

Západočeská univerzita v Plzni
Fakulta pedagogická

Diplomová práce

Léčba žen závislých na alkoholu v psychiatrické
léčebně Bohnice

Lucie Ptáčková

Plzeň 2010

Prohlašuji, že jsem práci vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni, 22.3 2010

.....

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce Doc. PaedDr. Marii Kocurové, Ph.D., terapeutce Monice Plocové, pacientkám z pavilonu 8 léčby závislostí z Psychiatrické léčebně Bohnice a také celé své rodině za podporu.

Obsah	
Úvod	6
1 Alkohol obecně	8
1.1 Historie alkoholu	8
1.2 Vysvětlení pojmu alkohol	9
1.3 Alkohol jako chemická látka	10
1.4 Hladina alkoholu v krvi	10
1.4.1 Faktory, které ovlivňují hladinu alkoholu v krvi:	10
1.4.2 Rozdělení opilsti dle Pavlovského	11
1.4.3 Rozdělení dle Kaliny:	12
1.5 Jak mozek reaguje na alkohol	12
1.6 Abstinentské kultury	13
1.7 Historie opilství	14
1.8 Alkohol jako návyková látka	16
1.8.1 Abstinenci příznaky	17
1.8.2 Typy závislostí na alkoholu	17
1.8.3 Stádia závislostí na alkoholu	19
1.9 Alkoholické psychózy	20
1.9.1 Delirium tremens	21
1.9.2 Alkoholická halucinóza a alkoholická paranoidní psychóza	21
1.9.3 Alkoholová epilepsie	21
1.9.4 Alkoholová demence a Korsakova psychóza	22
1.9.5 Terapie alkoholických psychóz	22
1.10 Anonymní alkoholici	22
1.10.1 Cíl Anonymních alkoholiků	23
1.10.2 Program dvanácti kroků	23
2 Specifika žen	25
2.1 Menstruace, klimakterium, těhotenství	25
2.2 Nebezpeční manželé	25
2.3 Týraná žena	25
2.4 Srovnání specifík působení návykových látek u žen a mužů	26
3 Léčba	27
3.1 Léčba závislosti na alkoholu	27
3.2 Formy léčby	27
3.2.1 Ambulantní léčba	27
3.2.2 Ústavní léčba	27
3.2.3 Denní stacionář	28
3.3 Léčebné postupy	28
4 Psychiatrická léčebna Bohnice	30
4.1 Vlastní pravidla léčby závislostí v psychiatrické léčebně Bohnice - pavilon 8	30
4.2 Určování délky léčby	31
4.3 Systém diferencované péče	31
4.4 Bodovací systém	32
4.5 Vycházky	33
4.6 Jednotlivé role a jejich náplň	34
4.7 Terapeutické nástroje doprovázející léčbu	35
5 Výzkumné šetření	37
5.1 Cíl výzkumu	37
5.2 Výzkumný vzorek	38

5.3	Metody získávání dat	38
5.3.1	Dotazník	38
5.3.2	Pozorování	39
5.3.3	Analýza dokumentů	40
5.4	Výsledky výzkumu	40
5.4.1	Dotazník	40
5.4.2	Pozorování	51
5.4.3	Analýza dokumentů	51
	Závěr	57
	Seznam použité literatury	58
	Internetové zdroje	60
	Summary	61
	Seznam příloh	62

**„Ve sklenici alkoholu se skrývá všechno štěstí
světa a všechno zoufalství z toho,
že toho štěstí nemůžeme dosáhnout.“
(Baudelaire)**

Úvod

O prázdninách roku 2008 jsem listovala časopisem Sedm, kde jsem četla příběhy lidí a zaujal mě příběh Moniky Plocové, která byla závislá na alkoholu. Díky léčbě se závislosti zbavila, doplnila si vzdělání a několik let pracovala jako laický terapeut v Psychiatrické léčebně Bohnice v pavilonu 8, kde se léčí ženy závislé na alkoholu. Jelikož byl v rozhovoru i odkaz na její internetové stránky, zkusila jsem se s Monikou spojit a poprosit ji o radu, zda si myslí, že mé téma je vhodné k diplomové práci a zda by byla ochotna mi pomoci po praktické stránce. Její odpověď byla až překvapivě vstřícná a velmi rychlá. Monika byla nadšena a spolupráci mi mile přislíbila. Monika je i uznávanou spisovatelkou na toto téma. Vydala autobiografickou knihu o své závislosti - Na špičce ledovce. Následovaly další knihy na stejné téma, kde jsou popisovány příběhy lidí, kteří bojují se závislostmi nebo jinými psychickými problémy. 1.dubna 2009 otevřela v Praze v Holešovicích doléčovací centrum ALMA, kde nyní soustavně pracuje.

Vždy mě zajímala psychiatrie a moc jsem si přála blíže poznat prostředí a práci v psychiatrické léčebně, proto jsem si v roce 2006 zařídila brigádu v nedaleké psychiatrické léčebně ve Lnářích. Brigáda mě nadchla a prostředí mě stále láká. Právě proto je mi téma blízké a hodně mě zajímá.

Cílem diplomové práce je utvoření informačního textu, týkajícího se alkoholu, závislosti, léčby a hlavně specifik konzumace alkoholu u žen. Praktickou částí se snažím odpovědět na tyto otázky: Jaké jsou psychické a sociální příčiny vzniku závislosti? Jaké jsou okolnosti vstupu do léčby? Jaká je představa žen o jejich budoucnosti? Tato otázka je rozdělala do dvou otevřených podotázek: až se dostanu zpátky domů, tak..., až se vrátím domů bojím se....V závěru práce porovnávám celkové výsledky výzkumu s výsledky Studie z pavilonu 8 a s Dotazníkovým šetřením z téhož pavilonu Psychiatrické léčebny Bohnice. Oba tyto dokumenty jsou součástí příloh.

Jelikož studuji obor sociální práce, v diplomové práci se snažím ukázat pomocí výzkumných otázek, jak alkohol ovlivnil pacientky, jejich rodiny a jejich vztahy.

Výzkumný vzorek mně byl jasně dán - pacientky léčené v Psychiatrické léčebně Bohnice, se kterými jsem pracovala během své týdenní stáže v době od 26.10. - 30.10.2009. K získání odpovědí na výzkumné otázky jsem použila především kvalitativní výzkum, metodu pozorování a analýzy dokumentů, konkrétně životopisů. Jako třetí metodu jsem zvolila metodu z kvantitativního výzkumu - dotazník. Dotazník byl anonymní, poprosila jsem však pacientky o jejich jména, z důvodu usnadnění provázání jednotlivých technik. Informacím o samotném výzkumu a použitých metodách je věnována jedna samostatná kapitola.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Alkohol obecně

1.1 Historie alkoholu

Již od starověku lidé znají alkohol a jeho účinky. Více než osm tisíc let je lidem znám ve formě vína z vinné révy, kdy se poprvé začal vyrábět v oblasti Blízkého Východu. Řecké víno dováželi často pro čistě lékařské účely. V Římské říši bylo vinařské umění velmi dokonalé a pití vína značně rozšířené. Kolem 5. století se začala pěstovat vinná réva ve vinařských oblastech Francie a Porýní. Po staletí znají Japonci víno z rýže, mexičtí Indiáni z agáve a Inkové z kukuřice. Staří Vikingové i Slované znali medovinu z kvašeného medu.

Pivo dokázali vařit již staří Babyloňané před 7-8 tisíci lety. Dále se rozšířilo v Egyptě a západních částech Římského impéria, ani starým Čechům nebylo pivo neznámé.

Čistý alkohol byl poprvé získán v 10. století (do té doby se jen kvasilo, kdy byl obsah alkoholu maximálně 12 - 13%), a to Araby, kteří vynalezli proces destilace a výsledný produkt dostal název „al kuhol“ = „něco nejlepšího“, od té doby známe silnější vína a tzv. tvrdý alkohol. Nejvyšší možná koncentrace alkoholu se používá jen v lékařství – kolem 95%, nejvyšší obvyklá koncentrace konzumního alkoholu je do 40%, max 50%, výjimečně až 70%.

Alkohol vstoupil do lidského života jelikož pomáhal zpříjemňovat život. Lidem se zalíbily vlastnosti, kterými alkohol pomáhal v lékařství. Jeho účinky se zabýval lékař Hippokrates (460 - 370 př. n. l.) i filozof a lékař Ibn Síný (980 - 1037). Lidé díky alkoholu používali vinné obklady, ale i vnitřně alkohol samotný, kdy při jeho požití se pacientovi ulevilo a bolest byla snesitelnější. Velkou roli zde hráli i bylinkáři a lidoví léčitelé, kterým alkohol jako medikament nebyl cizí. (<http://dejinyalkoholu.blogspot.com/2007/10/historie-alkoholu.html>)

Historicky významným zlomem byla destilace. Člověk se s ní setkal už před 2000 lety. Řecké tento postup znali už v 1. století po Kristu. Ve 3. století po Kristu Alexandr z Afrodizie popsal, jak se dá destilovat mořská voda, a získává se tak voda pitná. Zmínil i možnost destilovat víno. Tyto řecké poznatky se dostaly do arabského světa a mnohem

později se objevily ve Španělsku a postupem času i ve zbytku Evropy. (Edwards, Bodnárová, 2004)

Alkohol stejně jako dnes lidem usnadňoval život, zbavoval starostí, měli lepší náladu, byli veselejší, snadněji se sblížovali, ztráceli společenské zábrany. Osobní problémy se hned zdály řešitelnější nebo postrádaly váhu problému. Už tehdy se lidé dostali do stavu, kdy alkoholem řešili vše a bez něj nic nešlo a z tohoto stavu nebylo úniku. (<http://dejinyalkoholu.blogspot.com/2007/10/historie-alkoholu.html>)

1.2 Vysvětlení pojmu alkohol

Při běžné pokojové teplotě je alkohol bezbarvá tekutina, která je v ústech velmi odporná. Jestliže tekutinu zředíme, nepříjemná chuť se zmírní. Alkohol se lehce míchá s vodou. Lihoviny obsahují asi 40% čistého alkoholu, portské víno, sherry a další silnější vína 15% - 20%, normální víno asi 12%. Pivo má asi 4% alkoholu, silnější piva mohou mít až 10%. (Edwards, Bodnárová, 2004)

Množství alkoholu v nápojích lze zvýšit procesem zvaným destilace. Při tomto procesu je oddělena voda od alkoholu prostřednictvím vaření, jehož následkem je vyšší koncentrace alkoholu. (<http://www.pijsrozumem.cz/Alkohol-a-jeho-pusobeni/Co-je-to-alkohol>)

Přitažlivou typickou chuť nápojům nedodává jen alkohol, ale i další chemické látky, které se do nich dostanou během výroby. Proto je možné vyrobit nealkoholické pivo, které chutná jako pivo, ale neobsahuje skoro žádný alkohol. Jestliže odstraníme malé množství cukru, chmele, ječmene a dalších ingrediencí, nápoj bude jen ubohou atrapou originálu. (Edwards, Bodnárová, 2004)

Alkohol způsobuje řadu vyjmenovaných změn, pití nám hezky voní, chutná a promění směs alkoholu a vody na dobré pivo, chutné víno nebo sladovou whisky. Jsou i alkoholické nápoje, které neobsahují moc příměsí, jsou relativně bez chuti a bez vůně, např. vodka.

Alkohol je látka, která je součástí alkoholických nápojů, ale správným označením se nazývá „ethylalkohol“ nebo „ethanol“. Alkohol je označení skupiny chemických látek, kam ethylalkohol patří. (Edwards, Bodnárová, 2004) Ethanol se vyrábí přírodním procesem, při němž kvasinky mění cukr například v ovoci, obilovinách nebo třtinový cukr

na alkohol. Tento proces využívaný pro výrobu lihu se nazývá kvašení (fermentace). (<http://www.pijsrozumem.cz/Alkohol-a-jeho-pusobeni/Co-je-to-alkohol>)

1.3 Alkohol jako chemická látka

Chemický vzorec alkoholu je C_2H_5OH

„K řetězci dvou atomů uhlíku se pojí pět atomů vodíku a hydroxylová skupina“. (Edwards, Bodnárová, 2004, str. 9)

Vyjde nám jednoduchá struktura, která nese málo informací, za to byla pojmenována „hloupá molekula“. Struktura alkoholu je menší a méně zajímavější než struktura heroinu, nikotinu nebo cannabinolu. (Edwards, Bodnárová, 2004)

1.4 Hladina alkoholu v krvi

Když polkneme dávku ethylalkoholu, vstřebá se ze žaludku a tenkého střeva do krevního řečiště. (http://www.pobavmeseoalkoholu.cz/104_Co-je-to-kladina-alkoholu-v-krvi)

Vstřebávání můžeme zpomalit, jestliže jsme najezeni nebo urychlit, pokud byl nápoj vychlazený nebo byl sycený oxidem uhličitým. „Slabší“ alkohol se může vstřebat rychleji než silnější, tzn., že ledové šampaňské na lačný žaludek může přivést rychleji alkohol do mozku. Když alkohol projde játry, do mozku se dostane během několika minut. (Edwards, Bodnárová, 2004)

„Hladina alkoholu v krvi se obvykle udává jako počet gramu (g) alkoholu v 1 litru (l) krve“. (http://www.pobavmeseoalkoholu.cz/104_Co-je-to-kladina-alkoholu-v-krvi)

Hladina alkoholu v krvi nebo mozku se bude zvyšovat asi 30 až 60 minut, dokud se nevstřebá. Jestliže přijmeme větší množství alkoholu najednou nebo postupně, hladina alkoholu bude stoupat delší dobu a dostane se do vyšších hodnot. Každý alkohol se vstřebává jinak a záleží též na mnoha dalších faktorech. (Edwards, Bodnárová, 2004)

1.4.1 Faktory, které ovlivňují hladinu alkoholu v krvi:

- kolik gramů alkoholu jsme požili (nikoliv kolik drinků jste měli)
- velikost a hmotnost, drobnější osoba bude mít vyšší hladinu alkoholu v krvi než

člověk statný, který vypil stejné množství alkoholického nápoje

- intenzita metabolismu: ta se může v průběhu dne, měsíce a roku u téhož

člověka měnit

- celková kondice

- emocionální stav

-druh nápoje, například alkohol v šumivých nápojích má tendenci být absorbován mnohem rychleji

- rychlost konzumace

- zda jsme před popíjením jedli

- pohlaví. Alkohol v organismu je vázán na vodu a ženy mají méně vody v těle (a více tukové tkáně) než muži. To znamená, že při stejném množství alkoholu úměrném tělesné hmotnosti budou mít ženy vyšší hladinu alkoholu v krvi než muži.

