle ministerstva práce tvoří následnou péči strukturované programy intenzivního ambulantního doléčování, chráněné bydlení a programy pracovní rehabilitace.

Základem všech služeb následné péče je doléčovací program. Ten může být součástí systému péče v působnosti jedné organizace, nebo může fungovat při ambulantním nebo lůžkovém zdravotnickém či jiném odborném zařízení nebo může fungovat zcela samostatně. Doléčování může probíhat jednou týdně formou ambulantních skupin nebo v podobě intenzivního strukturovaného programu doplněného volnočasovými aktivitami.

Strukturované programy intenzivního doléčování probíhají především v odpoledních a večerních hodinách, případně o víkendech. Jedná se o strukturované doléčování, které je rozděleno do fází, přičemž minimální délka tohoto programu je 6 měsíců. Zahrnuje individuální a skupinovou terapii, sociální práci, prevenci relapsu, farmakoterapii, programy pro volný čas a další složky práce.

Součástí doléčovacího programu může být také chráněné bydlení, které klientovi zajišťuje přechodné ubytování. Je určeno zejména pro klienty, kteří nemají samostatné bezpečné bydlení, nebo není možný jejich návrat k rodičům. Jsou ubytováni na základě smlouvy a na bydlení si přispívají. Chráněné bydlení musí být vždy časově ohraničeno, mít jasně nastavené podmínky a především musí být propojeno s ambulantním doléčovacím programem.

Další části doléčování jsou chráněné pracovní programy. Ty slouží ke zvýšení pracovních i dalších dovedností, díky kterým mohou klienti změnit jejich kvalifikaci. I v tomto programu je nutné navštěvovat doléčovací program.

Významnou součástí následné péče jsou i socioterapeutické kluby, které rozvíjejí způsoby trávení volného času a svépomocné programy. Na principu svépomoci funguje i skupina Anonymních alkoholiků, jejíž fungování je založeno na dobrovolnosti a spolupráci lidí, kteří již úspěšně abstinují. Ti pak předávají ostatním své zkušenosti a podporu (<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/4488/Popis-site-sluzeb-nasledne-pece>).

Program následné péče je poskytován například ve sdružení CIRCLE OF LIFE o.p.s. v Koněšíně, v Doléčovacím centru PREVENT v Českých Budějovicích nebo Sociálně právní agentuře WHITE LIGHT I. v Ústí nad Labem.

#### 6.2.6 Současný stav

*Od září 2012 je na základě zadání Ministerstva zdravotnictví vytvářena Strategie reformy psychiatrické péče na období 2014–2020, jejímž hlavním záměrem je posun těžiště psychiatrie od institucionální péče směrem ke komunitnímu typu péče v přirozeném prostředí pacienta. Prioritami strategie jsou přiblížení péče k pacientovi, respekt k jeho právům a individualitě, posílení primární psychiatrické péče, restrukturalizace lůžkové péče, rozvoj komunitní péče, regionální nastavení služeb, destigmatizace pacientů a oboru (Mravčík et al, 2013, s. 57). V roce 2013 se většina psychiatrických léčeben přejmenovala na psychiatrické nemocnice. V současné době je jedinou psychiatrickou léčebnou, která se specializuje pouze na léčbu závislostí Psychiatrická léčebna Červený Dvůr. Zřizovatelem této léčebny je Ministerstvo zdravotnictví a nespadá již pod žádnou jinou instituci.*

## 7 Léčba v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr byla založena v roce 1966 a původně byla zaměřena na léčbu lidí se závislostí na alkoholu. Postupně se léčba rozšířila i na lidi závislé na nealkoholových drogách a patologické hráče. Léčebna je určena pro občany z celé České republiky (ale i pro cizince, kteří se domluví česky nebo slovensky), starší 18 let. V současné době je v léčebně 103 lůžek. Ročně se terapeutického programu zúčastní 550 až 750 pacientů.

Léčba zde trvá 3–6 měsíců. V průběhu léčby je využíván bodovací systém, kterým je pacient hodnocen při dodržování všech pravidel léčebny, terapeutického režimu a běžného každodenního života. Mezi základní pravidla léčebny patří udržování bezdrogového prostředí, spolupráce při všech terapeutických aktivitách, zákaz fyzické agrese, psychického nátlaku, projevů rasismu a zákaz sexuálních kontaktů v léčebně. Nedodržování těchto pravidel vede k vyloučení z pobytu v léčebně ([www.cervenydvor.cz](http://www.cervenydvor.cz)).

Základním terapeutickým nástrojem je terapeutická komunita. Pacienti docházejí na skupinové a komunitní psychoterapie, pracovní terapie, arteterapie, přednášky a volnočasové aktivity. Zapojují se i do celkového chodu léčebny.

*Hlavním cílem léčby v Červeném Dvoře je napomoci závislému člověku k maximálně možnému návratu k původním životním rolím a funkcím a k znovu-převzetí zodpovědnosti za život do svých rukou* (Kolektiv, 2011, s. 9).

### 7.1 Fáze léčby

Vzhledem k tomu, že některé terapeutické cíle je možné naplnit v úvodu léčby a jiné až po určité době a po splnění některých podmínek a cílů, je léčba v Červeném Dvoře rozdělena do čtyř fází. Pacientovi toto rozdělení umožňuje mít přehled, v jaké fázi terapeutického procesu se právě nachází, jaké úkoly má v dané chvíli plnit, a které ho naopak čekají. *Pacient se postupně stabilizuje, postupně se adaptuje, bilancuje svou závislostní kariéru a její důsledky, postupně je schopen problémy rozumně řešit, získává více a více kompetencí a zodpovědnosti, až posléze realizuje konkrétní kroky a konkrétní změny ve svém životě* (Kolektiv, 2011, s. 10).

### Fáze 0 (detoxikace)

Tato fáze trvá přibližně 1–2 týdny od přijetí do léčebny. Pobyť probíhá na přijímacím oddělení (detoxu), poté pacient přechází na psychoterapeutické oddělení.

Cílem této fáze je odstranění drogy z pacientova těla a stabilizovat jeho duševní a tělesný stav do té míry, aby se mohl zapojit do dalších fází terapeutického programu. Pobyť na detoxu nezaručuje automatické přijetí do další terapie, proto je důležitá spolupráce pacienta adekvátní jeho stavu.

### Fáze I – širší stabilizace

Tato fáze obvykle trvá 7–10 týdnů, v krajním případě může být i delší. Pacient má právo být chráněn před vnějším světem, z čehož vyplývá omezení návštěv a vycházek. V této fázi je mu tolerován pasivnější postoj k životu v komunitě. Podmínkou vstupu do další fáze je zpracování detailního životopisu.

Mezi hlavní cíle patří přizpůsobení se terapeutickému programu a podmínkám léčebny, zařazení se do komunitního způsobu života, postupné přijímání konkrétních povinností a zodpovědnosti, podstoupení všech základních vyšetření a především ujasnění toho, zda pacient bude abstinovat či nikoliv.

### Fáze II – odvykací

V této fázi pacient setrvává 1–3 měsíce. Jeho práva, ale i povinnosti, se rozšiřují. Má právo na pravidelné vycházky, víkendové návštěvy a na funkci v samosprávě. Musí se podílet na chodu komunity a skupiny a starat se o nově přichozí členy komunity.

Hlavním cílem je rozhodnutí se pro změnu životního stylu, rozpoznání rizika relapsu, spolupodílení se na zodpovědnosti za komunitu, skupinu a léčebnu, absolvování rodinné terapie a aktivní přístup ke všem terapeutickým aktivitám.

### Fáze III – příprava na odchod

Jedná se o závěr pobytu v léčebně, který není časově vymezen ani přesně oddělen od fáze II.

Cílem je začít realizovat plány do budoucna, zajistit si bydlení, práci případně školu, domluvit se s lidmi z nejbližšího okolí na formě života po odchodu z léčebny a konkrétně si zajistit doléčovací program.

Poté, co si zajistí potřebné zázemí, může pacient po dohodě ukončit léčbu. Během sociálního volna může jezdit shánět práci a bydlení nebo zajišťovat úřední

záležitosti. Neustále je povinen být vzorem pro pacienty z nižších fází v přístupu k terapii.

Léčba v Červeném Dvoře může být ukončena dvojím způsobem, a sice předčasně nebo řádně. Předčasné ukončení léčby může být na vlastní žádost, nebo pro závažná porušení léčebného řádu nebo nespolupráci disciplinárním vyloučením. Dokončení stabilizační a odvykací léčby patří mezi řádné ukončení léčby. Splněním hlavních cílů a absolvováním všech zmíněných fází pacient ukončil odvykací léčbu (Kolektiv, 2011, s.10–12).

## **7.2 Terapeutické nástroje**

V Psychiatrické léčebně Červený Dvůr jsou používány následující terapeutické nástroje:

- terapeutická komunita,
- skupinová psychoterapie,
- pracovní terapie a zodpovědností funkce (pacient není jen v pasivní roli, ale aktivně se podílí na chodu léčebny a komunity, za které je spoluzodpovědný),
- přednášky a samostudium (v léčebně je kladen důraz na pochopení problému a orientaci v základních tématech, proto je součástí programu samostudium, přednášky a následné přezkušování),
- bodovací systém,
- volnočasové aktivity (pomocí aktivit jakými jsou např. sport, kultura, terénní terapie se pacientům snaží ukázat, že život bez drogy může být zábavný),
- lékařská a ošetrovatelská péče,
- sociální práce (během pobytu v léčebně jsou pacienti vedeni k řešení sociálních a právních důsledků své závislosti) (Kolektiv, 2011, s. 10–15).

## **7.3 Rodinná terapie**

Rodinná terapie je běžnou součástí terapeutického programu. Je doporučována především u pacientů, u kterých současné mezilidské konflikty nebo problémy přímo přispívají ke škodlivému užívání alkoholu.

V současné rodinné terapii dominují tři přístupy:

- model nemoci rodiny (učí rodiny změnit své chování, zdůrazňuje potřebu komunikace a rovnováhu v rodině),
- model rodinného systému (zkoumá, jakou roli hraje užívání drog v rodině, pokouší se v rodinném systému změnit role, pravidla a hranice, usměrňuje změnu vztahů tak, aby umožnily abstinenci),
- behaviorální přístup (hledá spouštějící faktory užívání drog v chování rodiny a zpevňující důsledky pro další užívání a snaží se je změnit).

V Červeném Dvoře se snaží rodinnou terapii organizovat po dvou měsících pobytu na dobu jednoho týdne. Další návštěvu doporučují na poslední hodnotící skupině nebo volné tribuně. Rodinou terapii lze využít i pro ostatní členy terapeutické komunity, kteří se mohou zapojit do rodinných témat konkrétního pacienta vlastními rodinnými tématy. Rodiče a partneři pacientů by i po ukončení hospitalizace měli dále aktivně spolupracovat s léčebnou a sledovat doléčovací program (Kolektiv, 2011, s. 214–215).

#### **7.4 Možnosti doléčování**

Dříve než pacient odejde z léčebny, naplánuje si tzv. opakovací léčbu. V prvním roce abstinence by měl každé čtvrtletí absolvovat týdenní opakovací pobyt. V dalších letech je opakovací pobyt plánován podle potřeb klienta, např. jeden nebo dva ročně. Hlavním cílem opakovací léčby je zabránit recidivě, dále pak rekapitulovat dosažené změny a úspěchy, získat ocenění za dobu abstinence a připomenout si problémy z minulosti.

Klientům, u kterých došlo k relapsu nebo recidivě, nabízí léčebna tzv. posilovací léčbu, jejíž délka se stanovuje individuálně dle rozsahu problémů a délky recidivy.

Pacienti léčebny mohou navštívit program své komunity, účastnit se dnů volné tribuny nebo hodnotící skupiny. Problémy mohou také konzultovat písemně nebo telefonicky (Kolektiv, 2011, s. 204, 210).

## **8 Praktická část**

### **8.1 Cíl praktické části a výzkumné předpoklady**

Cílem výzkumu bakalářské práce je pomocí dotazníkového šetření určit možné faktory, které se podílely na vzniku závislosti na alkoholu u pacientů v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr.

K realizaci výzkumu byly stanoveny následující předpoklady:

Předpoklad č. 1: Lze předpokládat, že většina respondentů uvede, že prožili problémové dětství.

Předpoklad č. 2: Lze předpokládat, že většina respondentů uvede, že měli příležitost konzumovat alkohol v zaměstnání.

Předpoklad č. 3: Lze předpokládat, že většina žen uvede, že krizi ve vztahu začaly řešit nadměrným pitím alkoholu.

Předpoklad č. 4: Lze předpokládat, že většina mužů uvede, že finanční problémy začali řešit nadměrným pitím alkoholu.

### **8.2 Metody výzkumu a charakteristika výzkumného vzorku**

Pro sběr dat potřebných k ověření předpokladů byla použita metoda dotazování. Jedná se tedy o kvantitativní výzkum. Tato metoda byla použita především z důvodu anonymity, která pacientům umožnila odpovídat na otázky otevřeně a pravdivě. Dalším důvodem použití dotazníků bylo oslovení více osob najednou a ušetření času mého i respondentů, protože za relativně krátkou dobu byly získány cenné informace, které mohly být dále zpracovány. Nevýhodou dotazníků je zejména chybějící osobní kontakt s pacientem (Gavora, 2000, s. 99).

Dotazníky byly pacientům Psychiatrické léčebny Červený Dvůr rozdány v lednu 2014 a téhož měsíce byly i vybrány zpět. Dotazník byl anonymní a obsahoval celkem 25 uzavřených a polouzavřených otázek. Cílovou skupinou byli pacienti, kteří se zde

léčí z alkoholové závislosti. Celkem bylo dotazováno 39 pacientů, z toho 24 mužů a 15 žen.

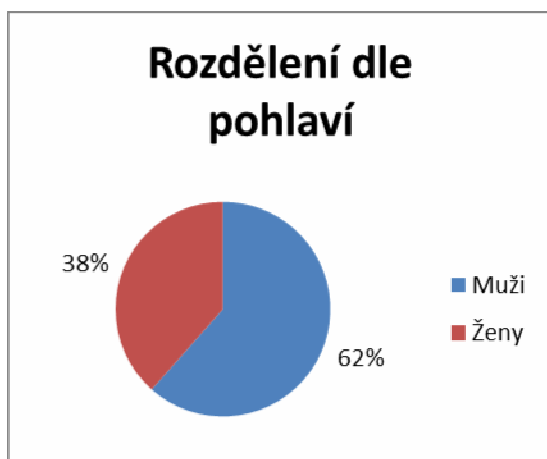
### 8.3 Interpretace výsledků

Otázky, na které pacienti v dotaznících odpovídali, jsou vyhodnoceny jednotlivě a pro přehlednost jsou zobrazeny v tabulkách a grafech.

První čtyři otázky byly zaměřeny na osobní údaje respondentů. Bylo zde zjišťováno jejich pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání a rodinný stav.

#### Otázka č. 1: Pohlaví

Graf č. 1: Struktura respondentů dle pohlaví  
(v relativní četnosti,  
 $n_i = 39$ ,  $f_i = 100\%$ )



Zdroj: vlastní

Jak již bylo řečeno v kapitole č. 9.2, dotazníkového šetření se zúčastnilo 24 mužů (62 %) a 15 žen (38%), celkem tedy 39 respondentů. V kapitole č. 4 bylo upozorněno na to, že poměr závislých žen a mužů se postupně vyrovnává. Výzkum prováděný v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr toto tvrzení potvrdil, neboť v té době zde bylo téměř 40 % žen, které se zde léčily ze závislosti na alkoholu.



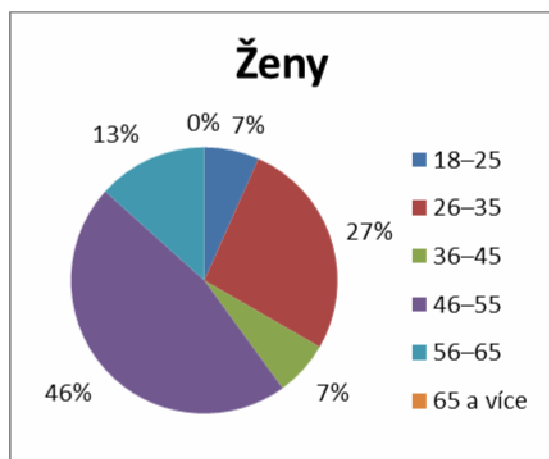
## Otázka č. 2: Kolik je Vám let?

Tabulka č. 1: Struktura odpovědí na otázku č. 2  
(údaje v kumulativní četnosti,  $n_i = 39$ )

Věk	Ženy	Muži	Celkem
18–25	1	3	4
26–35	4	8	12
36–45	1	6	7
46–55	7	7	14
56–65	2	0	2
65 a více	0	0	0

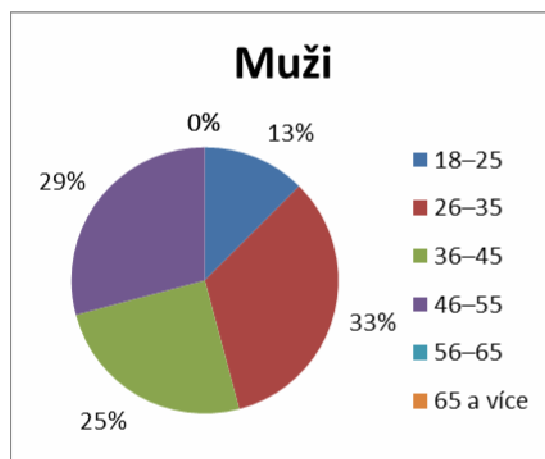
Zdroj: vlastní

Graf č. 2: Věk respondentů – ženy  
(údaje v relativní četnosti,  
 $n_i = 15$ ,  $f_i = 100\%$ )



Zdroj: vlastní

Graf č. 3: Věk respondentů – muži  
(údaje v relativní četnosti,  
 $n_i = 24$ ,  $f_i = 100\%$ )



Zdroj: vlastní

Z tabulky je patrné, že nejvíce pacientů je ve věku mezi 46 až 55 lety, což představuje 36 % (14) všech dotazovaných. 31 % (12) pacientů je ve věkové skupině 26 až 35 let. V době výzkumu se v léčebně neléčil nikdo, kdo by byl starší než 65 let.

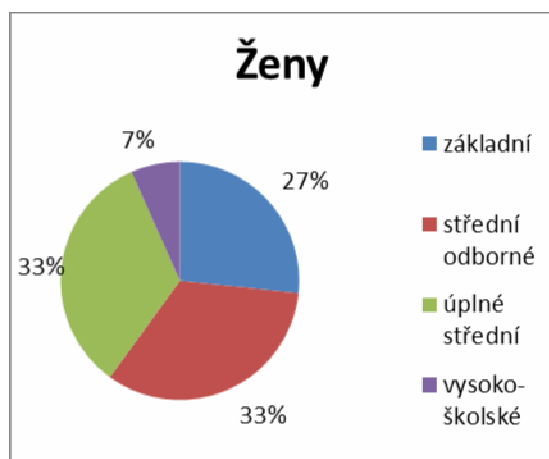
### Otázka č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka č. 2: Struktura odpovědí na otázku č. 3  
(údaje v kumulativní četnosti,  $n_i = 39$ )

Vzdělání	Ženy	Muži	Celkem
základní	4	4	8
střední odborné	5	11	16
úplné střední	5	7	12
vysokoškolské	1	2	3

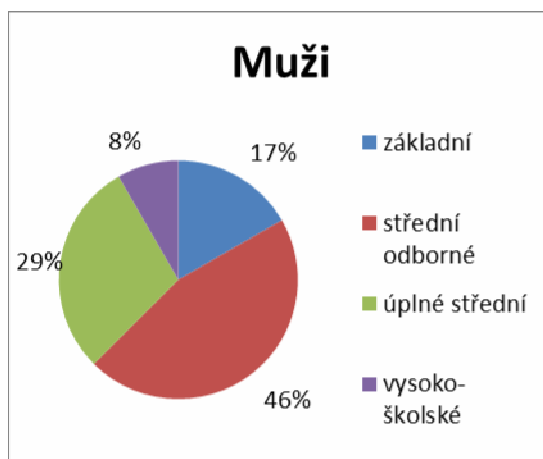
Zdroj: vlastní

Graf č. 4: Vzdělání – ženy  
(údaje v relativní četnosti,  
 $n_i = 15$ ,  $f_i = 100\%$ )



Zdroj: vlastní

Graf č. 5: Vzdělání – muži  
(údaje v relativní četnosti,  
 $n_i = 24$ ,  $f_i = 100\%$ )



Zdroj: vlastní

V Psychiatrické léčebně Červený Dvůr bylo v době výzkumu nejvíce pacientů se středním odborným vzděláním, celkem 40 % (16) a dále 31 % (12) pacientů s úplným středním vzděláním. Pouze 8 % (3) pacientů mělo vysokoškolské vzdělání.

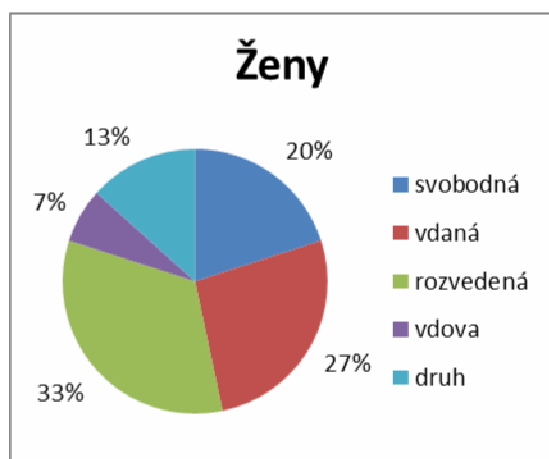
#### Otázka č. 4: Rodinný stav

Tabulka č. 3: Struktura odpovědí na otázku č. 4  
(údaje v kumulativní četnosti,  $n_i = 39$ )

Rodinný stav	Ženy	Muži	Celkem
svobodná/svobodný	3	14	17
vdaná/ženatý	4	3	7
rozvedená/rozvedený	5	5	10
vdova/vdovec	1	0	1
druh/družka	2	2	4

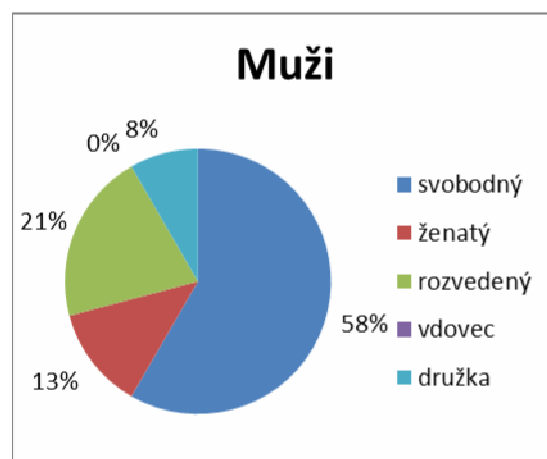
Zdroj: vlastní

Graf č. 6: Rodinný stav – ženy  
(údaje v relativní četnosti,  
 $n_i = 15$ ,  $f_i = 100\%$ )



Zdroj: vlastní

Graf č. 7: Rodinný stav – muži  
(údaje v relativní četnosti,  
 $n_i = 24$ ,  $f_i = 100\%$ )



Zdroj: vlastní

Nejvíce dotazovaných, celkem 43 % (17) bylo svobodných, přičemž svobodní byli zejména muži (58 % všech mužů). 26 % (10) pacientů bylo rozvedených.

### Otázka č. 5: Vyrůstali jste:

Tabulka č. 4: Struktura odpovědí na otázku č. 5  
(údaje v kumulativní četnosti,  $n_i = 39$ )

<b>Respondenti vyrůstali</b>	<b>Ženy</b>	<b>%</b>	<b>Muži</b>	<b>%</b>	<b>Celkem</b>
s oběma rodiči	12	80	20	83	<b>32</b>
s matkou	3	20	3	13	<b>6</b>
s matkou, ale střídala partnery	0		1	4	<b>1</b>
s otcem	0	0	0	0	<b>0</b>
u prarodičů	0	0	0	0	<b>0</b>
u tety, u strýce	0	0	0	0	<b>0</b>
v dětském domově	0	0	0	0	<b>0</b>
jinde	0	0	0	0	<b>0</b>

Zdroj: vlastní

Z tabulky vyplývá, že nejvíce pacientů vyrůstalo s oběma rodiči. Jednalo se o 82 % (32) z celkového počtu všech pacientů. 15 % (6) pacientů vyrůstalo jen s matkou a pouze 1 (3 %) pacient uvedl, že vyrůstal s matkou, která střídala partnery.