(http://www.pobavmeseoalkoholu.cz/104_Co-je-to-hladina-alkoholu-v-krvi)

„Hladina alkoholu v krvi odráží rovnováhu mezi tím, jak a za jak dlouho se alkohol vsřebal, a rychlostí, s jakou se tělo alkoholu zbaví“. (Edwards, Bodnárová, 2004, str. 13)

Téměř 80% zničí metabolický proces v játrech a ten, kdo pije častěji a hodně zpracuje alkohol téměř dvakrát rychleji než osoba, která pije výjimečně. Nepatrné množství alkoholu se vyloučí močí, plícemi nebo se vypotí. Alkohol se z těla dostává rychlostí asi o 15 mg% za hodinu. (Edwards, Bodnárová, 2004)

1.4.2 Rozdělení opilosti dle Pavlovského

Opilost lze rozdělit do několika stádií. Každý autor uvádí odlišné rozdělení. Dle Pavla Pavlovského je rozdělení takové:

Nad 0,3 promile - excitační opilost

hovorný, intoxikovaný, mám lepší, povznesenější náladu, stále však v hranici normy. Od 0,80‰ výše není řidič schopen bezpečně řídit vozidlo.

Do 1,49 promile – lehká podnapilost

hovorný, euforie, místy planě vtipkuje, je zvýšené sebevědomí a sebedůvěra.

Psychomotorika je již ovlivněna alk. intoxikací - reakční čas je prodloužen, nad 1 promile, pak ataxie, mimovolní pohyby očí.

1,50 – 2,5 promile - střední těžká opilost

psychomotorika již výrazněji narušena - jsou přítomny poruchy koordinace a zpomalení tělesných pohybů, snížena pozornost. Afektivita (tj. přibližná reaktivita na podněty) je labilní - nálada se může buď zlepšit, nebo naopak nastupuje celkový útlum (možno až k usnutí), možné i kolísání z obou krajních poloh. Snížení zábran - opilecká sebevražednost, agresivita.

Nad 2,5 - těžká opilost

blábolivá řeč, neschopnost samostatné chůze, psychické poruchy, výraznější poruchy chování (podobně jako výše - opilecká suicidia, agresivita), zvracení.

Kolem 5 - smrt

(Malá, Pavlovský, 2002)

1.4.3 Rozdělení dle Kaliny:

Pro srovnání uvádím ještě rozdělení dle Kamila Kaliny

do 0,99‰ - excitační opilost

1,00 - 1,49‰ - mírná opilost

1,50 – 1,99‰ - střední opilost

2,00 – 2,99‰ - těžká opilost

3,00 – 3,99‰ - vážná otrava alkoholem

4,00 ≤‰ riziko smrtelné otravy alkoholem

(Kalina, 2008)

1.5 Jak mozek reaguje na alkohol

Co se vlastně děje, když se alkohol potká s mozkem? Po jednom nebo dvou drincích zažijeme uvolňující pocit. Každý má samozřejmě jinou hranici navození euforie, kdy záleží na osobnosti konzumenta, zkušenosti s alkoholem, na prostředí a společenském zázemí. Každý, kdo požije alkohol, bude jinak povídavý, šťastný, nadšený, uklidněný a uvolněný, jinak se mu vybaví asociace a jinak bude zažívat sexuální prožitky.

Za příjemné změny nálady mohou psychoaktivní látky, které působí na buňky mozku.

První co pocítíme po požití alkoholu nejsou jen změny nálady, ale i změny ve fyziologických efektech – zrychlený puls, zvýšený tlak, zvýšená tvorba moči. Záleží i na

tom, kolik si dáme drinků, jelikož čím víc drinků, tím silnější požitek. Časem může nastoupit i nepříjemná stránka alkoholu, začne nám být úplně odporný. Dobrou náladu střídají deprese, úzkosti a sebevražedné myšlenky. Může nám být zle i po fyzické stránce, může nám být nevolno a na zvracení. Navíc se nám brzy zpomalí reakce, zhorší koordinace a rovnováha. (Edwards, Bodnárová, 2004)

Výzkumy většinou potvrzují, že alkohol má vliv na růst agrese. Jako důsledek konzumace alkoholu je ztráta zábran, změněná hladina neurotransmiterů, které souvisí s agresí. Je doloženo, že dvě třetiny vražd jsou spáchány pod vlivem alkoholu, hádky v rodině a delikvence mladistvých také souvisí s požíváním alkoholu a v polovině případů znásilnění byli buď násilník nebo oběť pod vlivem alkoholu. Nízká hladina alkoholu v krvi podporuje útok a vysoká útok potlačuje. (Čermák, 1999)

„Alkohol ovlivňuje fungování mozku díky své schopnosti narušovat biologický systém chemických neurotransmiterů, který neustále reguluje rovnováhu mezi aktivitou a inaktivitou mozkových buněk a celého mozku“. (Edwards, Bodnárová, 2004, str. 15)

1.6 Abstinentské kultury

Nejznámějším náboženstvím, které odmítá alkohol je Islám. Před příchodem Proroka, byl arabský svět rozdělen na mnoho kmenů, které k sobě byly velmi brutální a arogantní. Vyznávaly se různé polyteistické a pohanské víry. Byla to ale i doba, kdy se hojně konzumoval alkohol. Muhammedovi (obchodníkovi) se okolo roku 610 zjevil Alláh, poté ještě třikrát a některé jeho výroky se vztahovaly k alkoholu. Toto zjevení bylo základem muslimské svaté knihy, Koránu. Největším posunem k zavržení alkoholu byl výrok, že by se lidé neměli modlit opilí, což vzhledem k povinnosti modlit se pětkrát denně znamenalo příliš nepít. Po posledním zjevení Alláha se muslimové shodli na tom, že bude abstinence jednou z přísných zásad muslimské víry. Za porušení abstinence přišel trest čtyřicet až osmdesát ran.

Buddhismus alkohol odsuzuje a jedním z jeho pěti etických doporučení je požadavek zřeknout se alkoholu.

Hinduismus v tomhle ohledu není tak přísný jako Islám, nicméně by se měl správný hinduista alkoholu vyhnout.

Sikhismus není proti alkoholu, ale zakazuje tabák. (Edwards, Bodnárová, 2004)

1.7 Historie opilství

Lidé znají stav opilosti stejně dlouho jako samotné pití alkoholu. Staří Římané a Řekové odsuzovali opilství. Každý jazyk má několik výrazů, jak vyjádřit opilství, většinou nás tyto výrazy pobaví a to svědčí o tolerantním pohledu na tento problém. Stejně tak odedávna známe i negativní názory na opilství. Rozdíl však je stále v tom, kdo je opilý, zda je to anonymní člověk na ulici, kterému se zasmějeme nebo osoba dříve z církevních kruhů a dnes třeba z řad podnikatelů, tzv. „high society“, z politiky, lidí jinak veřejně činných nebo ze světa celebrit.

V 7. století vydal irský kněz sv. Cumian z Fota knihu, která doporučovala vhodnou výši trestů za různé hříchy. Kniha se pak v Evropě dlouho používala. V této době považovaly církevní autority opilství za vážný problém.

Nejvíce se komentovalo opíjení na veřejných hostinách nebo hostinách vyšších společenských vrstev, kde byly největší příležitosti k holdování alkoholu. Ve 13. a 14. století se církev zabývala problémem nadměrného pití, které lidi provázelo ve všech možných životních situacích. Speciální kritiku dostaly dýchánky zvané „skot - ale“. Byly to akce, kde se lidé sešli na předem dohodnutém místě a zaplatili si konzumaci. Skot = poplatek, ale = veselice. Skandál byl když se zjistilo, že kněží v kostele oznamují místo a čas konání dalšího skot-ale. Existovaly ještě další podobné akce- „bid - ale“, „help - ale“, při kterých se hostitel snažil vylepšit svoji finanční situaci uspořádáním placené párty. Lidé se snažili využít církevní svátky k další „pitce“, proto na to museli kněží reagovat. Měli vytrvalou a dlouhodobou snahu čelit opilství výzvami, nabádáním a tresty, nikdy však nedosáhli toho, čeho chtěli. (Edwards, Bodnárová, 2004)

„Během středověku se přísný církevní systém poněkud uvolnil a reformace po roce 1500 oslabila vliv církve na běžný život. V roce 1552 se opilství na veřejnosti stalo poprvé přestupkem proti civilnímu právu se světským trestem místo pokání. Od té doby se tento problém řešil v zákonech parlamentu a textech laiků, kteří psali o pití, jak ho každý den vídali kolem sebe“. (Edwards, Bodnárová, 2004, str. 38)

Běžným pitím v Británii bylo po staletí pivo, které se pilo při různých oslavách, hostinách, ve městě i na venkově. Pivo se původně vyrábělo bez chmele, ten se tam později začal přidávat jako ochucovadlo a konzervační látka. Do Británie se dováželo víno, které bylo oblíbeným nápojem anglosaské šlechty. V 16. století se v Británii, hlavně v Irsku, začal destilovat alkohol.

V alžbětinské době se negativně a velmi přesně vyjádřil o opilství sir Walter Raleigh, který tvrdil, že opilství je problém, protože se z něj může vyvinout zvyk. Opilost byla vnímána jako neslušná, silná opilosti jako něco hanebného a zlého. Církev trvala na svém, že opilost je společensky nepřijatelná, dokonce i hříšná v Božích očích. Od 17. století se v historkách o opilství a alkoholu začali objevovat šlechtici, opilí členové parlamentu, mladí muži na univerzitě z Oxfordu, básníci, dramatici a rozšířené opilství na hostinách a oslavách.

Až do konce 17. století se o opilství psalo, káralo se, ale nikdo si nevšiml, jak alkohol zasahuje městskou chudinu a také fakt, že je to otázka veřejného zdraví. Pak nastala změna, v Británii byl lehce dostupný gin, parlament dal svolení k budování palíren, licenci k provozování palírny bylo možno získat za malý poplatek, byl zakázán import lihovin z kontinentu, následovaly změny ve zdanění a legislativní kontrole. Situace byla neúnosná a sněmovna poslanců rozhodla o tom, že „prodávat gin smí jen ty osoby, které vlastní veřejné nálevny, obchody s potravinami, kavárny, pivnice, hostince, lékaři a apatykáři k léčebnému použití“. (Edwards, Bodnárová, 2004, str. 43)

Požívání alkoholu mělo i své důsledky ve společenském životě, především rouhání, výtržnictví, nestydatost, násilí, špatné zdraví a vraždy.

V 19. století James Silk Buckingham a jeho výbor prezentoval zprávu, že opilství je problémem především pracující chudiny. Zpráva, dle svědeckých výpovědí, ukázala alkoholismus jako společenské zlo, které ničilo životy chudých lidí. „Popisovala nálevnu ginu, davy okolo, těla ležící na chodníku, násilí, ostudné chování žen, ubližování dětem a zkrachovalé muže“. (Edwards, Bodnárová, 2004, str. 46)

Buckinghamův výbor navrhoval omezit veřejné lokály, zkrátit otvírací dobu, zákaz prodeje destilátů v potravinářských obchodech. Alkohol neměl být dostupný členům armády a námořnictva. Mzdy nádeníkům se měly vyplácet ráno a jinde než v hospodách, aby ženy mohly jít nakoupit. Zpráva také navrhovala osvětu ve školách. Zajímavé je, že nikdo tehdy nepřišel s myšlenkou, aby se alkoholový problém řešil v nějakých speciálních zařízeních. Když už někomu alkohol přerostl přes hlavu a takzvaně se „pomátl na rozum“, skončil v ústavu pro choromyslné.

Průmyslová revoluce byla prvním faktorem snižujícím spotřebu alkoholu. Dalším „zachránce“ byla první světová válka. Výroba alkoholu byla licencována, nebyl dostatek surovin, muži byli ve válce.