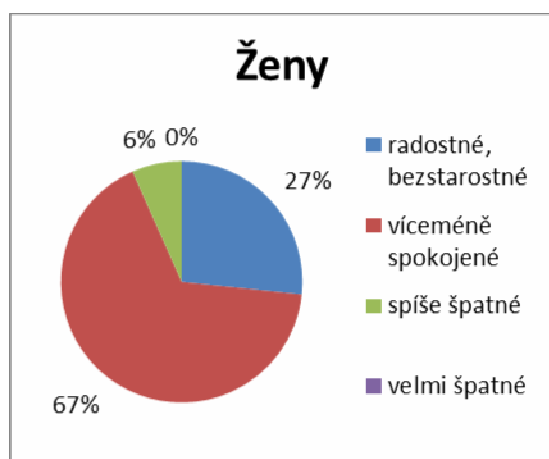
## Otázka č. 6: Jak hodnotíte své dětství?

Tabulka č. 5: Struktura odpovědí na otázku č. 6  
(údaje v kumulativní četnosti,  $n_i = 39$ )

Respondenti své dětství hodnotí jako:	Ženy	Muži	Celkem
radostné, bezstarostné	4	12	16
občas byly problémy, ale víceméně bylo spokojené	10	10	20
spíše špatné	1	1	2
velmi špatné	0	1	1

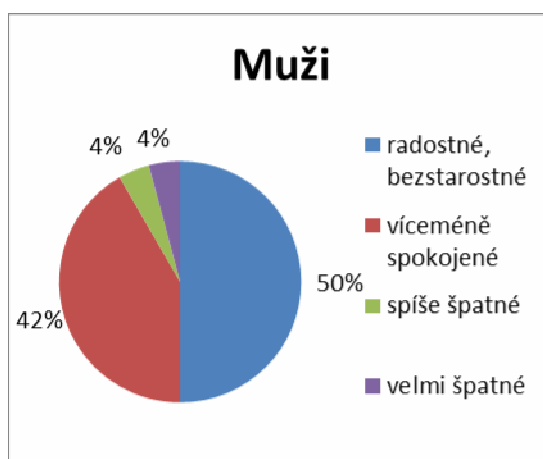
Zdroj: vlastní

Graf č. 8: Hodnocení dětství – ženy  
(údaje v relativní četnosti,  $n_i = 15$ ,  $f_i = 100\%$ )



Zdroj: vlastní

Graf č. 9: Hodnocení dětství – muži  
(údaje v relativní četnosti,  $n_i = 24$ ,  $f_i = 100\%$ )



Zdroj: vlastní

Cílem této otázky bylo zjistit, jak pacienti zpětně hodnotí své dětství. 51 % (20) pacientů uvedlo, že prožili víceméně spokojené dětství a 41 % (16) prožilo dokonce dětství radostné a bezstarostné. 8 % (3) pacientů uvedlo, že prožili spíše špatné nebo velmi špatné dětství.

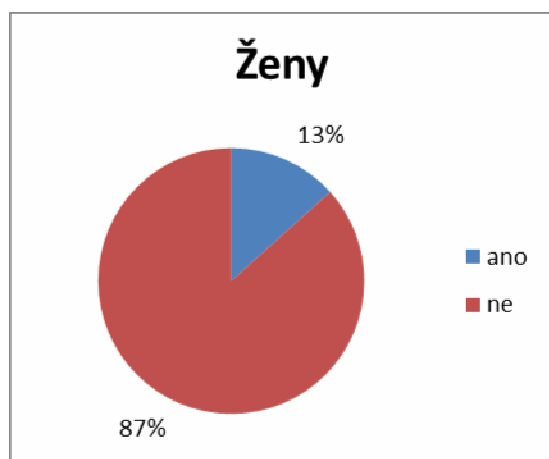
### Otázka č. 7: Zažili jste na sobě v dětství fyzické týrání?

Tabulka č. 6: Struktura odpovědí na otázku č. 7  
(údaje v kumulativní četnosti,  $n_i = 39$ )

Respondenti byli v dětství fyzicky týráni	Ženy	Muži	Celkem
ano	2	2	4
ne	13	22	35

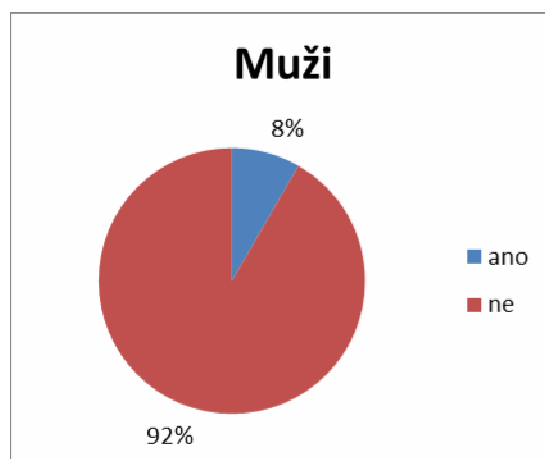
Zdroj: vlastní

Graf č. 10: Prožití fyzického týrání – ženy  
(údaje v relativní četnosti,  
 $n_i = 15$ ,  $f_i = 100\%$ )



Zdroj: vlastní

Graf č. 11: Prožití fyzického týrání – muži  
(údaje v relativní četnosti,  
 $n_i = 24$ ,  $f_i = 100\%$ )



Zdroj: vlastní

Z grafických výsledků znázorňujících odpovědi na tuto otázku je na první pohled patrné, že většina pacientů v dětství fyzické týrání nezažila. Celkem 10 % (4) pacientů fyzické týrání v dětství na sobě zažili.

### Otázka č. 8: Zažili jste na sobě v dětství sexuální zneužívání?

Na tuto otázku všech 39 respondentů (100 %) odpovědělo, že v dětství na sobě nezažili sexuální zneužívání.

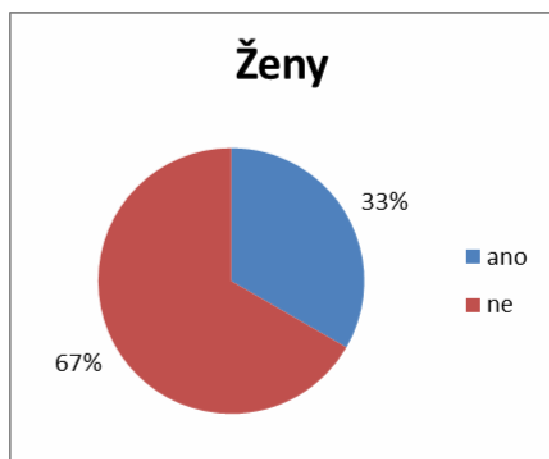
### Otázka č. 9: Zažili jste na sobě ve škole šikanu?

Tabulka č. 7: Struktura odpovědí na otázku č. 9  
(údaje v kumulativní četnosti,  $n_i = 39$ )

Respondenti na sobě zažili ve škole šikanu	Ženy	Muži	Celkem
ano	5	3	8
ne	10	21	31

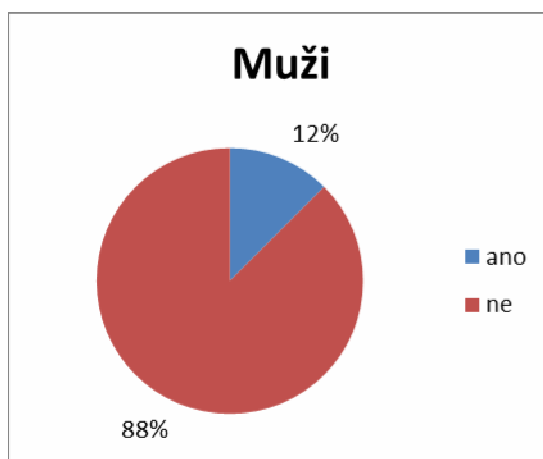
Zdroj: vlastní

Graf č. 12: Šikana – ženy  
(údaje v relativní četnosti,  
 $n_i = 15$ ,  $f_i = 100\%$ )



Zdroj: vlastní

Graf č. 13: Šikana – muži  
(údaje v relativní četnosti,  
 $n_i = 24$ ,  $f_i = 100\%$ )



Zdroj: vlastní

Celkem 79 % (31) pacientů uvedlo, že šikanování nebyli. Z grafu, který znázorňuje odpovědi žen, ale vidíme, že třetina z nich na sobě šikanu zažila.

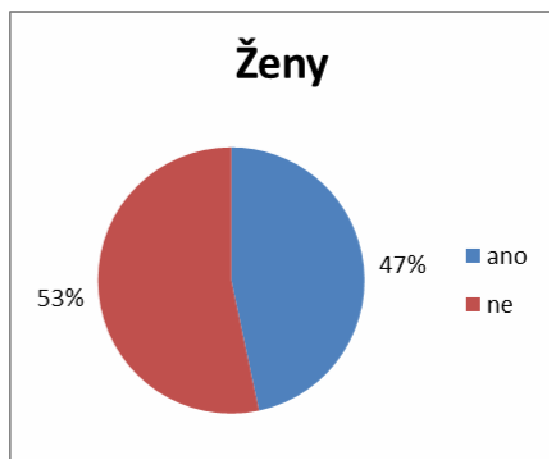
**Otázka č. 10: Byl někdo z Vašich rodičů závislý na alkoholu (i přesto, že se nikdy neléčil)?**

Tabulka č. 8: Struktura odpovědí na otázku č. 10  
(údaje v kumulativní četnosti,  $n_i = 39$ )

Respondenti měli závislého rodiče	Ženy	Muži	Celkem
ano	7	10	17
ne	8	14	22

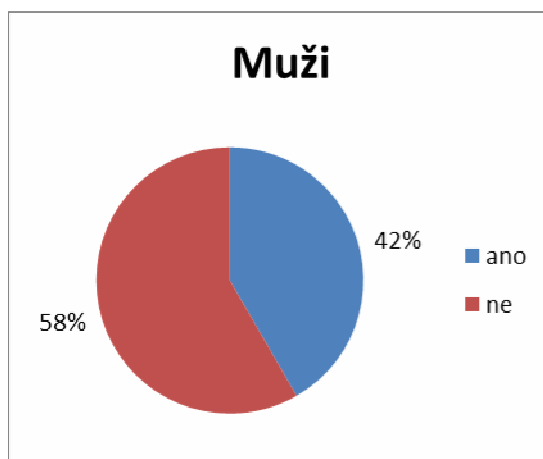
Zdroj: vlastní

Graf č. 14: Závislý rodič – ženy  
(údaje v relativní četnosti,  $n_i = 15$ ,  $f_i = 100\%$ )



Zdroj: vlastní

Graf č. 15: Závislý rodič – muži  
(údaje v relativní četnosti,  $n_i = 24$ ,  $f_i = 100\%$ )



Zdroj: vlastní

Celkem 44 % (17) pacientů uvedlo, že jeden z rodičů byl na alkoholu závislý.