Opilství bylo v průběhu historie vždy součástí života. Byl to osobní hřích , za nějž byly tresty, kázání a pokání. V 18. století bylo opilství masovým problémem a opatření nebylo přímo cílené na alkoholiky. Společnost si však byla vědoma zdravotních a sociálních následků, které z toho plynuly. (Edwards, Bodnárová, 2004)

1.8 Alkohol jako návyková látka

Definice závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí
„Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více.“ (Nešpor, 2000, str. 14)

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

- silná touha nebo pocit puzení užívat látku
- potíže v kontrole užívání látky, pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky
- užívání látky k odstranění tělesných odvykacích příznaků
- průkaz tolerance (potřeba vyšších dávek alkoholu k dosažení žádoucího stavu)
- zanedbávání jiných zájmů a potěšení než je užívání drogy
- pokračování v užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků užívání (depresivní stavy, nákaza virovou žloutenkou při injekční aplikaci, cirhóza jater u alkoholiků). (Nešpor, 2000)

Charakteristikou syndromu závislosti je užívání psychoaktivní látky nebo touha po užívání určité látky.

Syndrom závislosti může být přítomen pro specifickou látku (tabák), třídu látek (opioidy), nebo širší řadu různých látek (jedinec cítí nutkání pravidelně užívat jakékoli drogy a při abstinenci se projevuje tíseň nebo somatické známky odvykacího syndromu). (Nešpor, 2000)

„Vznik závislosti spočívá v souhře různých faktorů ať už biologických (nastavení organismu), psychologických (vnímání, cítění, psychické poruchy, nízké sebehodnocení a sebevědomí), sociálních (výchova a rodinné prostředí, nedostatek lásky), tak i

predispozičních faktorů (tendence organismu k závislostnímu chování). Od každého trochu v kombinaci způsobuje mohutný výbuch závislosti.“ (Plocová, 2005, str.17)

1.8.1 Abstinenční příznaky

Tělo reaguje na odebrání návykové látky abstinenčními příznaky, které mohou být fyzické – třes rukou, bolesti, tlaky v těle nebo psychické - emoční výkyvy, nervozita, poruchy nálad. „V horších případech se v rámci odvykacího stavu objevují psychózy, z nichž nejběžnější bývá delirium tremens. Psychózy a deliria jsou spojené s nejrůznějšími halucinacemi zrakovými či sluchovými. V nejhorších případech dochází k poškození centrálního nervového systému s následnou demencí. Často jsou poškozena játra, která jsou pak dlouho povzbuzována léky, aby se jejich činnost vrátila do normálu, tedy pokud jsou toho játra ještě schopná. Někteří mají játra tak poškozená, že už se jejich úplného uzdravení nedocílí. Jsou pak odkázána na užívání léků po dlouhou dobu, někdy až do konce života, a jediný doušek alkoholu pro ně může znamenat smrt.“ (Plocová, 2005, str. 57)

1.8.2 Typy závislostí na alkoholu

Každý autor odborné publikace rozděluje typy závislostí na alkoholu a stádia závislostí na alkoholu odlišně. Zvolila jsem rozdělení dle Doc. Skály, protože toto rozdělení uplatňuji na pracovišti, kde probíhal výzkum diplomové práce.

typ Alfa

U závislosti typu Alfa slouží alkohol k ulehčení vnitřních konfliktů, člověk získá euforii. Alkohol je chápán jako prostředek ke sblížení s lidmi, psychická a somatická závislost není zatím přítomna. Jsou zde samozřejmě i rizika, a to: rostoucí tolerance a frekvence konzumace alkoholu, úrazy, trestné činy.

typ Beta

Pro tuto závislost je typické příležitostné pití, které se časem stane nadužíváním (abúzem). Pití není pravidelné, je však nadměrné. Souvisí se sociokulturními okolnostmi,

jako jsou pijácké zvyklosti, slavnosti, víkend. Jako častá motivace je zde neodlišnost od ostatních. Rizika: zvyšuje se tolerance a frekvence, porušují se dopravní předpisy, rostou přestupky pod vlivem alkoholu.

typ Gama

Tato závislost je označována jako závislost se „ztrátou kontroly“, je zde časté střední až těžké omámení. Jednotlivec si není nikdy jistý překročením určité hladiny alkoholu. Velmi rychle zde stoupá tolerance k alkoholu a hlavně psychická závislost. Po případné proběhlé intoxikaci je jedinec schopen abstinovat kratší či delší dobu, čemuž se říká „vynucená pauza“. Rizika jsou zde somatická, psychická a hlavně ekonomické škody.

typ Delta

U tohoto typu závislosti je typická chronická konzumace alkoholických nápojů. Člověk není ani střízlivý, ani opilý. V popředí je závislost somatická, psychická závislost se vyvíjí později. Lidé jsou zvyklí na určitou hladinu alkoholu v krvi. Rizika jsou zde vyšší než u předchozích závislostí, je zde větší poškození tělesné i psychické než u typu Gama (cirhóza, delirium tremens - stav, vznikající v rámci abstinčních příznaků po vysazení alkoholu nebo při nedostatečné hladině alkoholu u alkoholika, halucinace, zmatenost).

typ Epsilon

Tato závislost je blízká závislosti typu Gama. Jsou zde typické periodické excesy, nadužívání, někdy tento průběh provází psychóza. Rizika jsou zde psychického i fyzického rázu (organicita - změna struktury tkáně mozku, cirhóza).

Jednotlivé typy se zdaleka nevyskytují jako čisté. U nás převažuje typ Gama, méně často Delta. (Skála, 1987)

1.8.3 Stádia závislostí na alkoholu

1. a 2. stádium - předchorobí

Prealkoholové stádium

V této fázi člověk poznává a oceňuje kouzlo alkoholu, je věrný své značce. Zná své hranice, roste frekvence požívání alkoholu a stoupají dávky alkoholických nápojů. Někdy přijde neplánovaná opilost. Toto stádium se těžko určuje.

2. varovné/ prodromální stádium

Člověku roste tolerance k alkoholu, jednatel často pije tajně (ze strachu, aby nebylo rozpoznáno nadužívání – abúzus). První dávku alkoholu pije dychtivě a ve velkém množství. Také slábne věrnost jeho značce. Zvyšují se neplánované opilosti a člověk si začíná dělat tajné zásoby alkoholu na různých místech. Po psychické stránce je člověk přecitlivělý, podrážděný, podezřívavý, má pocity viny, je citlivý na zmínku o alkoholu v souvislosti s jeho osobou. Toto stádium je označováno jako nejdražší stádium. Člověk po požití alkoholu usíná, má toxická „okna“ nebo netoxická „přetrhnutí filmu“.

3. rozhodné stádium

Toto stádium je kritické, rozhoduje se zde o závislosti. Nejsou výjimkou pravidelnější výpadky paměti. Jakmile člověk začne konzumovat alkohol, ztrácí spolehlivou kontrolu nad věcí, vyhýbá se obviňování a ovlivňování okolí, co se týče abúzu. Člověk má časté výčitky svědomí a výkyvy nálad, opakované a marné pokusy zdržet se konzumace alkoholu, zúží se zájmy a slábnou vztahy s ostatními. Člověk je chorobně podezřívavý, přecitlivělý, vztahovačný. Časté jsou konflikty na pracovišti, společenský sestup, sexuální problémy, žárlivost. Roste tolerance k alkoholu, vrcholí přestup z lehkých druhů alkoholu k destilátům, pije se vodka (není aromatická). Jakmile člověku klesne hladina alkoholu v krvi, je neklidný, nervózní, projevují se abstinenci příznaky, zejména fyzického rázu (třes). V tomto stádiu se můžeme setkat s tzv. „vynucenou abstinencí“, kdy je to čas kratší nebo delší abstinence, kdy má člověk snahu dát vše do pořádku, odezní výčitky svědomí a nastane opět snaha mít konzumaci alkoholu pod kontrolou. Objevují se první zdravotní problémy, jelikož se látka nabourá do systému, jako vředy, záněty spojivek a na sliznici. Přejít z 3. na 4. stádium je známý ranními doušky alkoholu k překonání abstinenci příznaků.

Reakce rodinných příslušníků na tuto fázi je spoluzávislost (kodependence), což je duševní závislost ostatních členů rodiny. Rodina kryje skutečnost, že má problém, odmítá návštěvy a dostává se do sociální izolace.

4. vývojové stadium/konečné,terminální

Toto stádium je poslední, tedy konečné. Je zde typická krátká a hltavá konzumace alkoholu, stává se, že první doušky alkoholu člověk vyzvrací. Tolerance k alkoholu prudce klesá. Začínají špatně fungovat játra. Člověk začíná vyhledávat druhé osoby za účelem pití, konají se neplánované absence, několika denní nepřetržitá konzumace alkoholu, špatné svědomí, člověk se vyhýbá zodpovědnosti. Poměrně často člověk mění zaměstnání nebo je na profesionálním sestupu. S tím souvisí i nedostatek peněz, člověk začne konzumovat levný alkohol, někdy to dojde až tak daleko, že technické prostředky, půjčuje si peníze, zastavuje věci, časem i ty, na kterých mu záleží, nezajímá ho placení povinných složek. Člověk přestává myslet na budoucnost, na danou situaci si zvyká a nepříjemné pocity mizí. Mění se emocionalita, člověk bývá na všechno pesimistický a nepříjemný, bez nějakého důvodu, přicházejí zbožná přání, vzpomínky na lepší minulost, naděje, optimismus, zlepšení vztahů, zaměstnání. Pro člověka v tomto stádiu není podstatné jídlo, má psychotické stavy, těžké odvykací stavy, deliria tremens. Občas dojde k hospitalizaci, po které přijdou reverzy proti radě lékaře. (Skála, 1987)

1.9 Alkoholické psychózy

Dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí definuje psychotickou poruchu spojenou s psychoaktivními látkami takto: „Různé psychotické fenomény, které se vyskytnou v průběhu užívání nebo jako následek abúzu psychoaktivní látky, ale nejsou důsledkem samotné akutní intoxikace nebo součástí odvykacího stavu. Porucha je charakteristická halucinacemi (sluchovými, ale často je zasaženo více smyslů), narušením vnímání, bludy, psychomotorickými poruchami (vzrušení nebo stupor) a abnormálními emocemi (od strachu až po extázi). Vnímání je obvykle jasné, nicméně někdy se může projevit stupeň zastřeného vědomí. Zahrnuje alkoholovou halucinózu, alkoholickou žárlivost, alkoholickou paranoii a trvalý psychotický stav navozený alkoholem nebo jinou psychoaktivní látkou.“ (Nešpor, Csémy, 1996, str. 51)

1.9.1 Delirium tremens

„Stav vznikající v rámci abstinenčních příznaků po vysazení alkoholu nebo při nedostatečné hladině alkoholu u člověka závislého na alkoholu, halucinace, zmatenost.“
(Plocová, 2005, str. 176)

Je to jedna za nejzávažnějších psychóz, z hlediska bezprostředního ohrožení života. Pokud pacient zemře, uvádí se, že zemřel na rozvrat minerálního a vodního hospodářství. Léčba těchto pacientů vyžaduje spolupráci internistů a odborníků na léčbu závislosti. Pacient by se měl léčit na psychiatrické jednotce intenzivní péče nebo na interní jednotce intenzivní péče s psychiatrickou konziliární službou. Léčba zahrnuje:

1. Péči o minerální a vodní hospodářství - dehydratace, deplece draslíku a hořčíku
 2. Farmakologická léčba
 3. Léčba hepatoprotektivy
 4. Ošetrovatelská péče a péče prostředním - je třeba zajistit nepřetržitý dohled a sledovat vitální funkce. Místnost, kde se pacient léčí by měla být klidná a polosvětlá. Úplná tma může v pacientovi vyvolávat strach a zvyšovat halucinace.
 5. Adekvátní léčba dalších nejčastěji interních komplikací - anémie, febrilní stavy
- (Nešpor, Csémy, 1996)

1.9.2 Alkoholická halucinóza a alkoholická paranoidní psychóza

Pacienti mohou trpět vážnou interní nebo jinou chorobou, ale v popředí je psychická alterace. Rizikem u těchto pacientů bývá jednání pod vlivem psychotických příznaků, což může vést až k suicidálnímu pokusu. Je důležitý nepřetržitý dohled.

1.9.3 Alkoholová epilepsie

Status epilepsie v odvykacím stavu je život ohrožující komplikace, která vyžaduje intenzivní péči. Samotná alkoholová epilepsie nevyžaduje dlouhodobou udržovací léčbu antiepileptiky. Ta by mohla uškodit v případě, že by pacient zrecidivoval, medikaci náhle vysadil nebo zkombinoval příslušné léky s alkoholem.

1.9.4 Alkoholová demence a Korsakova psychóza

Léčíme somatický stav a podáváme vysoké dávky vitamínu B. Důležité je pacienta zaměstnávat a vést ho k tomu, aby cvičil paměť.

1.9.5 Terapie alkoholických psychóz

U všech těchto psychóz je třeba věnovat pozornost tělesnému stavu a léčit případné somatické komplikace. U některých psychóz je pacient nebezpečný sobě nebo svému okolí v důsledku dušení nemoci a je možná hospitalizace i bez jeho souhlasu. Pacient často nechápe příčinu svému stavu a je třeba mu vše vysvětlit. (Nešpor, Csémy, 1996)

1.10 Anonymní alkoholici

Anonymní alkoholici se na vlastních internetových stránkách prezentují tak, že skupina Anonymních alkoholiků je kamarádství muže a ženy, kteří navzájem sdílejí zkušenost, sílu a naději, smějí řešit společný problém a pomáhat ostatním dostat je z alkoholu. Požadavek pro členství je žádost přestat pít. Anonymní alkoholici neplatí žádné členské příspěvky ani poplatky, jsou vlastní podporující se skupinou pomocí jejich financí, které se shromáždí na sbírkách a mítincích. Anonymní alkoholici nejsou spojeni s žádnou sektou, církví, politikou, organizací nebo institucí. Anonymní alkoholici si nepřejí angažovat se v žádných debatách. Jejich základní účel je zůstat střízliví a pomáhat ostatním lidem závislým na alkoholu dosáhnout střízlivosti. (Vlastní překlad)

(<http://www.aa.org/lang/en/subpage.cfm?page=1>)

11. května 1933 se sešel burzovní analytik – William Griffith Wilson, dále jen Bill W., se svým přítelem dr. Robertem Hollibrokem Smithem, dále jen dr. Bob. Bill si tehdy uvědomoval svoji závislost na alkoholu a rovněž si byl vědom, že se téměř ve stejné situaci nachází přítel Bob. Místo toho, aby zažádal sám o pomoc, paradoxně ji nabídl Bobovi. Tím vlastně sám překonal krizi a následně v roce 1935 spolu založili organizaci „Alcoholics Anonymous“, čili Anonymní alkoholici. (Nešpor, 2006)

1.10.1 Cíl Anonymních alkoholiků

Anonymní alkoholici trvají na tom, že jediným možným cílem lidí závislých na alkoholu je abstinence. Jejich program se nesoustředí na to, že členové budou slibovat totální abstinenci, ale hlavní myšlenkou je motto: „Zůstat střízlivý alespoň dnes“. „I ten, kdo již pár let abstinuje, bude trvat na tom, že jeho cílem je střízlivost pro tento den a že bude dnes bojovat jen s tím, co mu den přinese“. (Edwards, Bodnárová, 2004, str. 108) Anonymní alkoholici často mluví o tom, jak zůstat střízliví a učí se to na příkladech a vyhýbají se rizikovým situacím. (Edwards, Bodnárová, 2004)

1.10.2 Program dvanácti kroků

Zakladatelé Anonymních alkoholiků byli silně věřící, což se projevilo i při formulaci Dvanácti kroků. Skupina Anonymních alkoholiků se nehlásí k žádnému náboženství, proto jsou mezi nimi i často ateisté.

1. Přiznali jsme svoji bezmocnost vůči alkoholu - naše životy začaly být neovladatelné.
2. Dospěli jsme k víře, že síla větší než naše obnoví naše duševní zdraví.
3. Rozhodli jsme se předat svoji vůli a svůj život do péče Boha tak, jak ho sami chápeme.
4. Provedli jsme důkladnou a nebojácnu inventuru sami sebe.
5. Přiznali jsme Bohu, sami sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých chyb.
6. Byli jsme zcela svolní s tím, aby Bůh odstranil všechny tyto naše charakterové vady.
7. Pokorně jsme ho požádali, aby naše nedostatky odstranil.
8. Sepsali jsme listinu lidí, kterým jsme ublížili a kterým to chceme nahradit.
9. Rozhodli jsme se provést tyto nápravy ve všech případech, kdy situace dovolí, s výjimkou, kdy toto počínání by jim nebo jiným uškodilo.
10. Pokračovali jsme v provádění morální inventury, a když jsme udělali chybu, pohotově jsme ji přiznali.
11. Pomocí modlitby a meditace jsme zdokonalovali svůj vědomý styk s Bohem, jak jsme ho chápali, a modlili se pouze za to, aby se nám dostávalo poznání jeho vůle a síly ji uskutečnit.

12. Výsledkem těchto kroků bylo, že jsme se duchovně probudili a v důsledku toho jsme projevili snahu předávat toto poselství ostatním alkoholikům a uplatňovat tyto principy ve všech svých záležitostech. (Nešpor, 2006)

2 Specifika žen

Při konzumaci alkoholu nacházíme určité rozdíly u žen a mužů. Ženy mají menší játra, méně enzymů, které štěpí alkohol, a nižší obsah vody v těle, ale jsou tu i další konkrétní diferenty.

2.1 Menstruace, klimaktérium, těhotenství

Ženy před menstruací mívají většinou větší sklon k lítostivosti a pití. V tomto období by měly být zvláště opatrné a udržovat se ve střízlivosti.

Klimaktérium je pro některé ženy duševně i fyzicky náročnějším obdobím. I zde se musí mít ženy na pozoru vůči alkoholu a práškům ovlivňující psychiku.

Během těhotenství musí ženy přestat úplně pít veškeré alkoholické nápoje včetně piva. Jinak by se mohlo narodit těžce poškozené dítě, dítě s nižší inteligencí nebo s jinými vadami. V těhotenství by žena neměla, bez souhlasu lékaře, brát žádné léky, aby miminko neohrozila. Alkohol v těhotenství je více nebezpečný než kouření.

2.2 Nebezpeční manželé

Mnoho žen si zvykne na alkohol vedle mužů, kteří ho konzumují ve větší míře. Manželé, kteří svoje ženy k pití alkoholu svedou, je pak s návykem na alkohol opustí. Někdy žena s pitím přestane a partner ve společné domácnosti s pitím pokračuje. V těchto případech mohou být 4 varianty řešení situace, a to:

- a) žena prosadí změnu a manžel omezí konzumaci alkoholu nebo s ní přestane
- b) hádky, neshody a odlišný životní styl vede k rozchodu
- c) žena alkoholu a partnerovi podlehne
- d) žena si vytvoří vlastní svět, vlastní zájmy, nové přátele, od manžela se separuje, i přesto, že se formálně nerozešli.

2.3 Týraná žena

Žena může být týrána od svého nadměrně pijícího druha nebo manžela. Žena může nadměrně konzumovat alkohol a týrá ji její manžel nebo druh. Někteří muži projevují své

násilí vůči pijící ženě pomocí bezradnosti a bezmocného vzteku. Jindy se jedná o sadistické sklony, kdy pití žen slouží jako záminka.

2.4 Srovnání specifík působení návykových látek u žen a mužů

Ženy jsou silnějším pohlavím než muži. Jsou odolnější vůči některým nemocem a dožívají se vyššího věku. Návykové látky působí u žen silněji než u mužů - ženy mají menší játra (jejich játra se ve větší míře metabolizují hormony), tělesnou hmotnost a více tuku v těle. U žen nastávají zdravotní potíže vlivem návykových látek mnohem dříve než u mužů. Žena se častěji dostane do návykových problémů kvůli partnerovi, který pije nebo bere drogy než je tomu naopak. Návykové látky odsuzuje okolí u žen mnohem více než u mužů. Ženy se v souvislosti s alkoholem dopouštějí mnohem méně trestných činů než muži. Ženy často trpí depresemi a úzkostmi, ne poruchou osobnosti. Ženy se dokáží lépe ovládnout než muži. Samotářské pití si můžeme vysvětlit tím, že ženám více záleží na tom, jak vypadají a jak na okolí působí. Ženy si lépe vytvářejí zdravější životní styl. (Nešpor, 2006)

3 Léčba

3.1 Léčba závislosti na alkoholu

„Léčba osob závislých na alkoholu a řešení biologických, psychologických i sociálních problémů, které jsou s ní spojené, spočívá v následujícím: ubírat na síle a energii oněm destruktivním, degradujícím tendencím v myšlení a chování jednotlivců tím, že rozvíjíme tendence konstruktivní a vytváříme tak jejich progresivní převahu. Musíme probudit a udržet při bdělosti subjektivitu jednotlivce, jeho pud sebezáchovy, které byly před tím oslabeny, potlačeny a drogou více či méně dehumanizovány. Rehabilitace závislých osob - jejich léčba a doléčování - může za příznivých podmínek přerůst do dimenze růstu osobního i společenského.“ (Skála, 1987, str. 73)

3.2 Formy léčby

3.2.1 Ambulantní léčba

Typ formy léčby, která probíhá ve specializovaných zařízeních. Velkou výhodou těchto zařízení jsou ordinační hodiny, které jsou přizpůsobeny tak, aby je lidé mohli navštěvovat po práci. Tento typ léčby nevyžaduje pracovní neschopnost. Jestliže člověk i přes velkou snahu a ambulantní léčbu pije dál a hromadí se mu problémy, je v tomto případě lepší léčba ústavní. Ambulantní zařízení nabízí individuální terapie, psychoterapeutické skupiny, někde pracují i s rodinami závislých nebo si zorganizovaly socioterapeutický klub.

3.2.2 Ústavní léčba

Tento typ léčby se doporučuje u těžkých zdravotních nebo psychiatrických komplikací po alkoholu. Pro překonání problému s alkoholem je nejvhodnější specializovaná odvykávací léčba. Délka léčby bývá někde striktně daná, někde se na ni tým a pacient dohodnou individuálně. Tam, kde není pevně stanovena záleží na: stavu při přijetí (čím horší, tím delší léčba), životní situaci (čím horší, tím delší léčba), délce předchozí abstinence a trvání recidivy, duševní i tělesné kondici, schopnosti využívat

možností ambulantního léčení. Ústavní léčba bývá oproti jiným typům léčby intenzivnější, jelikož se využívá souběžně více postupů: skupinová terapie, principy terapeutické komunity, relaxačních technik, rodinná terapie, socioterapeutický klub.

3.2.3 Denní stacionář

Typ léčby, kdy pacient do zařízení dochází jako do práce. Většinou bývá v pracovní neschopnosti. V psychiatrické léčebně Bohnice se denní stacionář nabízí v závěru léčby, aby se pacientům usnadnil přechod k běžnému životu. Denní stacionáře fungují i samostatně nebo při ambulantních zařízeních. Výhodou je kontakt s rodinou. Stacionář, jako typ léčby, se nedoporučuje u těžších zdravotních nebo psychiatrických komplikací, hromadících se problémů s pitím i při upřímné snaze přestat. (Nešpor, 2006)

3.3 Léčebné postupy

Psychoterapie - pomáhá psychologickými prostředky překonat duševní i životní problémy, napomáhá sebepoznání, sebeúctě, zvyšuje sebevědomí. Naučí i pochopit druhé. Probíhá individuálně – pacient, terapeut, nebo ve skupině. Pacient by zde měl najít oporu, porozumění, pomoc.

Léčebný klub - setkávají se zde lidé, kteří chtějí překonat problémy s alkoholem. Obvykle zde bývá přítomný odborník na léčbu závislostí. Účastí na sezení se člověk přesvědčuje o tom, že žije zdravým způsobem života, a tím pomáhá druhým.

Relaxační techniky a jóga - pomáhají překonávat nepříjemné duševní stavy, zvládnout stres, zátěž a únavu.

Antabus (disulfiram) - je lék, který pomáhá lidem, kteří chtějí s alkoholem přestat a chrání je před bezmyšlenkovitým napitím. Je-li léku dostatečné množství v těle, dojde po požití alkoholu k typické reakci. Člověk zčervená, zarudnou mu spojivky, objevuje se bušení srdce, bolest hlavy, nevolnost, někdy zvracení, změny krevního tlaku, případně i mdloba. Léčba Antabusem je vázána na souhlas pacienta a předchází lékařské vyšetření. Pacient si během léčby vytvoří zdravější návyky a lepší způsoby zvládnání obtížných situací. Pak není třeba ho dále podávat. Správná léčba Antabusem se neskrývá v jedné dávce, ale v pravidelném podávání, kdy si pacient pro lék dochází do příslušné ambulance.

Rodinná nebo manželská terapie - práce s manželem nebo rodinou kladně působí na léčebné výsledky.

Cvičení, běh, turistika, výlety, apod. - tělesná aktivita může zlepšit náladu i kondici pacienta, vytváří se zdravější způsob života. Dle výzkumů tělesná aktivita pomáhá i mozku k jeho zotavení a obnově mozkových buněk a jejich sítí. Vždy ale záleží na zdravotním stavu pacienta.

Terapeutická komunita - základní myšlenkou komunity je to, že lidé s určitým problémem si mohou navzájem pomáhat. Léčící se podílí na řízení a chodu komunity daleko více, než v tradičních zařízeních. Lidé si zde navzájem poskytují oporu a navzájem se od sebe učí. Terapeutická komunita má bohatou minulost, první vznikla už za druhé světové války ve Velké Británii, kdy pomáhala mírnit traumata z války nemocným s duševními poruchami. (Nešpor, 2006, Skála, 1987)

4 Psychiatrická léčebna Bohnice

Psychiatrická léčebna Bohnice je státní příspěvkovou organizací, jejímž zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví ČR.

Usnesením Zemského výboru Království českého ze dne 28. 4. 1909 se začala psát historie léčebny. Vznikl tak samostatný ústav „Královský český zemský ústav pro choromyslné v Bohnicích“. Podnětem k založení byla rostoucí potřeba lůžek pro duševně nemocné. Z původně detenčního ústavu se za dobu svého trvání změnila v moderní zdravotnické zařízení, v němž úspěšné základní léčebné metody následují podpůrné a doplňující prostředky.