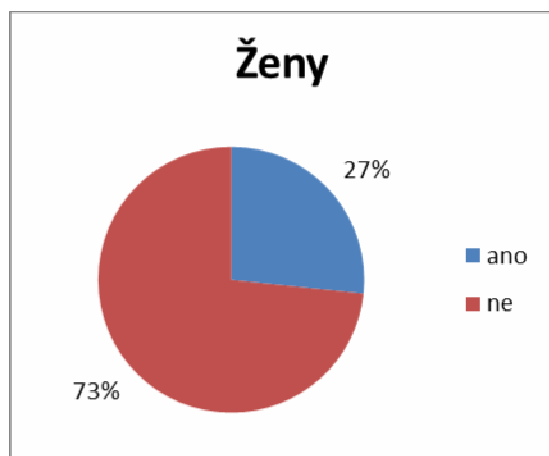
**Otázka č. 11: Trávili jste v době dospívání Váš volný čas převážně popíjením s kamarády?**

Tabulka č. 9: Struktura odpovědí na otázku č. 11  
(údaje v kumulativní četnosti,  $n_i = 39$ )

Respondenti trávili volný čas popíjením s kamarády	Ženy	Muži	Celkem
ano	4	14	<b>18</b>
ne	11	10	<b>21</b>

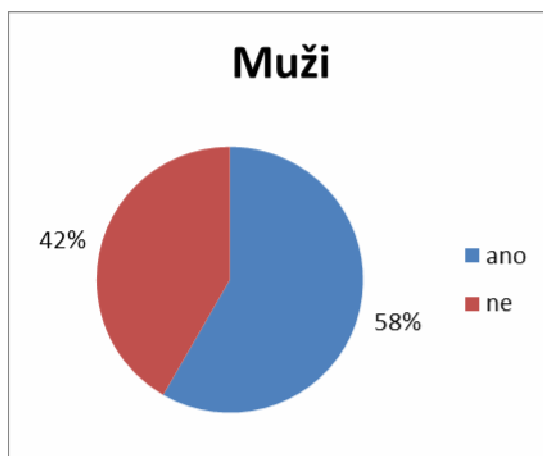
Zdroj: vlastní

Graf č. 16: Volný čas v dospívání – ženy  
(údaje v relativní četnosti,  $n_i = 15$ ,  $f_i = 100\%$ )



Zdroj: vlastní

Graf č. 17: Volný čas v dospívání – muži  
(údaje v relativní četnosti,  $n_i = 24$ ,  $f_i = 100\%$ )



Zdroj: vlastní

V celkovém součtu odpovědělo 54 % (21) respondentů, že svůj volný čas v době dospívání netrávili převážně popíjením s kamarády. Pokud se ale podíváme na grafické znázornění rozdělené dle pohlaví, je na první pohled patrné, že to byly především ženy, které trávily svůj volný čas v dospívání jinak než konzumací alkoholu. Muži naopak svůj volný čas trávili většinou pitím s kamarády.

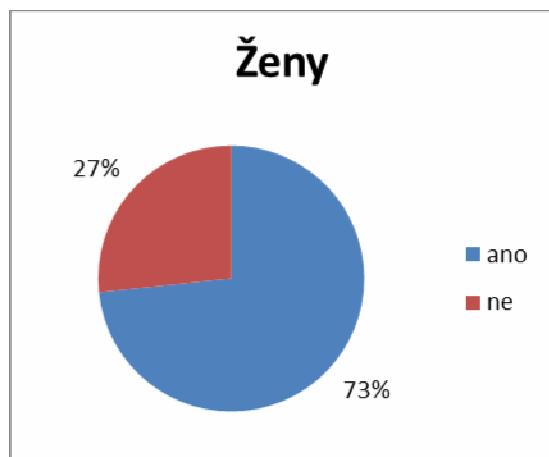
### Otázka č. 12: Měli jste před vznikem závislosti nějaké zájmy?

Tabulka č. 10: Struktura odpovědí na otázku č. 12  
(údaje v kumulativní četnosti,  $n_i = 39$ )

Respondenti měli před vznikem závislosti zájmy	Ženy	Muži	Celkem
ano	11	21	32
ne	4	3	7

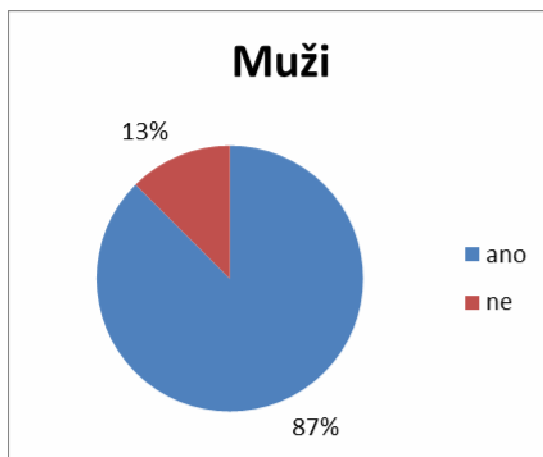
Zdroj: vlastní

Graf č. 18: Zájmy – ženy  
(údaje v relativní četnosti,  
 $n_i = 15$ ,  $f_i = 100\%$ )



Zdroj: vlastní

Graf č. 19: Zájmy – muži  
(údaje v relativní četnosti,  
 $n_i = 24$ ,  $f_i = 100\%$ )



Zdroj: vlastní

Z grafů je patrné, že převážná většina pacientů bez rozdílu pohlaví měla před vznikem závislosti nějaké zájmy. Celkem 82 % (32) pacientů odpovědělo na tuto otázku ANO.

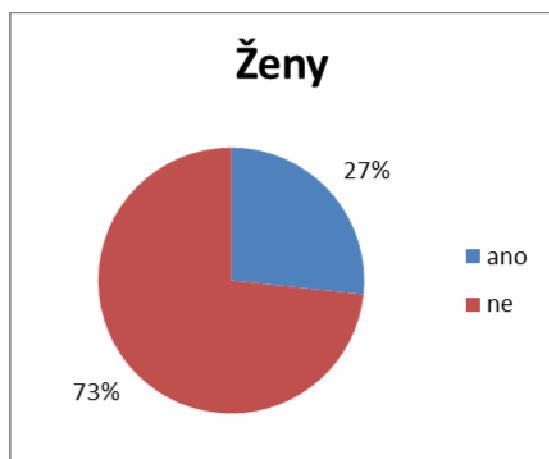
### Otázka č. 13: Zažívali jste před vznikem závislosti často pocit nudy?

Tabulka č. 11: Struktura odpovědí na otázku č. 13  
(údaje v kumulativní četnosti,  $n_i = 39$ )

Respondenti zažívali před vznikem závislosti pocit nudy	Ženy	Muži	Celkem
ano	4	7	11
ne	11	17	28

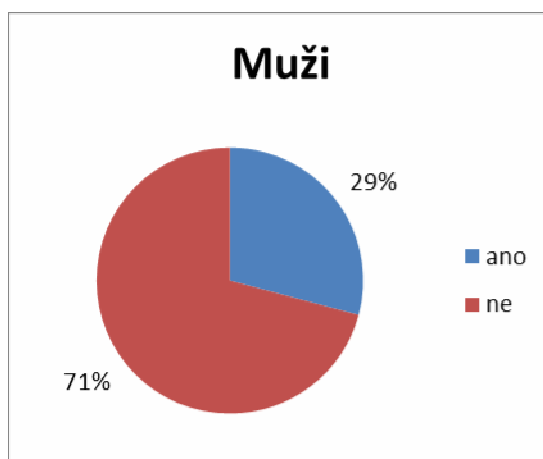
Zdroj: vlastní

Graf č. 20: Pocit nudy – ženy  
(údaje v relativní četnosti,  $n_i = 15$ ,  $f_i = 100\%$ )



Zdroj: vlastní

Graf č. 21: Pocit nudy – muži  
(údaje v relativní četnosti,  $n_i = 24$ ,  $f_i = 100\%$ )



Zdroj: vlastní

Tato otázka zjišťovala subjektivní pocit pacientů, a sice, zda zažívali před vznikem závislosti často pocit nudy. 72 % (28) dotazovaných je toho názoru, že pocit nudy nezažívali.

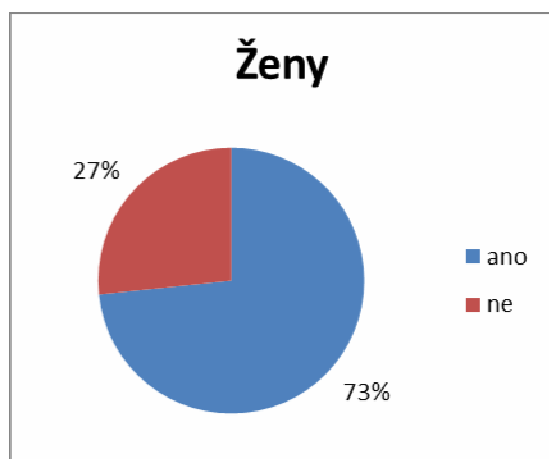
### Otázka č. 14: Řešili jste před vznikem závislosti pocit méněcennosti?

Tabulka č. 12: Struktura odpovědí na otázku č. 14  
(údaje v kumulativní četnosti,  $n_i = 39$ )

Respondenti zažívali před vznikem závislosti pocit méněcennosti	Ženy	Muži	Celkem
	ano	11	2
ne	4	22	26

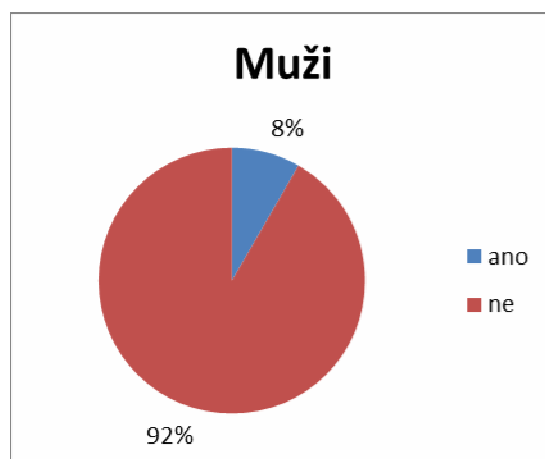
Zdroj: vlastní

Graf č. 22: Pocit méněcennosti – ženy  
(údaje v relativní četnosti,  $n_i = 15$ ,  $f_i = 100\%$ )



Zdroj: vlastní

Graf č. 23: Pocit méněcennosti – muži  
(údaje v relativní četnosti,  $n_i = 24$ ,  $f_i = 100\%$ )



Zdroj: vlastní

Na tuto otázku sice v celkovém součtu odpovědělo 67 % (26) pacientů, že pocit méněcennosti neřešili, ale z grafu znázorňujícího odpovědi žen je na první pohled vidět, že velká většina dotazovaných žen pocit méněcennosti zažívala.

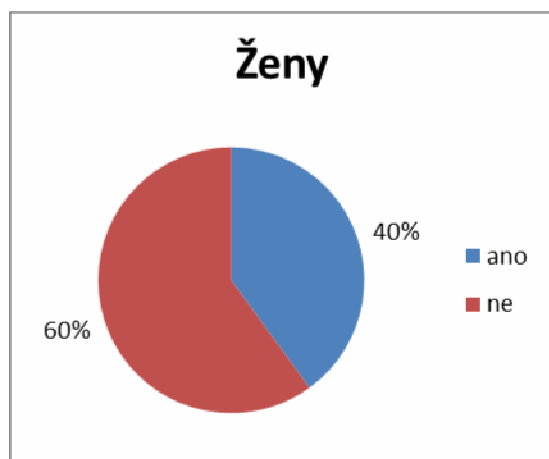
**Otázka č. 15: Bylo pro Vás před léčbou pití alkoholu nejčastějším způsobem trávení volného času?**

Tabulka č. 13: Struktura odpovědí na otázku č. 15  
(údaje v kumulativní četnosti,  $n_i = 39$ )

<b>Respondenti trávili volný čas převážně pitím alkoholu</b>	<b>Ženy</b>	<b>Muži</b>	<b>Celkem</b>
ano	6	16	<b>22</b>
ne	9	8	<b>17</b>

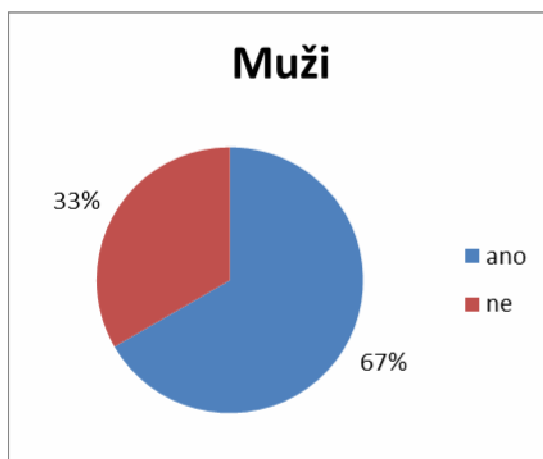
Zdroj: vlastní

Graf č. 24: Trávení volného času pitím – ženy  
(údaje v relativní četnosti,  $n_i = 15$ ,  $f_i = 100\%$ )



Zdroj: vlastní

Graf č. 25: Trávení volného času pitím – muži  
(údaje v relativní četnosti,  $n_i = 24$ ,  $f_i = 100\%$ )



Zdroj: vlastní

56 % (22) respondentů uvedlo, že volný čas trávili převážně pitím alkoholu. Významný podíl na tomto údaji mají ale převážně muži. Ženy naopak trávily volný čas spíše jiným způsobem než konzumací alkoholu.