V současnosti je největším psychiatrickým zařízením v České Republice. V léčebně je 31 lůžkových léčebných oddělení. Léčí se zde přes 1300 pacientů, kdy péče je zajištěna více než tisícovkou zaměstnanců. (<http://www.plbohnice.cz/index.php>)

Díky praktické části jsem se dostala do pavilonu léčby závislostí pro ženy do Psychiatrické léčebny Bohnice. Bylo mi umožněno pracovat s některými dokumenty, konkrétně s Organizačním řádem léčebny, Statistickou studií za období leden 2005 - červen 2007 a s Dotazníkovým šetřením za období duben 2007 - březen 2008. V následujícím textu uvádím konkrétní organizační věci léčebny.

4.1 Vlastní pravidla léčby závislostí v psychiatrické léčebně Bohnice - pavilon 8

Celá léčba začne nástupem pacientky na oddělení detoxu. Délka detoxové léčby je individuální, dle zdravotního stavu pacientky, ve kterém zahájí léčbu. Před vstupem do aktivní (režimové) léčby vypracuje pacientka životopis. Pacientky, které zrecidivovaly vypracují vstupní elaborát. Oba elaboráty by měly mít rozsah minimálně 4 strany formátu A4.

Životopis by měl obsahovat základní údaje o pacientce, o její rodině (o matce, otci, sourozencích, o jejím dětství), dále údaje o škole, zaměstnání a o vývoji jejího osobního života. V předposledním bodě životopisu pacientka popisuje kontakt s alkoholem, v jaké životní situaci to bylo, jaký to mělo smysl a jaké to přineslo důsledky. Posledním bodem jsou pacientčiny plány do budoucna. (Organizační řád pavilonu 8, PL Bohnice)

4.2 Určování délky léčby

U dobrovolných i nedobrovolných léčeb se délka stanovuje stejně, tj. individuálně při „pacientce dne“ (každá pacientka po několika dnech aktivní léčby). Délka léčby je kolektivním rozhodnutím, k dohodě dochází mezi pacientkou, komunitou, popřípadě rodinou, zaměstnavatelem a týmem. Na ranní schůzce týmu seznámí terapeut ostatní členy se základními údaji o pacientce a o rozvoji její závislosti. Ostatní se pak k uvedeným datům vyjádří. Pacientka pak sepíše s týmem kontrakt o délce léčby. Základní léčba je 11 týdnů u prvoléčeb, další varianty u recidiv. O započítání pobytu na detoxifikační jednotce rozhoduje individuálně lékař. Tým zadá pacientce tři elaboráty, které pacientka do týdne vypracuje a odevzdá. (Organizační řád pavilonu 8, PL Bohnice)

4.3 Systém diferencované péče

Celá léčba je rozdělena do 4 úrovní, od P0 - P4. P vždy určuje pacientku a číslo určuje, v jakém stádiu je léčba. S rostoucí úrovní, rostou pacientce práva a privilegia.

P0 (pacientka 0)

Pacientka v detoxifikační části oddělení. Při ranní vizitě lékař individuálně povoluje návštěvy a telefony. O délce detoxifikace rozhoduje ošetřující lékař na základě zdravotního stavu pacientky. Během detoxifikace se předpokládá vypracování předepsaného životopisu nebo elaborátu.

P1 (pacientka 1)

Přidělení stupně P1 určuje lékař. Tento stupeň platí pro pacientky jeden týden (první týden v aktivní léčbě). Pacientka je platnou členkou režimové komunity s právem spolurozhodovat o společných záležitostech, neúčastní se společné chůze ani programů mimo pavilon, nesmí vykonávat některé role, jako úklid před budovou, nesmí sama opustit oddělení. Členka komunity se po uplynutí tohoto týdnu sama přihlásí u sestry o postup do P2.

P3 (pacientka 3)

Členka komunity odchází o víkendu na jednodenní vycházku. Na první jednodenní vycházku je nutno splnit bodový a časový limit. Víkendová vycházka se zakazuje jen výjimečně, kvůli zdravotním důvodům nebo v případě těžké krize. Rozhoduje o tom tým.

PX

Do zpevněného modelu X jsou zařazovány pacientky dle rozhodnutí týmu a pacientky s nedobrovolným vstupem. Pacientka nesmí opustit pavilon! Nemá nárok na vycházky, výjimečné nebo zdravotní volno, neúčastní se programů mimo pavilon. O zrušení tohoto modelu žádá pacientka po dohodě s terapeutem písemnou žádostí. Zrušení modelu X posuzuje tým individuálně.

P4

Poslední týden léčby - denní stacionář. Pacientka chodí do léčebny jako do práce. Po programu dne jezdí domů. Ve všední dny musí být pacientka v 7:50 na oddělení a o víkendu v 9 hodin. Odchází po skončení programu. Za pozdní ranní příchod na oddělení získává pacientka minusové hodiny. Při opakovaném nedodržení řádu na stacionář je pacientce ukončena léčba předčasně z disciplinárních důvodů.

Mimopražské pacientky mohou na dobu stacionáře požádat o lůžko a zažádat o odpolední vycházky s odchodem po programech a příchodem do 17:00 nebo do 19:00 hodin.

Mezi postupy do vyšších kategorií P musí být vždy alespoň týden, pokud tým nerozhodne jinak. (Organizační řád pavilonu 8, PL Bohnice)

4.4 Bodovací systém

V léčebně se využívá bodovací systém, který slouží ke kladnému i zápornému hodnocení pacientek. Pacientky sbírají kladné body, za které pak mají nárok na vycházky, volna, a různé výhody. Záporné body naopak pacientku omezují nebo zbavují práva na vycházku, volno. Celý bodovací systém je uveden v příloze.

Kladné body:

1/2 kladného bodu dostane pacientka za: drobnou pomoc komunitě, aktivní účast na některém programu, kvalitní deníkový zápis, obecně prospěšnou aktivitu, hlídání jídelny.

1 kladný bod dostane pacientka za: krátkodobý zástup některé role, provedení připraveného programu, kvalitní elaborát, obzvlášť kvalitní deníkový zápis, pomoc komunitě nebo zástup při vedení samořídícího programu

2 kladné body dostane pacientka za: vysoce kvalitní samořídící program vyžadující dlouhodobou přípravu, mimořádnou iniciativu vyžadující značné úsilí a mající pro komunitu velký význam, výrobek týdne – max. 2 body

Záporné body:

1/2 záporného bodu dostane pacientka za: nepořádek v osobních věcech, nekvalitní elaborát, krátký deníkový zápis neb pozdní odevzdání deníku

1 záporný bod dostane pacientka za: rušení na společném programu, nevyzvednutí léku, neodevzdání výrobku, hrubé vyjadřování, nedostavení se k podepsání léčby na tým při pacientce dne, pouštění televize mimo povolený čas, bezdůvodné zvonění na detoxu, nepřezouvání, pozdní příchod na program, sezení před sesternou (pokud klientka nečeká na ošetření), pozdní návrat z jednodenní vycházky, existenčního volna

2 záporné body dostane pacientka za: nahlížení do cizí dokumentace či deníku, neúčast na programu, neodevzdání deníku, půjčování věcí

Některé porušení nenesou trest jen snížení bodů, ale různě se kombinuje s odejmutí hodin z vycházek, z existenčních volna, atd. (Organizační řád pavilonu 8, PL Bohnice)

4.5 Vycházky

Vycházky jsou závislé na úrovni pacientky a na počtu kladných bodů.

a) víkendové vycházky - na první víkendovou vycházku má pacientka nárok po splnění P3. všechny víkendové vycházky jsou jednodenní. Druhá a další víkendové vycházky následují po 14 dnech při splnění bodového limitu. Jednodenní vycházky platí i pro mimopražské pacientky. V rámci stacionáře nemá pacientka nárok na víkendovou vycházku. Dále jsou víkendové vycházky upraveny dle délky léčby.

b) existenční volno - volno se může čerpat ve středu, jelikož neprobíhají psychoterapeutické skupiny. V naléhavých případech si pacientka podá včas žádost, přiloží úřední dokument a jasně zformuluje požadavek (předvolání k soudu na určitý den). Existenční volno lze čerpat po dosažení P3. Jak často lze čerpat volno opět závisí na délce léčby. Při potřebě dalšího existenčního volna jej pacientka nahradí jedním dnem k léčbě. Říká se tomu mimořádné existenční volno. O udělení tohoto volna rozhoduje tým.

c) vycházka po areálu (hromadná se sestrou) - týká se všech pacientem P2 a P3. jestliže si sestra není jista o vhodnosti vycházky u určité pacientky, projedná věc v týmu. Společné vycházky se neúčastní pacientky, které mají vycházky zakázány. Vycházka se koná minimálně jednou týdně, po dohodě komunity a týmu. V případě potřeby či špatného počasí může sestra vycházku zrušit, přeložit nebo nahradit jiným programem.

d) individuální vycházka - týká se výhradně pacientek P4, které mají schválenou žádost týmem.

Po každé vycházce, kromě hromadné se sestrou, má právo sestra pacientky prohlédnout, zda nenesou návykové látky. Má také právo provést důkladnější kontrolu, při podezření požití alkoholu, detalkoholovou zkoušku. (Organizační řád pavilonu 8, PL Bohnice)

4.6 Jednotlivé role a jejich náplň

Každá pacientka plní ve skupině svoji roli. Role rozděluje zástupce kněžny, a to každý týden. Nejdůležitější role zde uvádím, jinak seznam vše rolí je v příloze.

Kněžna (pouze P3)

Je spojovacím článkem mezi komunitou a terapeutickým týmem. Sleduje veškeré úkoly zadávané týmem, dbá na včasné odevzdání elaborátů. Vede evidenci bodového systému, 1x denně provádí kontrolu bodů u sester. Aktivně se podílí na léčbě spolupacientek. Kontroluje body za role, ruční práce. Informuje nové pacientky o řádu oddělení do tří dnů po příchodu na oddělení. Kněžna má právo přidělit plusové body jako ocenění. Vše v souladu s režimovým řádem.

Zástupkyně kněžky

Rozděluje role, vyhotoví a odevzdá 3x jejich seznam (pro kněžnu, na nástěnku, na sesternu). Každý, kdo odchází mimo oddělení a nemůže vykonávat svoji roli, je povinen se ohlásit zástupkyni. Ta pak určuje náhradnici z pacientek na oddělení. V případě nepřítomnosti kněžny přebírá jejich pravomoc. Hlásí na komunitě stav – počet pacientek na detoxifikaci, na propustkách a stacionáři. Sleduje počasí, svátky, narozeniny pacientek. Místokněžna má právo přidělit minusové body pokud pacientka neplní řádně svou roli nebo povinnost. Má právo udělit plusové body jako ocenění. Vše v souladu s režimovým řádem a po dohodě s kněžnou.

Rolníčka

Má na starosti přípravu komunitní místnosti na jednotlivé programy. Pět minut před zahájením programu zvoní a zodpovídá za přípravu případných pomůcek. Při druhém zvonění v čase začátku programu čekají již všechny pacientky v dané místnosti na program. Připravuje CD pro relaxaci.

Samaritán

Kontroluje po hygienické stránce celé oddělení, zvláště čistotu WC a koupelny, čistotu a pořádek na pokojích a ve společenské místnosti. Kontroluje v případě potřeby osobní hygienu, nedostatky projedná přímo se zúčastněnými. Při hrubých hygienických nedostacích na oddělení může být bodově postižen.

Ekologická hlídka (pouze pacientky P3)

Zajišťuje nezávadnost prostředí na zahradě i na oddělení. Zahradu zbaví před příchodem ostatních pacientek nepořádku. V případě probíhajícího kontaktu pacientky s osobou zvnějšku, hlídka neprodleně hlásí tento kontakt sestře. Pokud tak hlídka neučiní je bodově potrestána. Dohlíží, aby se v budově nikde zbytečně nesvítilo.

Patronka

Patronku dostane každá nová pacientka, kdy patronka představí svou svěřenkyni ostatním členkám komunity. Poskytuje své svěřenkyni rady ve správné orientaci v řádu oddělení. Usměrnjuje její chování, podporuje dobré návyky a tlumí nevhodné projevy. Na základě vlastní zkušenosti, vlastního příběhu, vysvětluje smysl a význam léčby, důležitost přiznání si své závislosti, spolupráce s týmem, zdůrazňuje potřebu poctivosti, ochoty se změnit, povzbuzuje ji, aby naslouchala a komunikovala s ostatními, poskytuje emoční podporu v krizi. Svěřenkyně sedí na programech vedle patronky. Díky patronce nová členka získá pocit pochopení. (Organizační řád pavilonu 8, PL Bohnice)

4.7 Terapeutické nástroje doprovázející léčbu

Deníky

Součástí terapeutického procesu je vedení deníku. Deník si pacientka vede po celý čas v léčbě, jelikož deník slouží jako komunikační prostředek mezi ní a personálem. Zaznamenává své aktuální rozpoložení, zamýšlení se nad událostmi dne, nad sebou. Deník odevzdává každý večer telefonistce. Je dán i minimálně rozsah zápisu, což je 10 řádků.

Tématická skupina

Skupina probíhá ve dvou „malých“ skupinách, za její průběh je odpovědná vždy jedna členka skupiny v roli „terapeuta“. Členky skupiny se zabývají tématem, které předem zadává tým.

Samotřídicí skupina

Pod vedením kněžny pacientky společně řeší problémy týkající se komunitního života, rozdělování rolí a organizace práce na oddělení na příští týden. Skupina slouží komunitě

k výměně informací mezi členkami, které byly na propustce, a těmi, které zůstaly přes víkend na oddělení. Měla by poskytovat emoční podporu a umožnit výměnu zkušeností, když by bylo třeba.

Centrální terapie

Je pro pacientky P3. pacientky chodí do dílen, kde pracují s keramikou, svíčkami, korálky, atd. Jedna pacientka je vždy zodpovědná za řádný průběh. Pacientky P2 se rozdělí do chráněných dílen, kam odchází v doprovodu personálu.

(Organizační řád pavilonu 8, PL Bohnice)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Výzkumné šetření

5.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu bylo zjistit okolnosti, motivaci, léčení závislosti na alkoholu a představy pacientek o budoucnosti.

Pro tuto studii jsem zvolila 3 výzkumné otázky, na které se pokusím v závěru odpovědět:

1. Jaké jsou psychické a sociální příčiny vzniku závislosti?
2. Jaké jsou okolnosti vstupu do léčby?
3. Jaká je představa žen o jejich budoucnosti?
 - a) co udělají až se dostanou domů
 - b) čeho se bojí při návratu domů

Jako odpověď na první výzkumnou otázku budu brát konkrétní příčiny, proč pacientky začaly s konzumací alkoholu.

Odpovědi na druhou výzkumnou otázku budou okolnosti, za jakých vstoupila pacientka do léčby, kdo ji pomohl pomoc vyhledat, kolikátá je to léčba a s čím má pacientka v léčbě problém.

Třetí výzkumnou otázku jsem rozdělila na dvě části dle toho, na co se pacientky těší, co změní a druhá část se týká toho, čeho se pacientky obávají, co je trápí, tíží. Z výzkumu by mělo být poznat, co vedlo pacientky ke konzumaci alkoholu, jak se k pomoci, v podobě léčby, dostaly, čeho se obávají, na co se těší. Cílem je také ukázat široké veřejnosti, že do závislosti může spadnout každý člověk a že bychom neměli takto závislé jedince odsoudit, ale snažit se je alespoň pochopit. Pomocí příloh a čtvrté části teorie se budu snažit ukázat i některé konkrétní věci z chodu léčebny a povinnosti pacientek.

5.2 Výzkumný vzorek

Respondentkami byly pacientky z psychiatrické léčebny v Bohnicích, které jsem poznala během své stáže v době od 26.10. - 30.10.2009. Jelikož jsem pracovala pouze se 17 pacientkami, které mi byly k dispozici a byly ochotné spolupracovat, nebylo možné sbírat kvantitativní data, pouze kvalitativní. Pacientky byly ve věku mezi 31 - 40 lety, zejména byly rozvedené, většina je matkami 2 dětí a středoškolského vzdělání. Je samozřejmé, že závěry z výzkumu nemohou platit pro celou populaci, z důvodu malého výzkumného vzorku.

5.3 Metody získávání dat

Pro diplomovou práci jsem zvolila dvě metody z kvalitativního výzkumu a jednu metodu z kvantitativního výzkumu.

5.3.1 Dotazník

První výzkumnou metodu jsem zvolila z oblasti kvantitativního výzkumu - dotazník. Dotazník je písemné adresné i neadresné dotazování, kdy respondent sám písemně odpovídá na otázky v dotazníku. Je to velmi rozšířený nástroj na získávání informací pomocí výpovědi respondenta. Dotazník má své výhody - není finančně náročný, nedochází k nežádoucímu ovlivnění působením osoby tazatele a respondent si sám určí dobu, kdy zodpoví otázky v dotazníku. Má ale i své nevýhody, kterými například jsou: nižší návratnost než u osobního dotazování, nejsou pod kontrolou podmínky, za kterých byl dotazník vyplňován, možnost rozmyšlení si odpovědí nedovoluje zachytit velmi důležité spontánní odpovědi. (Surynek, Komárková, Kašparová, 2001) „Dotazník doprovází vždy průvodní dopis, ve kterém musí být nejen zdvořilá výzva k zodpovězení otázek, ale také stručné a jasné vysvětlení smyslu celého výzkumu.“ (Surynek, Komárková, Kašparová, 2001, str. 117)

K diplomové práci jsem dotazník zvolila pro pacientky léčené v Psychiatrické léčebně Bohnice. Použila jsem dotazník vlastní konstrukce. V úvodu dotazníku jsem se představila a vysvětlila, proč je pro mě vyplnění dotazníku důležité. Dotazník byl anonymní, potřebovala jsem však křestní jména pacientek kvůli další práci s dotazníky. Dotazník se skládá ze 14 otázek, u 9 otázek jsou možnosti, které pacientka zakroužkovala a

5 otázek je otevřeného typu, kde se pacientka mohla rozepsat. Dotazník sledoval 4 okruhy, které korespondují s výzkumnými otázkami:

- informace o pacientkách
- příčiny vzniku závislosti
- okolnosti vstupu do léčby
- představy o budoucnosti pacientek

První 3 otázky se snažily získat informace o respondentkách jako věk, rodinný stav a počet dětí. Dalších 6 otázek bylo zaměřeno na závislost, příčiny závislosti, léčbu a poslední otázky byly otázky volné, u kterých bylo nutné, aby pacientky psaly své pocity a obavy. Na spoustu otázek mohly pacientky odpovědět více možnostmi, proto u některých grafů počty voleb nedopovídají počtu respondentek. Dotazník jsem pacientkám rozdala po jedné terapii a na dotazníky jsem si počkala, abych měla jistotu, že mi ho všechny pacientky odevzdaly. Některé pacientky mi rovnou řekly, že dotazník vyplňovat nechťejí. Nejvíce dotazů se týkalo toho, proč chci jména pacientek. Celý dotazník je součástí příloh mé práce.

5.3.2 Pozorování

Druhou výzkumnou metodou bylo pozorování. „Pozorování představuje snahu zjistit, co se skutečně děje.“ (Hendl, 2005, str. 191) Při pozorování jde o vizuální, sluchové, čichové, pocitové vjemy, ale i o popis prostředí. Pozorování dělíme na skryté a otevřené, dle toho, jestli informujeme pozorované o naší činnosti, dále na zúčastněné a nezúčastněné, podle toho, jak pozorovatel spolupracuje na dění, na strukturované a nestrukturované, záleží jestli pozorování probíhá na základě předem daného předpisu. Při pozorování záleží na tom, zda je prováděno v umělé nebo přirozené situaci a také na tom, zda pozorujeme sami sebe nebo někoho jiného. (Hendl, 2005)

Pozorování probíhalo tak, že mě paní terapeutka v pondělí ráno představila skupině a seznámila ji o tom, že se v léčebně budu pohybovat celý týden, já jsem o sobě a důvodu návštěvy také řekla několik slov. Samozřejmě jsem se zeptala, zda pacientkám moje přítomnost nevádí a jestli nenaruším jejich otevřenost a důvěru vůči skupině a terapeutovi. Pozorování bylo zúčastněné. Snažila jsem se zúčastnit co nejvíce terapií, z každé terapie jsem si psala poznámky, jak terapie probíhá, co se řeší. Největším úkolem pozorování bylo najít odpovědi na výzkumné otázky. Jakmile pacientka během terapie řekla skutečnost,

kteřá mi pomohla k odpovědi na výzkumnou otázku, hned jsem si ji zapsala. Na každou pacientku jsem si udělala složku, kam jsem si dala dotazník, zápisky z pozorování a výpisky z životopisu.

5.3.3 Analýza dokumentů

V širším pojetí analýzou dokumentů v oblasti kvalitativního přístupu je analýza jakéhokoli materiálu, který je zdrojem informací. Materiál může mít různou povahu, a to text, výkres, malbu, videonahrávku. „V užším pojetí chápeme analýzou dokumentů výzkumnou strategii založenou na analýze již existujícího materiálu, případně materiálu, který vzniká interakcí mezi výzkumníkem a účastníky výzkumu.“ (Miovský, 2006, str. 98)

Výzkumník nevytváří nová data, ale pracuje s materiálem, který existuje nebo hledá jiné již existující materiály.

Tuto metodu jsem použila pro analýzu písemných dokumentů, konkrétně životopisů. Životopis každé pacientky jsem si přečetla, hledala jsem v něm odpovědi na výzkumné otázky a dělala jsem si poznámky. Poté jsem si konkrétní výtah z životopisu přiřadila k dotazníku pacientky a dopisovala jsem k tomu postřehy z pozorování.

5.4 Výsledky výzkumu

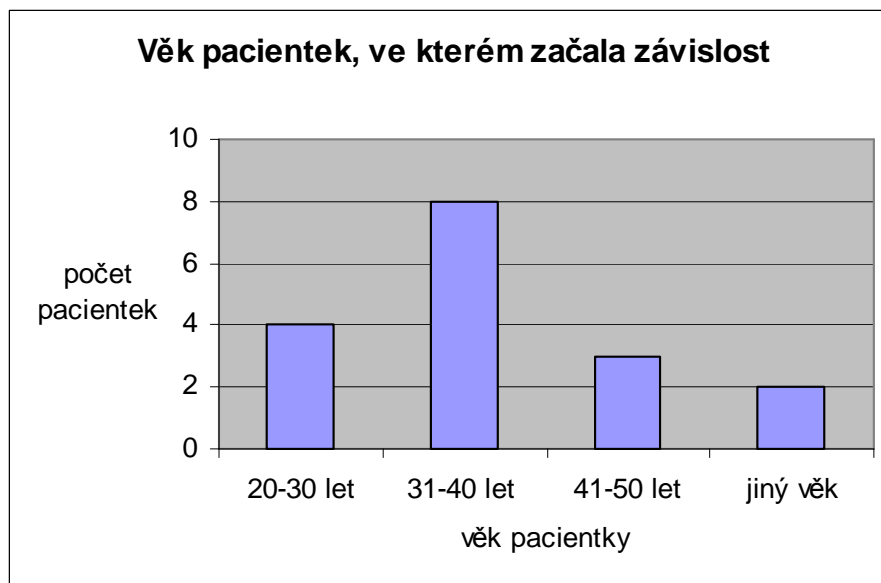
5.4.1 Dotazník

Úvodní 3 otázky dotazníku jsou zpracovány v kapitole o výzkumném vzorku.

Otázka číslo 4: Moje závislost na alkoholu začala v mých:

- a) 20 - 30 letech
- b) 31 - 40 letech
- c) 41 - 50 letech
- d) jiný věk

Graf číslo 1:



Celkem bylo dotazováno 17 pacientek. Nejvíce pacientek začalo konzumovat alkohol mezi 31 - 40 rokem života, pak mezi 20 - 30 rokem života, a to celkem 4 pacientky, 3 pacientky začaly mezi 41 - 50 rokem života a 2 v jiném věku, než nabízely odpovědi, konkrétně jedna z nich v 66 letech a druhá mezi 51 - 60 rokem života.

Zjištěný věk, ve kterém se respondentky stávaly závislými, může souviset s tzv. krizí středního věku. Na ženy např. působí stav, kdy dospívající děti už nepožadují 100% péči rodičů, hledají si své partnery, stěhují se z domova. Díky výzkumu znám skutečné příčiny vzniku závislosti.

Otázka číslo 5: Důvodem začátku mé pravidelné konzumace bylo:

- a) zaměstnání (stres v práci, moc práce, problémy s nadřízeným, ztráta zaměstnání...)
- b) samota (odchod dítěte z rodiny, jsem rozvedená, mateřská dovolená, nuda...)
- c) manžel, partner (má moc práce, nemá čas, našel si jinou, zemřel,...)
- d) moje osobnost (potřeba uvolnit se, překonat zábrany)
- e) kamarádi (v partě pili všichni, potřeba vyrovnat se kamarádům)
- f) jiný důvod, jaký?:.....

Graf číslo 2:

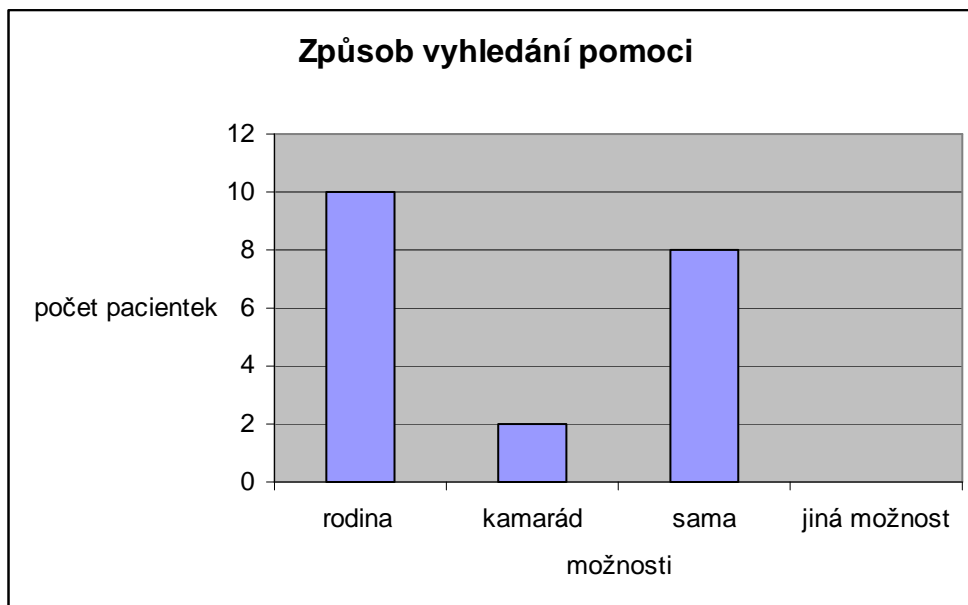


V této otázce vyšly jako největší důvody k začátku konzumace alkoholu samota a osobnost pacientky, k těmto dvou faktorům se vyjádřilo stejně 8 pacientek. Hned dalším faktorem byl manžel, kterého uvedlo 6 pacientek, pak následuje zaměstnání, které uvedly 4 pacientky, pak jiný důvod, který byl popsán jako deprese, soudy, úmrtí v rodině a nejméně frekventovaným důvodem byli kamarádi, tento důvod uvedla jen jedna pacientka.