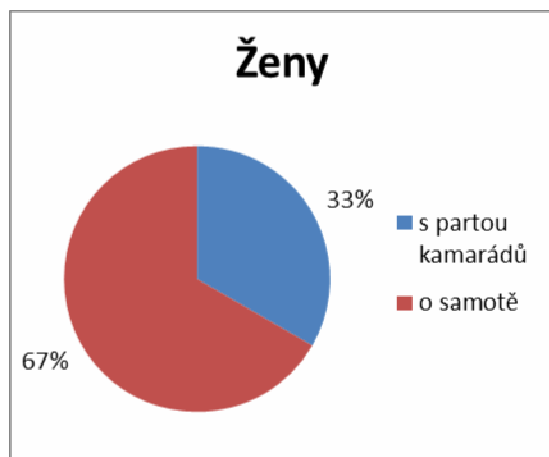
### Otázka č. 16: S kým jste nejčastěji konzumovali alkohol?

Tabulka č. 14: Struktura odpovědí na otázku č. 16  
(údaje v kumulativní četnosti,  $n_i = 39$ )

Respondenti konzumovali alkohol nejčastěji	Ženy	Muži	Celkem
s partou kamarádů	5	11	16
o samotě	10	13	23

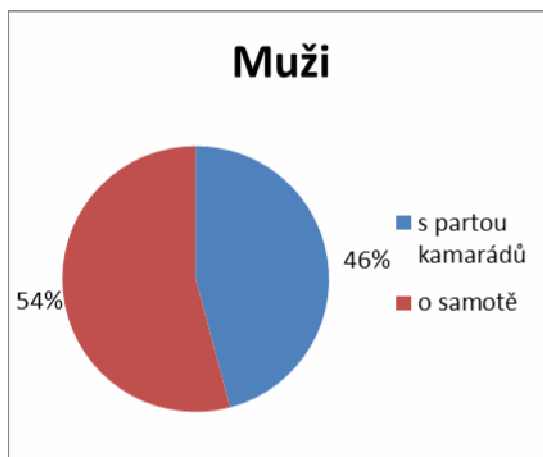
Zdroj: vlastní

Graf č. 26: Způsob konzumace alkoholu – ženy  
(údaje v relativní četnosti,  $n_i = 15$ ,  $f_i = 100\%$ )



Zdroj: vlastní

Graf č. 27: Způsob konzumace alkoholu – muži  
(údaje v relativní četnosti,  $n_i = 24$ ,  $f_i = 100\%$ )



Zdroj: vlastní

Z grafů je patrné, že většina pacientů pila alkohol o samotě, celkem to je 59 % (23) všech dotazovaných. Odpovědi na tuto otázku pro mne byly překvapující, protože téměř ve všech publikacích se uvádí, že alkohol o samotě pijí hlavně ženy, neboť se za své pití stydí. Z grafu znázorňujícího odpovědi mužů je ale patrné, že i muži, kteří na dotazník odpovídali, pili alkohol spíše o samotě.

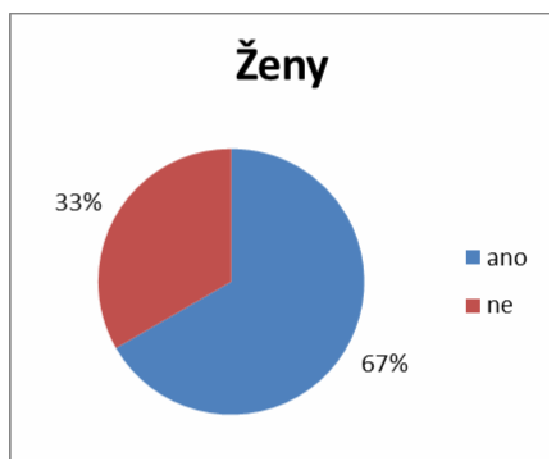
### Otázka č. 17: Cítili jste se často osamělí?

Tabulka č. 15: Struktura odpovědí na otázku č. 17  
(údaje v kumulativní četnosti,  $n_i = 39$ )

Respondenti se často cítili osamělí	Ženy	Muži	Celkem
ano	10	12	22
ne	5	12	17

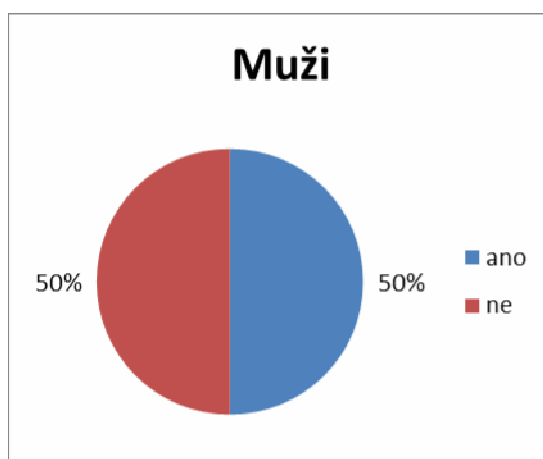
Zdroj: vlastní

Graf č. 28: Pocit osamělosti – ženy  
(údaje v relativní četnosti,  
 $n_i = 15$ ,  $f_i = 100\%$ )



Zdroj: vlastní

Graf č. 29: Pocit osamělosti – muži  
(údaje v relativní četnosti,  
 $n_i = 24$ ,  $f_i = 100\%$ )



Zdroj: vlastní

56 % (22) respondentů odpovědělo, že se často cítili osamělí. Osamělé se cítily hlavně ženy.

### Otázka č. 18: Byli jste někdy zaměstnáni?

Na tuto otázku všech 39 respondentů (100 %) odpovědělo, že byli někdy zaměstnáni.

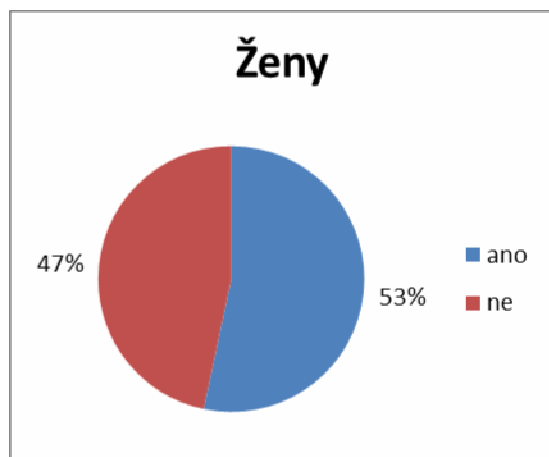
### Otázka č. 19: Měli jste příležitost pít alkohol v zaměstnání?

Tabulka č. 16: Struktura odpovědí na otázku č. 19  
(údaje v kumulativní četnosti,  $n_i = 39$ )

Respondenti měli příležitost pít alkohol v zaměstnání	Ženy	Muži	Celkem
ano	8	17	25
ne	7	7	14

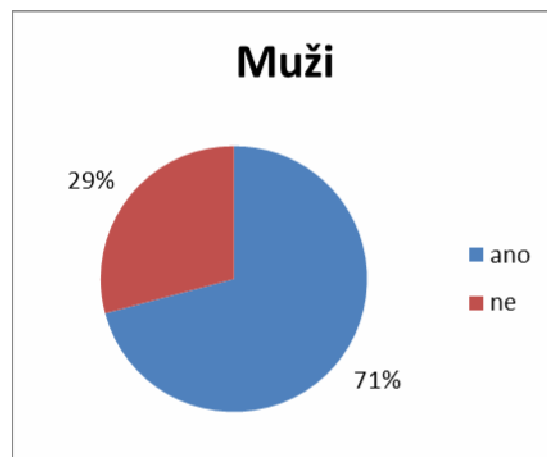
Zdroj: vlastní

Graf č. 30: Příležitost pít v zaměstnání – ženy  
(údaje v relativní četnosti,  $n_i = 15$ ,  $f_i = 100\%$ )



Zdroj: vlastní

Graf č. 31: Příležitost pít v zaměstnání – muži  
(údaje v relativní četnosti,  $n_i = 24$ ,  $f_i = 100\%$ )



Zdroj: vlastní

Na tuto otázku měli odpovídat jen ti, kteří byli někdy zaměstnáni. Vzhledem k tomu, že všichni respondenti byli někdy zaměstnáni, odpovídalo všech 39 pacientů a 64 % (25) z nich uvedlo, že měli příležitost pít alkohol v zaměstnání.



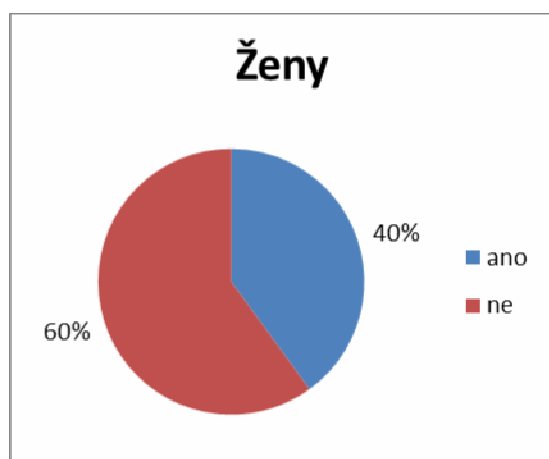
### Otázka č. 20: Pili jste alkohol v zaměstnání?

Tabulka č. 17: Struktura odpovědí na otázku č. 20  
(údaje v kumulativní četnosti,  $n_i = 39$ )

Respondenti pili alkohol v zaměstnání	Ženy	Muži	Celkem
ano	6	18	24
ne	9	6	15

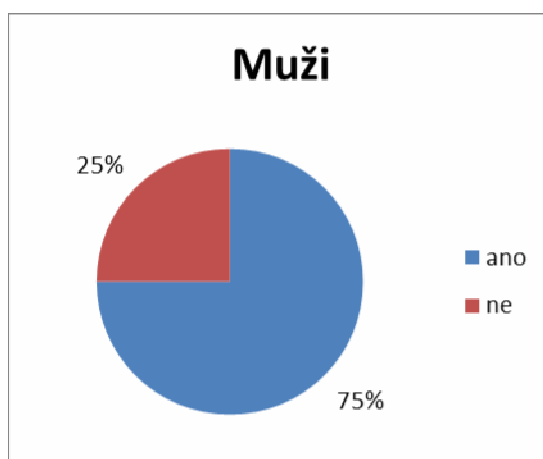
Zdroj: vlastní

Graf č. 32: Alkohol v zaměstnání – ženy  
(údaje v relativní četnosti,  
 $n_i = 15$ ,  $f_i = 100\%$ )



Zdroj: vlastní

Graf č. 33: Alkohol v zaměstnání – muži  
(údaje v relativní četnosti,  
 $n_i = 24$ ,  $f_i = 100\%$ )



Zdroj: vlastní

Na tuto otázku měli opět odpovídat jen ti, kteří byli někdy zaměstnáni. Celkem 62 % (24) pacientů odpovědělo, že alkohol v zaměstnání pili. Podobně jako v předchozí otázce byla kladná odpověď zaznamenaná především od mužů.

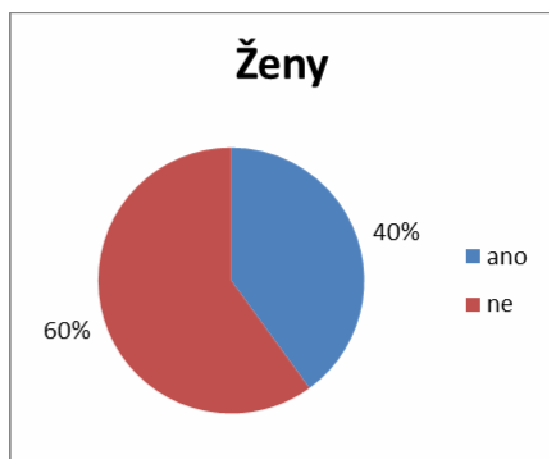
### Otázka č. 21: Měl nebo má Váš partner/ partnerka problémy s alkoholem?

Tabulka č. 18: Struktura odpovědí na otázku č. 21  
(údaje v kumulativní četnosti,  $n_i = 39$ )

Respondenti mají partnera s problémy s alkoholem	Ženy	Muži	Celkem
ano	6	3	9
ne	9	21	30

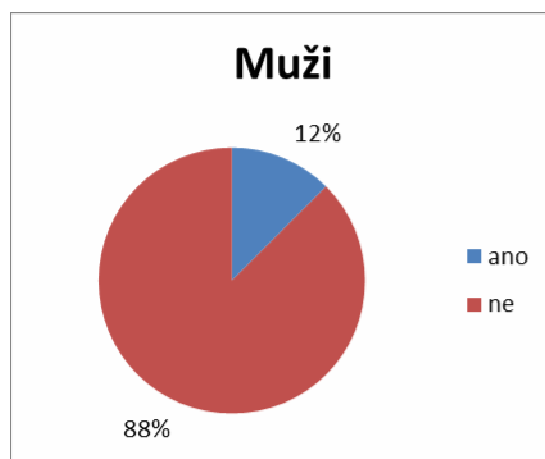
Zdroj: vlastní

Graf č. 34: Partner alkoholik  
(údaje v relativní četnosti,  
 $n_i = 15$ ,  $f_i = 100\%$ )



Zdroj: vlastní

Graf č. 35: Partnerka alkoholička  
(údaje v relativní četnosti,  
 $n_i = 24$ ,  $f_i = 100\%$ )



Zdroj: vlastní

23 % (9) respondentů uvedlo, že mají partnera nebo partnerku, který měl nebo stále má problémy s alkoholem. Podle očekávání zažily soužití s partnerem závislým na alkoholu hlavně ženy.

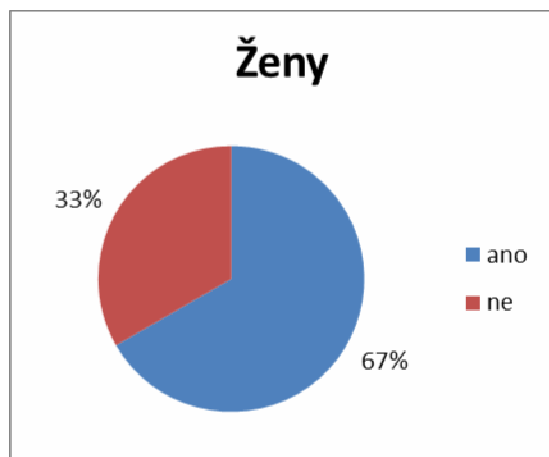
**Otázka č. 22: Zažívali jste psychické nebo fyzické týrání od svého partnera/partnerky?**

Tabulka č. 19: Struktura odpovědí na otázku č. 22  
(údaje v kumulativní četnosti,  $n_i = 39$ )

Respondenti zažívali týrání od partnera	Ženy	Muži	Celkem
ano	10	1	<b>11</b>
ne	5	23	<b>28</b>

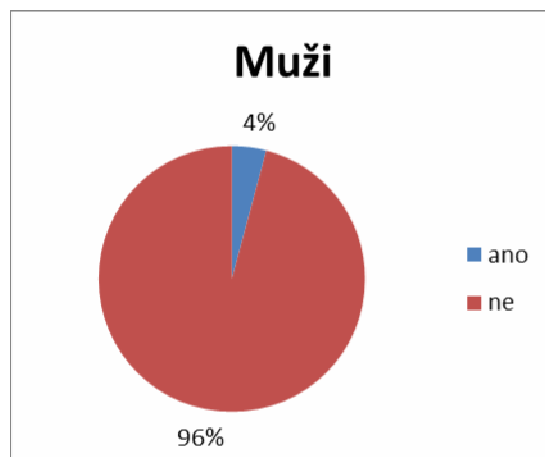
Zdroj: vlastní

Graf č. 36: Týrání od partnera  
(údaje v relativní četnosti,  
 $n_i = 15, f_i = 100\%$ )



Zdroj: vlastní

Graf č. 37: Týrání od partnerky  
(údaje v relativní četnosti,  
 $n_i = 24, f_i = 100\%$ )



Zdroj: vlastní

67 % (10) žen odpovědělo, že byly od svého partnera psychicky nebo fyzicky týrány. Tedy pouze jedna třetina žen se s psychickým nebo fyzickým týráním od svého partnera nesetkala.

**Otázka č. 23: Zažili jste jednu nebo více z níže uvedených událostí, kterou jste začali řešit alkoholem? (bylo možno zaškrtnout více odpovědí)**

Tabulka č. 20: Struktura odpovědí na otázku č. 23  
(údaje v kumulativní četnosti,  $n_i = 39$ )

<b>Události, které respondenti řešili alkoholem</b>	<b>Ženy</b>	<b>Muži</b>	<b>Celkem</b>
úmrť partnera/partnerky	2	1	<b>3</b>
odchod partnera/partnerky	4	7	<b>11</b>
krize ve vztahu	10	14	<b>24</b>
znásilnění	1	0	<b>1</b>
odchod do důchodu	0	0	<b>0</b>
odchod dětí z domova	1	0	<b>1</b>
ztráta zaměstnání	2	9	<b>12</b>
finanční problémy	4	11	<b>15</b>

Zdroj: vlastní

Z tabulky je patrné, že nejčastější událost, kterou začali řešit pacienti alkoholem, byla krize v jejich vztazích. Celkem 67 % (10) žen a 58 % (14) mužů odpovědělo, že krizi ve vztahu řešili nadměrným pitím. Muži dále alkoholem řešili ztrátu zaměstnání a finanční problémy.

Celkem 8 (21 %) respondentů, z toho 3 (20 %) ženy a 5 (21 %) mužů, odpovědělo, že nezažili žádnou ze zmiňovaných událostí, kterou by řešili alkoholem.

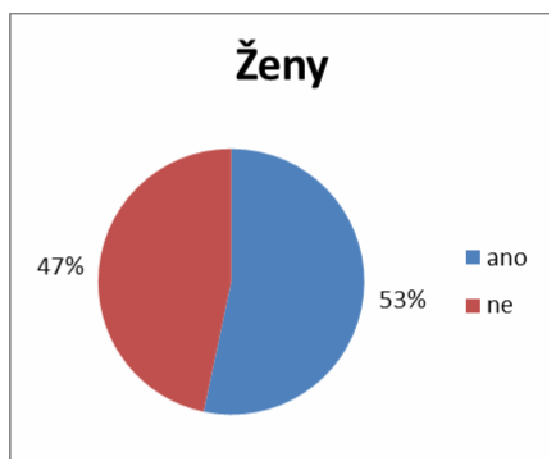
### Otázka č. 24: Je toto Vaše první ústavní léčba?

Tabulka č. 21: Struktura odpovědí na otázku č. 24  
(údaje v kumulativní četnosti,  $n_i = 39$ )

Respondenti zažívají první ústavní léčbu	Ženy	Muži	Celkem
ano	8	15	23
ne	7	9	16

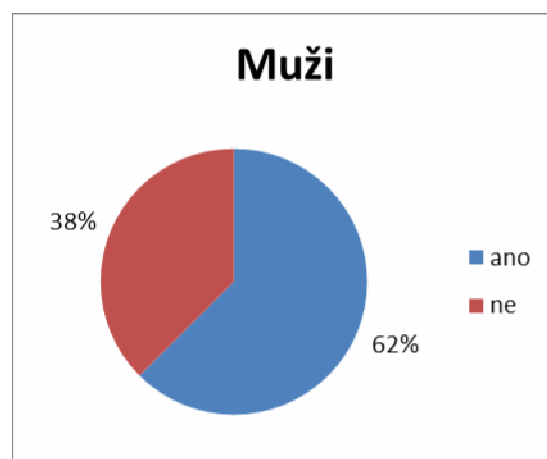
Zdroj: vlastní

Graf č. 38: První ústavní léčba – ženy  
(údaje v relativní četnosti,  
 $n_i = 15$ ,  $f_i = 100\%$ )



Zdroj: vlastní

Graf č. 39: První ústavní léčba – muži  
(údaje v relativní četnosti,  
 $n_i = 24$ ,  $f_i = 100\%$ )



Zdroj: vlastní

59 % (23) pacientů uvedlo, že je toto jejich první ústavní léčba. Pokud pacienti nepodstupovali první léčbu, měli uvést kolikátá tato ústavní léčba je. 2 ženy uvedly, že jsou na léčení po druhé, další 2 ženy se léčí po třetí, 1 žena se léčí po čtvrté, 1 žena po sedmé a 1 žena dokonce po desáté. 5 mužů se léčí po druhé, 2 muži po třetí, 1 muž po páté a 1 muž po šesté.

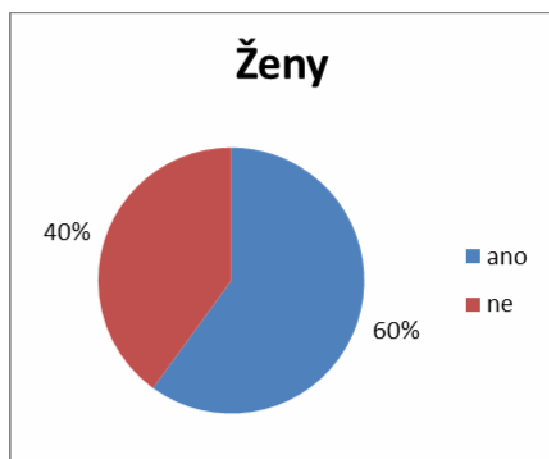
### Otázka č. 25: Léčíte se pouze z alkoholové závislosti?

Tabulka č. 22: Struktura odpovědí na otázku č. 25  
(údaje v kumulativní četnosti,  $n_i = 39$ )

Respondenti se léčí pouze ze závislosti na alkoholu	Ženy	Muži	Celkem
ano	9	14	23
ne	6	10	16

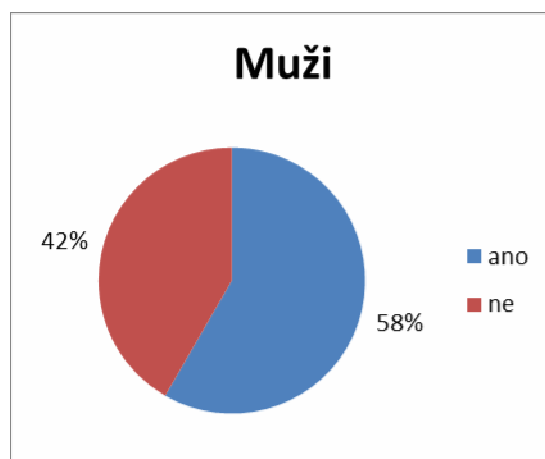
Zdroj: vlastní

Graf č. 40: Typ závislosti – ženy  
(údaje v relativní četnosti,  $n_i = 15$ ,  $f_i = 100\%$ )



Zdroj: vlastní

Graf č. 41: Typ závislosti – muži  
(údaje v relativní četnosti,  $n_i = 24$ ,  $f_i = 100\%$ )



Zdroj: vlastní

Pouze z alkoholové závislosti se zde léčí 59 % (23) pacientů. Ženy jsou nejčastěji spolu s alkoholem závislé na lécích a pervitinu. Dvě ženy uvedly, že se léčí i z gamblerství. Muži ve svých odpovědích uvedli, že se kromě závislosti na alkoholu léčí i ze závislosti na pervitinu, heroinu a z gamblerství.

#### 8.4 Diskuse k výzkumným předpokladům

Celkem 39 pacientů Psychiatrické léčebny Červený Dvůr odpovídalo na 25 otázek v dotazníku, které byly v předchozí kapitole podrobně graficky znázorněny a vyhodnoceny. Díky tomuto vyhodnocení je nyní možné určit, zda se potvrdily předem stanovené předpoklady. Za většinu bude při posuzování stanovených předpokladů považováno minimálně 60 % respondentů splňující daná kritéria.

*Předpoklad č. 1: Lze předpokládat, že většina respondentů uvede, že prožili problémové dětství.*

Za problémové dětství bylo pro potřeby této práce považováno dětství, ve kterém respondenti zažili fyzické týrání, sexuální zneužívání, šikanu nebo vyrůstali v rodině, ve které byl rodič závislý na alkoholu.

Tento předpoklad byl ověřován otázkami číslo 5, 6, 7, 8, 9 a 10. V otázce č. 5 měli respondenti uvést, v jaké rodině vyrůstali. 18 % (7) jich uvedlo, že vyrůstali s matkou nebo s matkou, která střídala partnery. Zbýlých 82 % (32) uvedlo, že vyrůstali s oběma rodiči.

Otázka č. 6 zjišťovala, jakým způsobem dotazovaní hodnotí své dětství. Pouze 8 % (3) respondentů hodnotilo své dětství jako spíše špatné nebo velmi špatné, zbylých 92 % (36) respondentů své dětství hodnotí jako radostné a bezstarostné nebo víceméně spokojené.