Otázka číslo 6: Pomoc mi vyhledala:

- a) rodina (děti, manžel, rodiče,...)
- b) kamarád/ka
- c) pomoc jsem vyhledala sama
- d) jiná možnost, jaká??.....

Graf číslo 3:



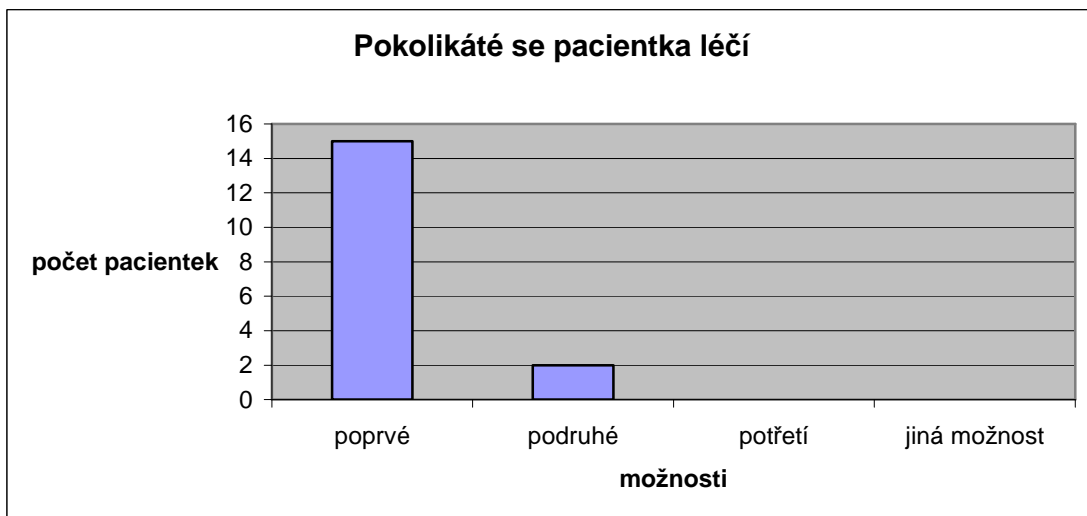
Pacientkám nejčastěji pomohla najít pomoc rodina, a to celkem v 10 případech. V 8 případech si pacientky pomoc vyhledaly samy a ve dvou případech jim pomoc pomohli najít přátelé. Žádná pacientka nevyužila zaškrtnutí možnosti d. 3 pacientky zvolily dvě odpovědi - rodinu a že si pomoc vyhledaly samy.

Z uvedeného grafu lze usuzovat, že většina respondentek vyhledala pomoc sama. Ve skutečnosti možná ženy vyhledaly pomoc na nátlak rodiny nebo přátel, ale přesto toto rozhodnutí pak považují za své osobní.

Otázka číslo 7: Léčím se:

- a) poprvé
- b) podruhé
- c) potřetí
- d) jiná možnost.....

Graf číslo 4:



Z grafu vyplývá, že drtivá většina zkoumaného vzorku, tj. 17 pacientek, se léčí poprvé, kdy takhle odpovědělo 15 pacientek. 2 pacientky se léčí podruhé.

Z grafu je patrné, že jen několik málo pacientek recidivovalo a myslím si, že je to dobrá vizitka léčebny. Tedy za předpokladu, že se recidivované pacientky léčily poprvé také v této léčebně.

Otázka číslo 8: Alkohol jsem konzumovala především:

- a) sama doma
- b) na různých akcích (večírky, grilování, posezení s kamarády,...)
- c) s kamarádkami, vyhledávala jsem co nejvíce příležitostí
- d) v zaměstnání (servírka, barmanka, apod.)
- e) jinde, kde?.....

Graf číslo 5:



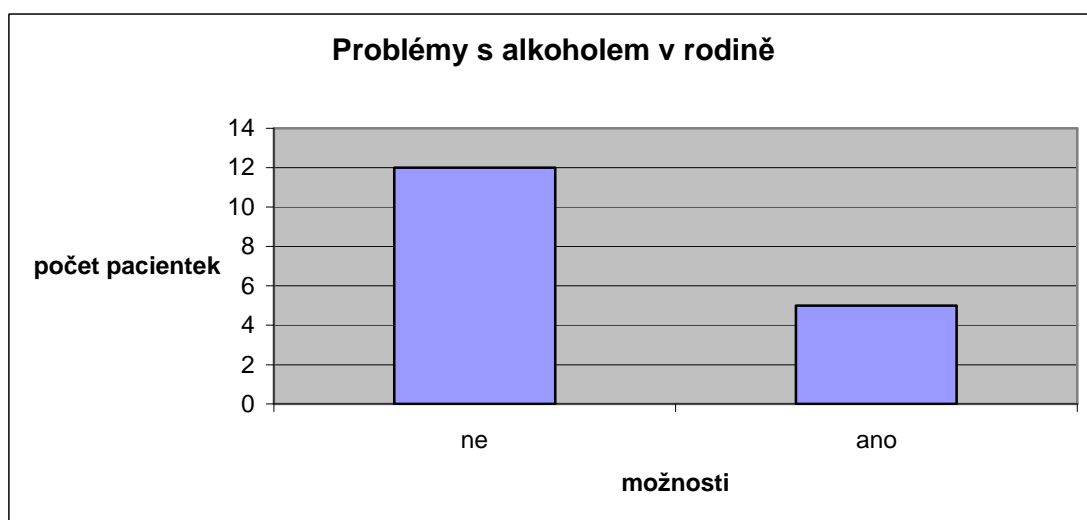
14 dotazovaných pacientek odpovědělo, že alkohol konzumovaly především samy doma. 2 pacientky zaškrtnly dvě odpovědi, jednak že pily samy doma a ve společnosti a jen jedna uvedla, že alkohol konzumovala na různých akcích.

Uvedené výsledky šetření potvrzují tvrzení z předchozí teoretické části práce, tedy fakt, že ženy konzumují alkohol převážně samy doma a muži ke konzumaci vyhledávají společnost. Je tomu tak hlavně proto, že ženám záleží na tom, jak vypadají a nechtějí, aby je pod vlivem alkoholu někdo viděl.

Otázka číslo 9: Měl s alkoholem problémy někdo z vaší rodiny?

- a) ne
- b) ano, kdo?.....

Graf číslo 6:

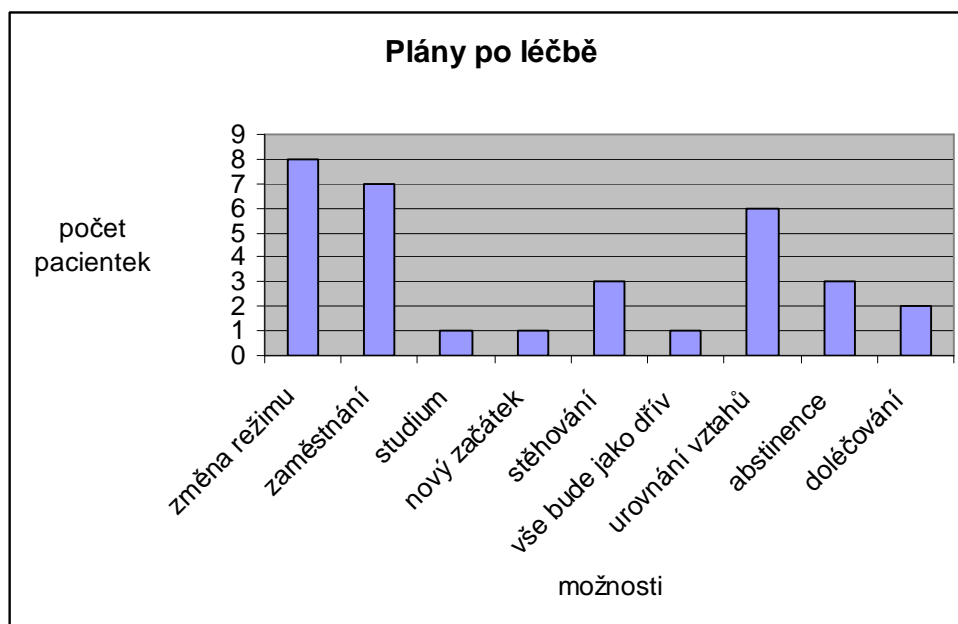


Problémy v rodině s alkoholem nebyly u 12 pacientek. Nicméně 5 pacientek uvedlo, že problém doma byl, 3 uvedly konkrétně otce a 2 pacientky uvedly rodiče.

Myslím si, že pacientky, které byly z domova od svých rodičů zvyklé na alkohol, ať už v pravidelných dávkách nebo nárazově, byly alkoholem ovlivněné už od dětství. Jestliže je tomu tak, možná neviděly nic špatného na konzumaci alkoholu.

Otázka číslo 10: Až se vrátím zpátky domů, tak...

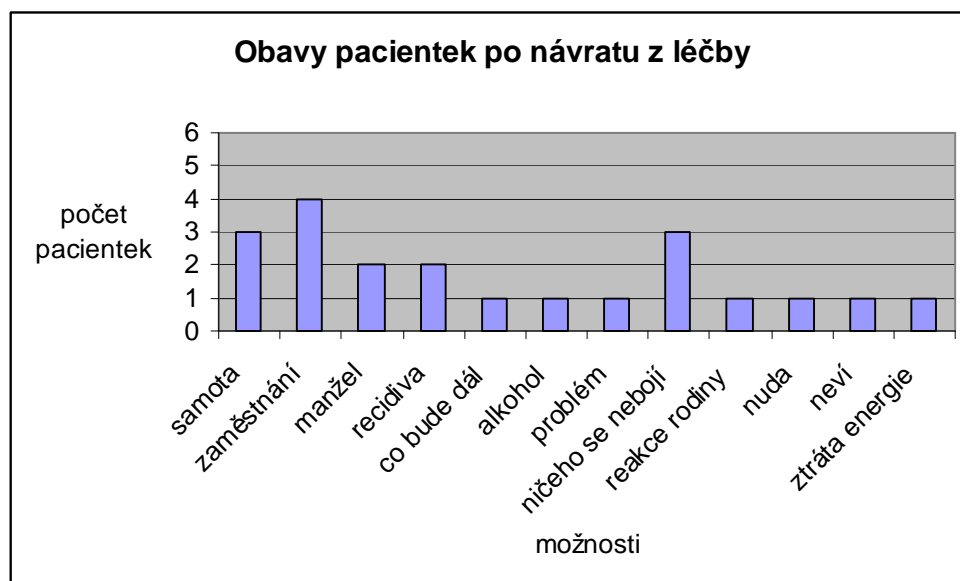
Graf číslo 7:



Tento typ otázky byl otevřený, pacientky nemusely zaškrtnout konkrétní možnost, ale měly šanci se rozepsat a uvést konkrétní věc. Celkem 10 pacientek uvedlo 2 a více odpovědí. 8 pacientek chce změnit režim, který měly než podstoupily léčbu, 7 pacientek bude řešit zaměstnání, buď ho změní nebo se vrhnou do práce, 1 pacientka chce začít studovat, další chce začít úplně znovu a další doufá, že vše bude jako dřív. 3 pacientky se chtějí přestěhovat 6 jich chce urovnat v rodině i mezi přáteli vztahy, které alkohol rozbortil. 3 pacientky mají silnou vůli a chtějí abstinovat a 2 napsaly, že po návratu domů bude následovat doléčování.

Otázka číslo 11: Až se vrátím domů bojím se...