Otázky č. 7 a 8 zkoumaly, jestli byli pacienti v dětství fyzicky týráni nebo sexuálně zneužívání. 10 % (4) respondentů uvedlo, že v dětství fyzické týrání zažili. Sexuální zneužívání nezažil nikdo z dotazovaných.

V otázce č. 9 bylo zjišťováno, zda pacienti na sobě ve škole zažili šikanu. Z této otázky vyplynulo, že šikanu jich na sobě zažilo 21 % (8).

V otázce č. 10 měli respondenti odpovědět na to, jestli byl někdo z jejich rodičů závislý na alkoholu. Rodiče závislého na alkoholu mělo 44 % (17) pacientů. Zaujalo mě, že i přesto, že tolik pacientů mělo někoho z rodičů alkoholika, celkem 92 % (36) jich uvedlo, že prožili radostné a bezstarostné dětství nebo dětství víceméně spokojené.

Z výsledků výzkumu je zřejmé, že většina respondentů problémové dětství neprožívala. Někteří sice zažili fyzické týrání nebo šikanu, ale v procentuálním vyjádření je to spíše u dolní hranice.

Z výše uvedených informací vyplývá, že předpoklad č. 1 se nepotvrdil.

*Předpoklad č. 2: Lze předpokládat, že většina respondentů uvede, že měli příležitost konzumovat alkohol v zaměstnání.*

Tento předpoklad ověřovaly otázky číslo 18, 19 a 20. Otázka č. 18 zkoumala, jestli pacienti byli někdy zaměstnáni, a to legálně i nelegálně. Všechny 39 respondentů, tedy 100 %, bylo v minulosti někdy zaměstnáno.

V otázce č. 19 pacienti odpovídali na to, zda měli příležitost pít alkohol v zaměstnání. 64 % (25) respondentů uvedlo, že tuto příležitost měli.

V otázce č. 20 měli pacienti sdělit, zda alkohol v zaměstnání pili, bez ohledu na to, zda příležitost k pití měli. 62 % (24) z nich odpovědělo, že alkohol v zaměstnání pili.

Z výše uvedených informací vyplývá, že předpoklad č. 2 se potvrdil.

*Předpoklad č. 3: Lze předpokládat, že většina žen uvede, že krizi ve vztahu začaly řešit nadměrným pitím alkoholu.*

Tento předpoklad ověřovala otázka č. 23, ve které měli respondenti uvést, zda zažili jednu nebo více z událostí uvedených v této otázce, kterou řešili alkoholem. Respondenti měli na výběr z následujících možností: úmrtí partnera, odchod partnera, krize ve vztahu, znásilnění, odchod do důchodu, odchod dětí z domova, ztráta zaměstnání, finanční problémy. V případě, že žádnou z uvedených událostí nezažili, uvedli odpověď NE.

Jak již bylo řečeno, respondenti mohli uvést i více odpovědí najednou. Celkem 67 % (10) žen odpovědělo, že alkoholem řešily krizi ve vztahu. 27 % (4) z nich řešilo nejen partnerskou krizi, ale i finanční problémy.

Při hlubším zkoumání bylo zjištěno, že stejný počet žen, které uvedly, že prožívaly krizi ve vztahu, uvedly do dotazníku, že se často cítily osamělé a dále, že prožívaly týrání od partnera.

Z výše uvedených informací vyplývá, že předpoklad č. 3 se potvrdil.



*Předpoklad č. 4: Lze předpokládat, že většina mužů uvede, že finanční problémy začali řešit nadměrným pitím alkoholu.*

Tento předpoklad ověřovala opět otázka č. 23, která již byla více popsána v předcházejícím předpokladu.

Celkem 46 % (11) mužů uvedlo, že alkoholem řešili finanční problémy. Muži stejně jako ženy řešili alkoholem především krizi ve vztahu. Jednalo se celkem o 58 % (14) mužů. Tato krize ale mohla být právě důsledkem finančních problémů.

Z výše uvedených informací vyplývá, že předpoklad č. 4 se nepotvrdil.

## 9 Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit možné příčiny, které se podílely na vzniku závislosti na alkoholu u pacientů v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr. Teoretická část se opírá o studium literárních pramenů souvisejících s problematikou nadměrného užívání alkoholu. Je zde popsána historie alkoholu, vliv alkoholu na člověka a závislost na alkoholu. Dále jsou zde rozebrány důsledky nadměrného užívání alkoholu a možnosti léčby v České republice. Poslední kapitola je zaměřena na léčbu v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr, ve které probíhalo i výzkumné šetření.

Před realizací samotného výzkumu byly stanoveny čtyři hlavní předpoklady, které byly zaměřeny na konkrétní příčiny vzniku závislosti na alkoholu u pacientů v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr. První předpoklad vycházel z toho, že u těchto pacientů mělo vliv na vznik závislosti na alkoholu problematické dětství. I přesto, že část pacientů podle výsledků dotazníkového šetření neměla ideální dětství, tento předpoklad potvrzen nebyl, protože v procentuálním vyjádření většina pacientů problémové dětství neměla. Druhý předpoklad se opíral o teorii, že jednou z možných příčin vzniku závislosti na alkoholu je také příležitost konzumovat alkohol v zaměstnání. Tento předpoklad se potvrdil, neboť většina pacientů tuto příležitost měla a skutečně ji i využívala. Třetí a čtvrtý předpoklad vycházely z toho, že příčinou nadměrného pití může být určitá zátěžová životní událost. Třetí předpoklad byl zaměřen na ženy a předpokládal, že ženy řeší alkoholem především partnerskou krizi. Tento předpoklad se potvrdil, protože většina žen uvedla, že krizi ve vztahu alkoholem řešila. Čtvrtý předpoklad se naopak orientoval na muže a předpokládal, že muži alkoholem řeší především finanční problémy. Tento předpoklad potvrzen nebyl, poněvadž stejně jako ženy řešili muži alkoholem spíše partnerskou krizi.

Jak bylo řečeno v kapitole 3.2, příčin vzniku závislosti na alkoholu je mnoho. Většinou se nejedná pouze o jednu konkrétní příčinu, která by měla za následek vznik závislosti, ale o jejich kombinaci. Toto mínění potvrzuje i provedené dotazníkové šetření, ze kterého vyplývá, že příčiny závislosti na alkoholu jsou u těchto pacientů většinou komplexní. Pouze u tří z třiceti devíti pacientů by se na základě vyplněného dotazníku dala určit jedna konkrétní příčina vzniku jejich závislosti na alkoholu. U jednoho pacienta bylo příčinou zahánění nudy, u druhého příležitost k pití

v zaměstnání a u třetího reakce na úmrtí partnera. Z dalších dotazníků nelze jednu konkrétní příčinu vzniku závislosti jednoznačně určit.

Po shrnutí všech odpovědí, lze u žen spatřovat příčiny vzniku alkoholové závislosti jednak v jejich pocitech méněcennosti a osamělosti, ale také v jejich soužití s partnery závislími na alkoholu nebo s partnery, kteří je fyzicky nebo psychicky týrali. Mezi faktory, které významným způsobem zapříčinily vznik závislosti u mužů, můžeme zařadit způsob trávení volného času a příležitost pít alkohol v zaměstnání. Další příčinou vzniku závislosti na alkoholu bylo u obou pohlaví řešení zátěžových životních událostí alkoholem.

Pro výzkum byla v této bakalářské práci použita metoda dotazníku, díky které se výzkumu sice zúčastnili všichni pacienti, kteří se v době dotazníkového šetření léčili v léčebně ze závislosti na alkoholu, ale pouze odpovídali na předem dané otázky. Vzhledem k tomu, že každý člověk je jedinečný, je velice pravděpodobné, že některý z pacientů by při osobním rozhovoru uvedl, že vznik jeho závislosti na alkoholu byl zapříčiněn jinými událostmi z jeho života, než těmi, na které byl v dotazníku tázán.

## 10 Seznam zdrojů

### 10.1 Použitá literatura

COHEN, R. M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-497-4.

EDWARDS, G. *Záhadná molekula*. Praha: Nakladatelství lidových novin, 2004. ISBN 80-7106-696-6.

GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-76-6.

GÖHLERT, CH.; KÜHN, F. *Od návyku k závislosti*. Praha: Ikar, 2001. ISBN 80-7202-950-9.

HAMER, D.; COPELAND, P. *Geny a osobnost: biologické základy psychiky člověka*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-779-5.

HELLER, J.; PECINOVSÁ, O. *Pavučina závislosti. Alkoholismus jako nemoc a možnost efektivní léčby*. Praha: Togga, 2011. ISBN 978-80-87258-62-0.

KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KOLEKTIV: *Červenodvorské studijní texty*. Psychiatrická léčebna Červený Dvůr, 2011. ISBN neuvedeno.

MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., NEČAS, V., GROLMUSOVÁ, L., KIŠŠOVÁ, L., NECHANSKÁ, B., SOPKO, B., FIDESOVÁ, H., VOPRAVIL, J., JURYSTOVÁ, L. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2013. ISBN 978-80-7440-077-3.

MÜHLPACHR, P. *Sociopatologie*. Brno: Masarykova univerzita, 2009. ISBN 978-80-210-4550-7.

NEŠPOR, K. *Jak překonat problémy s alkoholem vlastními silami: určeno lidem, kteří mají problémy s alkoholem, i těm, kdo jim chtějí pomáhat*. 4. vydání. Praha: Sdružení Fit in pro Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2004. ISBN neuvedeno.

NEŠPOR, K. *Zůstat střízlivý*. Praha: Host – vydavatelství, 2006. ISBN 80-7294-206-9.

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 4. vydání. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.

RABOCH, J.; ZVOLSKÝ P. et al. *Psychiatrie*. Praha: Galén, Karolinum, 2001. ISBN 80-7262-140-8.

ÜLINGER, C.; TSCHUI, M. *Když někdo blízký pije: rady pro rodiny oso závislých na alkoholu*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-610-0.

## 10.2 Internetové zdroje

HOLCNEROVÁ, P. *Výukový text: Alkohol - historie*. Adiktologie.cz [online]. © 2011 [cit. 2013-12-17]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/download/.../alkohol-uvod-historie-pdf>.

*Historie destilace*. [online]. © 1998-2010 [cit. 2013-12-17]. Dostupné z: <http://www.brown-forman.cz/o-destilatech/Historie.aspx>.

*Pár slov o alkoholu*. Rozhlas.cz [online]. © 1997-2014 [cit. 2013-12-17]. Dostupné z: [http://www.rozhlas.cz/planetarium/historie/\\_zprava/par-slov-o-alkoholu--937709](http://www.rozhlas.cz/planetarium/historie/_zprava/par-slov-o-alkoholu--937709).

*Jak alkohol ovlivňuje váš organismus?* Pijisrozumem.cz [online]. © 2010 [cit. 2013-12-18]. Dostupné z: [http://www.pijisrozumem.cz/117\\_Jak-alkohol-ovlivnuje-vas-organismus](http://www.pijisrozumem.cz/117_Jak-alkohol-ovlivnuje-vas-organismus).

*Rozdělení konzumentů alkoholu, pijáků*. Alkoholik.cz [online]. © 2003-2014 [cit. 2013-12-18]. Dostupné z: [http://www.alkoholik.cz/zavislost/psychika\\_a\\_telo/rozdeleni\\_konzumentu\\_alkoholu\\_pijaku.html](http://www.alkoholik.cz/zavislost/psychika_a_telo/rozdeleni_konzumentu_alkoholu_pijaku.html).

*Fetální alkoholový syndrom*. Alkohol-alkoholismus.cz [online]. © 2005-2013 [cit. 2013-12-18]. Dostupné z: <http://alkohol-alkoholismus.cz/fetalni-alkoholovy-syndrom/blog>.

*Systém protialkoholních záchytných stanic potřebuje efektivnější úpravu*. Zdravi.e15.cz [online]. © 2014 [cit. 2013-12-18]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/system-protialkoholnich-zachytnych-stanic-potrebuje-efektivnejsi-pravni-upravu-471661>.

*Akademičtí pracovníci*. Pvsps.cz [online]. © 2010 [cit. 2014-01-10]. Dostupné z: [www.pvsps.cz/skola/akademicti-pracovnici/](http://www.pvsps.cz/skola/akademicti-pracovnici/).

*Popis sítě služeb následné péče*. Adiktologie.cz [online]. © 2011 [cit. 2014-01-10]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/4488/Popis-site-sluzeb-nasledne-pece>.

*Léčba*. Cervenydvr.cz [online]. © 2014 [cit. 2013-11-21]. Dostupné z: [http://cervenydvr.cz/?page\\_id=5](http://cervenydvr.cz/?page_id=5).

*Propuštění a zemřelí z psychiatrických lůžkových zařízení podle skupin psychiatrických diagnóz a pohlaví. Czso.cz [online]. [cit. 2013-09-12]. Dostupné z: [www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/.../\\$File/1413122210.pdf](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/.../$File/1413122210.pdf).*

### **10.3 Právní předpisy**

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění platném k 30. 12. 2013.

## 11 Seznam grafů a tabulek

### 11.1 Seznam grafů

Graf č. 1: Struktura respondentů dle pohlaví

Graf č. 2: Věk respondentů – ženy

Graf č. 3: Věk respondentů – muži

Graf č. 4: Vzdělání – ženy

Graf č. 5: Vzdělání – muži

Graf č. 6: Rodinný stav – ženy

Graf č. 7: Rodinný stav – muži

Graf č. 8: Hodnocení dětství – ženy

Graf č. 9: Hodnocení dětství – muži

Graf č. 10: Prožití fyzického týrání – ženy

Graf č. 11: Prožití fyzického týrání – muži

Graf č. 12: Šikana – ženy

Graf č. 13: Šikana – muži

Graf č. 14: Závislý rodič – ženy

Graf č. 15: Závislý rodič – muži

Graf č. 16: Volný čas v dospívání – ženy

Graf č. 17: Volný čas v dospívání – muži

Graf č. 18: Zájmy – ženy

Graf č. 19: Zájmy – muži

Graf č. 20: Pocit nudy – ženy

Graf č. 21: Pocit nudy – muži

Graf č. 22: Pocit méněcennosti – ženy

Graf č. 23: Pocit méněcennosti – muži

Graf č. 24: Trávení volného času pitím – ženy

Graf č. 25: Trávení volného času pitím – muži

Graf č. 26: Způsob konzumace alkoholu – ženy

Graf č. 27: Způsob konzumace alkoholu – muži

Graf č. 28: Pocit osamělosti – ženy

Graf č. 29: Pocit osamělosti – muži

Graf č. 30: Příležitost pít v zaměstnání – ženy

Graf č. 31: Příležitost pít v zaměstnání – muži  
Graf č. 32: Alkohol v zaměstnání – ženy  
Graf č. 33: Alkohol v zaměstnání – muži  
Graf č. 34: Partner alkoholik  
Graf č. 35: Partnerka alkoholička  
Graf č. 36: Týrání od partnera  
Graf č. 37: Týrání od partnerky  
Graf č. 38: První ústavní léčba – ženy  
Graf č. 39: První ústavní léčba – muži  
Graf č. 40: Typ závislosti – ženy  
Graf č. 41: Typ závislosti – muži

## **11.2 Seznam tabulek**

Tabulka č. 1: Struktura odpovědí na otázku č. 2  
Tabulka č. 2: Struktura odpovědí na otázku č. 3  
Tabulka č. 3: Struktura odpovědí na otázku č. 4  
Tabulka č. 4: Struktura odpovědí na otázku č. 5  
Tabulka č. 5: Struktura odpovědí na otázku č. 6  
Tabulka č. 6: Struktura odpovědí na otázku č. 7  
Tabulka č. 7: Struktura odpovědí na otázku č. 9  
Tabulka č. 8: Struktura odpovědí na otázku č. 10  
Tabulka č. 9: Struktura odpovědí na otázku č. 11  
Tabulka č. 10: Struktura odpovědí na otázku č. 12  
Tabulka č. 11: Struktura odpovědí na otázku č. 13  
Tabulka č. 12: Struktura odpovědí na otázku č. 14  
Tabulka č. 13: Struktura odpovědí na otázku č. 15  
Tabulka č. 14: Struktura odpovědí na otázku č. 16  
Tabulka č. 15: Struktura odpovědí na otázku č. 17  
Tabulka č. 16: Struktura odpovědí na otázku č. 19  
Tabulka č. 17: Struktura odpovědí na otázku č. 20  
Tabulka č. 18: Struktura odpovědí na otázku č. 21  
Tabulka č. 19: Struktura odpovědí na otázku č. 22  
Tabulka č. 20: Struktura odpovědí na otázku č. 23



Tabulka č. 21: Struktura odpovědí na otázku č. 24

Tabulka č. 22: Struktura odpovědí na otázku č. 25

## **12 Přílohy**

Seznam použitých příloh:

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 2: Vyplněný dotazník

## Příloha č. 1

Vážené dámy, vážení pánové,

prosím Vás o vyplnění tohoto dotazníku, který je zcela anonymní. Jeho výsledky budou použity pouze pro zpracování mé bakalářské práce na téma „Analýza příčin vzniku závislosti na alkoholu u mužů a žen v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr“.

Prosím o odpověď na všechny uvedené otázky. Pokud není uvedeno jinak, označte pouze jednu odpověď.

Předem děkuji za Vaši vstřícnost a Váš čas.

Hana Bořecká, studentka Pedagogické fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor Sociální pedagogika.

1) Pohlaví:

- žena
- muž

2) Kolik je Vám let?

- 18-25
- 26-35
- 36-45
- 46-55
- 56-65
- 66 a více

3) Nejvyšší dosažené vzdělání (dokončené, uzavřené zkouškou):

- základní
- střední odborné (výuční list)
- úplné střední (maturita)
- vysokoškolské

4) Rodinný stav:

- 1) svobodná/ svobodný
- 2) vdaná/ ženatý
- 3) rozvedená/ rozvedený
- 4) vdova/ vdovec
- 5) družka/ druh

5) Vyrůstali jste:

- s oběma rodiči
- s matkou
- s matkou, ale střídala partnery
- s otcem
- u prarodičů
- u tety, u strýce
- v dětském domově
- jinde (kde) .....

- 6) Jak hodnotíte své dětství?
- radostné, bezstarostné
  - občas byly problémy, ale víceméně bylo mé dětství spokojené
  - spíše špatné
  - velmi špatné
- 7) Zažili jste na sobě v dětství fyzické týrání?
- ano
  - ne
- 8) Zažili jste na sobě v dětství sexuální zneužívání?
- ano
  - ne
- 9) Zažili jste na sobě ve škole šikanu?
- ano
  - ne
- 10) Byl někdo z Vašich rodičů závislý na alkoholu (i přesto, že se nikdy neléčil)?
- ano
  - ne
- 11) Trávili jste v době dospívání Váš volný čas převážně popíjením s kamarády?
- ano
  - ne
- 12) Měli jste před vznikem závislosti nějaké zájmy (např. sport, hru na hudební nástroj, zpěv, atd.)?
- ano
  - ne
- 13) Zažívali jste před vznikem závislosti často pocit nudy?
- ano
  - ne
- 14) Řešili jste před vznikem závislosti pocit méněcennosti?
- ano
  - ne
- 15) Bylo pro Vás před léčbou pití alkoholu nejčastějším způsobem trávení volného času?
- ano
  - ne
- 16) S kým jste nejčastěji konzumovali alkohol?
- s partou kamarádů
  - o samotě
- 17) Cítili jste se často osamělí?
- 1) ano
  - 2) ne
- 18) Byli jste někdy zaměstnáni? (legálně nebo i nelegálně)
- ano
  - ne

19) Měli jste příležitost pít alkohol v zaměstnání? **(odpoví jen ti, kteří na otázku č. 18 odpověděli ANO)**

- ano
- ne

20) Pili jste alkohol v zaměstnání? **(odpoví jen ti, kteří na otázku č. 18 odpověděli ANO)**

- ano
- ne

21) Měl nebo má Váš partner/partnerka problémy s alkoholem?

- ano
- ne

22) Zažívali jste psychické nebo fyzické týrání od svého partnera/partnerky?

- ano
- ne

23) Zažili jste jednu nebo více z níže uvedených událostí, kterou jste začali řešit alkoholem?

(lze zaškrtnout více odpovědí)

úmrtí partnera/partnerky

odchod partnera/partnerky

krizi ve vztahu

znásilnění

odchod do důchodu

odchod dětí z domova

ztrátu zaměstnání

finanční problémy (exekuce, dluhy, které jste nebyli schopni splácet, atd.)

ne

24) Je toto Vaše první ústavní léčba?

- ano
- ne (uved'te kolikátá)

.....

25) Léčíte se pouze z alkoholové závislosti?

- g) ano
- h) ne (uved'te tuto závislost)

.....

## Příloha č. 2

Vážené dámy, vážení pánové,

prosím Vás o vyplnění tohoto dotazníku, který je zcela anonymní. Jeho výsledky budou použity pouze pro zpracování mé bakalářské práce na téma „Analýza příčin vzniku závislosti na alkoholu u mužů a žen v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr“.

Prosím o odpověď na všechny uvedené otázky. Pokud není uvedeno jinak, označte pouze jednu odpověď.

Předem děkuji za Vaši vstřícnost a Váš čas.

Hana Bořecká, studentka Pedagogické fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor Sociální pedagogika.

1) Pohlaví:

- žena
- muž

2) Kolik je Vám let?

- 18-25
- 26-35
- 36-45
- 46-55
- 56-65
- 66 a více

3) Nejvyšší dosažené vzdělání (dokončené, uzavřené zkouškou):

- základní
- střední odborné (výuční list)
- úplné střední (maturita)
- vysokoškolské

4) Rodinný stav:

- svobodná/ svobodný
- vdaná/ ženatý
- rozvedená/ rozvedený
- vdova/ vdovec
- družka/ druh

5) Vyrůstali jste:

- s oběma rodiči
- s matkou
- s matkou, ale střídala partnery
- s otcem
- u prarodičů
- u tety, u strýce
- v dětském domově
- jinde (kde) .....

6) Jak hodnotíte své dětství?

- radostné, bezstarostné
- občas byly problémy, ale víceméně bylo mé dětství spokojené
- spíše špatné
- velmi špatné

7) Zažili jste na sobě v dětství fyzické týrání?

- ano  
 ne

8) Zažili jste na sobě v dětství sexuální zneužívání?

- ano  
 ne

9) Zažili jste na sobě ve škole šikanu?

- ano  
 ne

10) Byl někdo z Vašich rodičů závislý na alkoholu (i přesto, že se nikdy neléčil)?

- ano  
 ne

11) Trávili jste v době dospívání Váš volný čas převážně popíjením s kamarády?

- ano  
 ne

12) Měli jste před vznikem závislosti nějaké zájmy (např. sport, hru na hudební nástroj, zpěv, atd.)?

- ano  
 ne

13) Zažívali jste před vznikem závislosti často pocit nudy?

- ano  
 ne

14) Řešili jste před vznikem závislosti pocit méněcennosti?

- ano  
 ne

15) Bylo pro Vás před léčbou pití alkoholu nejčastějším způsobem trávení volného času?

- ano  
 ne

16) S kým jste nejčastěji konzumovali alkohol?

- s partou kamarádů  
 o samotě

17) Cítili jste se často osamělí?

- ano  
 ne

18) Byli jste někdy zaměstnáni? (legálně nebo i nelegálně)

- ano  
 ne

19) Měli jste příležitost pít alkohol v zaměstnání? (odpoví jen ti, kteří na otázku č. 18 odpověděli

- ANO)**  
 ano  
 ne

20) Pili jste alkohol v zaměstnání? (odpoví jen ti, kteří na otázku č. 18 odpověděli ANO)

- ano  
 ne

21) Měl nebo má Váš partner/partnerka problémy s alkoholem?

- ano  
 ne

22) Zažívali jste psychické nebo fyzické týrání od svého partnera/partnerky?

- ano  
 ne

23) Zažili jste jednu nebo více z níže uvedených událostí, kterou jste začali řešit alkoholem?

(Ize zaškrtnout více odpovědí)

- úmrtí partnera/partnerky  
 odchod partnera/partnerky  
 krizi ve vztahu  
 znásilnění  
 odchod do důchodu  
 odchod dětí z domova  
 ztrátu zaměstnání  
 finanční problémy (exekuce, dluhy, které jste nebyli schopni splácet, atd.)  
 ne

24) Je toto Vaše první ústavní léčba?

- ano  
 ne (uved'te kolikátá) .....

25) Léčíte se pouze z alkoholové závislosti?

- ano  
 ne (uved'te tuto závislost) .....