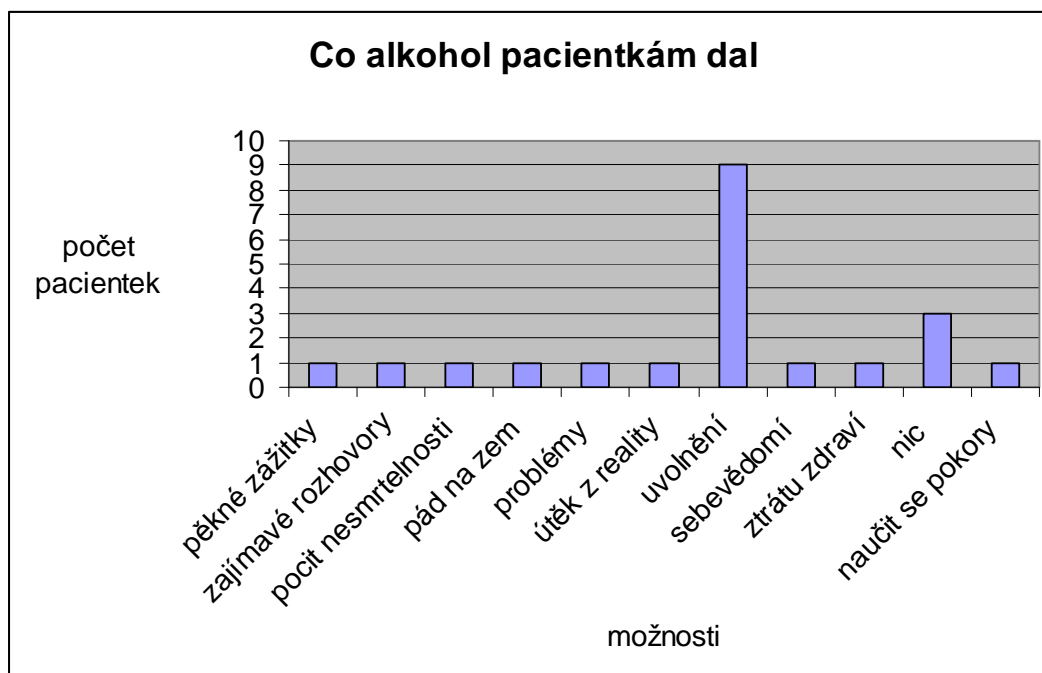
Graf číslo 8:



Nejvíce pacientek se bojí zaměstnání, konkrétně dvě pacientky se bojí stresu v zaměstnání, dále se bojí hledání zaměstnání, únavy ze zaměstnání nebo ztráty zaměstnání. Tři pacientky odpověděly, že se bojí samoty a stejný počet pacientek se naopak nebojí ničeho. Dvě pacientky se bojí problémů s manželem, obávají se změny vzájemných vztahů a stejný počet pacientek se bojí recidivy. Pacientky se dále bojí: toho, co bude dál, alkoholu, nečekaného problému, reakce rodiny, nudy, ztráty energie a dokonce jedna pacientka neví, čeho se bojí. Tyto konkrétní problémy získaly vždy jednu odpověď. 4 pacientky napsaly více věcí.

Otázka číslo 12: Alkohol mi dal ...

Graf číslo 9:

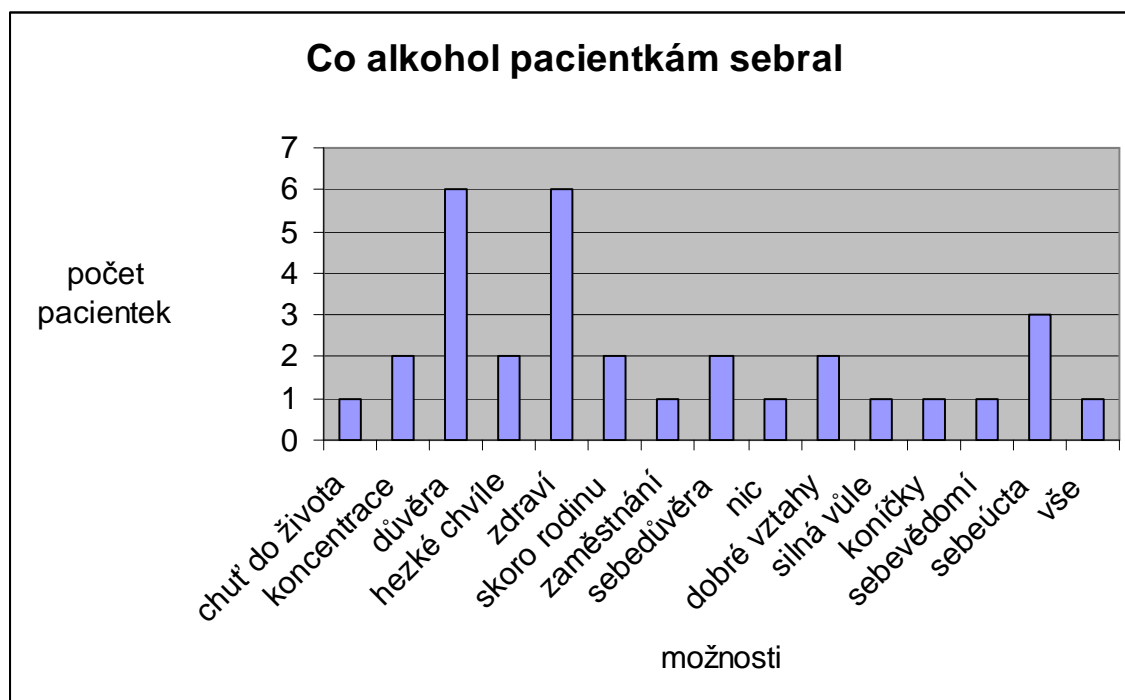


Naprostě převažujícím a dominantním faktorem požívání alkoholu byl u 9 pacientek pocit uvolnění. 3 pacientky napsaly, že jim alkohol nedával nic. Pak vždy jedna pacientka napsala možnosti např.: pěkné zážitky, zajímavé rozhovory, pocit nesmrtnosti, pád na zem, problémy, útek z reality, sebevědomí, ztrátu zdraví a jedna napsala, že se naučila pokoře. 5 pacientek napsalo více odpovědí.

Proč pacientky hledaly v alkoholu uvolnění? Je to snad dnešní uspěchanou dobou? Nebo velkými nároky na ženu? Jak má žena zvládat domácnost, zaměstnání, své koníčky, udržovat se v kondici a v reprezentativním stavu? Nepožaduje společnost po ženách příliš?

Otázka číslo 13: Alkohol mi sebral....

Graf číslo 10:

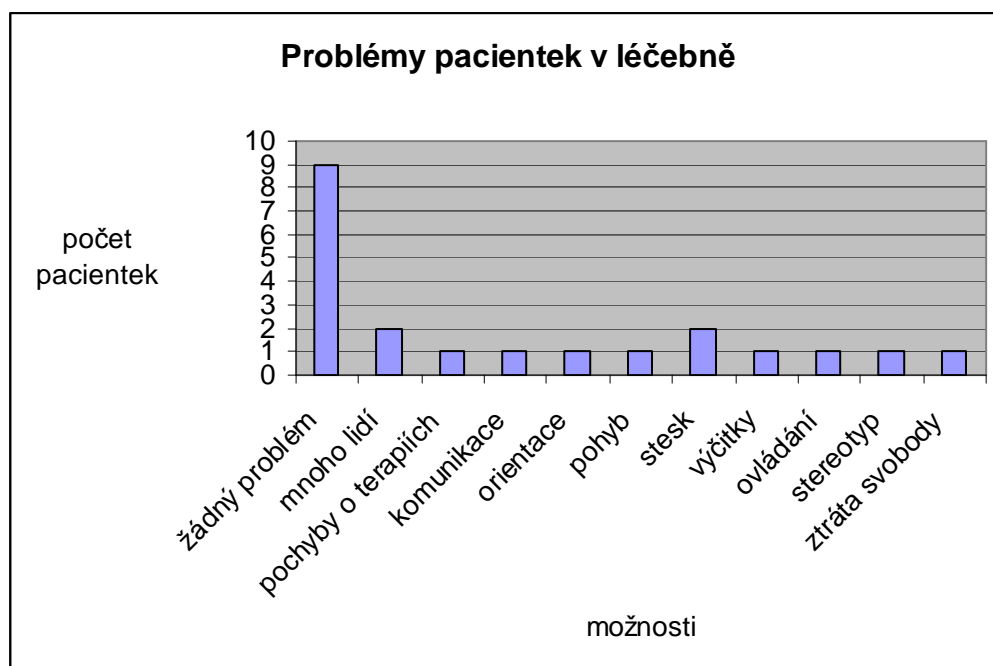


Pacientky v nejvíce případech napsaly, že jim alkohol vzal důvěru rodiny a přátel a zdraví. 3 pacientky napsaly sebeúctu, 2 pacientky koncentraci, hezké chvíle, málem rodinu, sebedůvěru, dobré vztahy. Dále uvedly možnosti - chuť do života, zaměstnání, silnou vůli, zájmy, sebevědomí, ale také se objevilo, že alkohol nevzal nic nebo také že začínal brát vše. 9 pacientek napsalo více možností.

Jako sociální pracovník nemohu ignorovat, že pacientky uznají, že jim alkohol v největší míře sebral důvěru okolí, to znamená důvěru lidí, na kterých pacientce záleží nejvíce, tj. rodina, přátelé a pracovní kolektiv.

Otázka číslo 14: V léčebně mám největší problémy s:

Graf číslo11:



9 pacientek napsalo, že v léčebně nemají problém s ničím, shodně odpovědi mají možnosti - mnoho lidí pohromadě a stesk po domově a rodině, a to 2 odpovědi. Další odpovědi napsala vždy jen jedna pacientka - pochyby o terapeutických postupech, komunikace, špatná orientace v prostoru i v čase, chůze se smetákem a kýblem po schodech, nechybí ani výčitky, ovládání sama sebe, stereotyp a ztráta svobody. 4 pacientky napsaly více možností.

To, že drtivá většina pacientek nemá v léčebně žádný problém dle mého poukazuje i na odbornost personálu a vhodné prostředí.

Celkové výsledky dotazníku

Z grafů je patrné, že mezi 3 nejčastější příčiny vzniku závislosti patří: samota, osobnost pacientky a z nemalé části manžel.

Drtivá většina pacientek se léčí poprvé a pomoc pacientce pomohla vyhledat rodina nebo ona sama věděla, že pomoc potřebuje.

Pacientky mají v plánu po dokončení léčby především změnu režimu, chtějí vyřešit nebo se pustit naplno do svého zaměstnání a také touží po tom, aby urovnaly vztahy, které jim alkohol pomohl rozbít.

Samozřejmě mají také obavy, bojí se zaměstnání, konkrétně stresu, únavy ze zaměstnání nebo ztráty zaměstnání. Pár pacientek uvedlo, že se nebojí ničeho a některé se bojí samoty.

5.4.2 Pozorování

Jak jsem již psala, pozorování jsem prováděla zejména na skupinových terapiích, kam jsem měla přístup a pacientky s mou přítomností souhlasily. Terapie měla vždy nějaké téma, na které se mluvilo, jakmile pacientka sdělila informaci, která byla odpovědí na moje výzkumné otázky, hned jsem si ji zaznamenala a přidala do její složky k dotazníku a výpisků z životopisu. Pozorování bylo spíše doplňující metodou, kdy jsem si potvrzovala získané informace z předchozích dvou metod. Potvrdit informace touto cestou se mi nepovedlo u všech pacientek. Přesto jsem některé informace získala:

- a. frekventovanou příčinou vzniku závislosti byl manžel, takto o příčině mluvily 3 pacientky, dále pak jedna pacientka hovořila o sebevraždě manžela a další o rozvodu
- b. pouze jedna pacientka na terapiích mluvila o tom, že ji pomoc pomohl vyhledat kamarád, konkrétně že ji posadil do auta a odvezl do Bohnic
- c. po propuštění z léčebny chtějí pacientky zpět do práce, dvě chtějí být opět dobrou matkou a dalším cílem je chodit na doléčování
- d. do budoucna se jedna pacientka bojí samoty a jedna recidivy

5.4.3 Analýza dokumentů

Analýzu dokumentů jsem prováděla tak, že jsem si četla životopisy pacientek a z těch si vyhotovila poznámky. I ty byly při práci zdrojem informací a odpovědí na výzkumné otázky. Ne vždy odpověď v životopise byla, ale našla jsem ji třeba v dotazníku

a během pozorování. Většinou jsem ale odpovědi našla jak v životopise, tak v dotazníku a někdy i při pozorování.

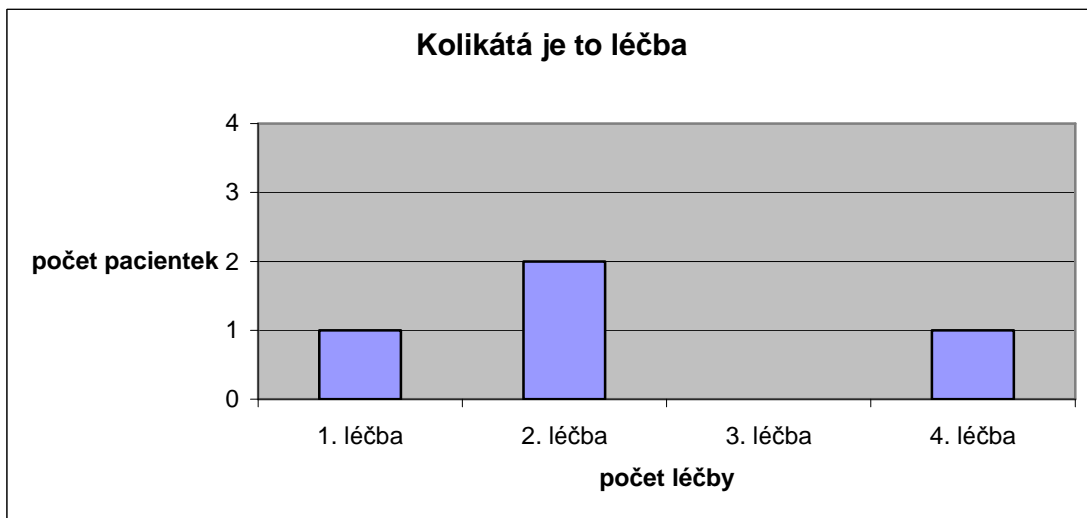
Z analýzy životopisů vyllynuly tyto závěry:

Graf číslo 12:



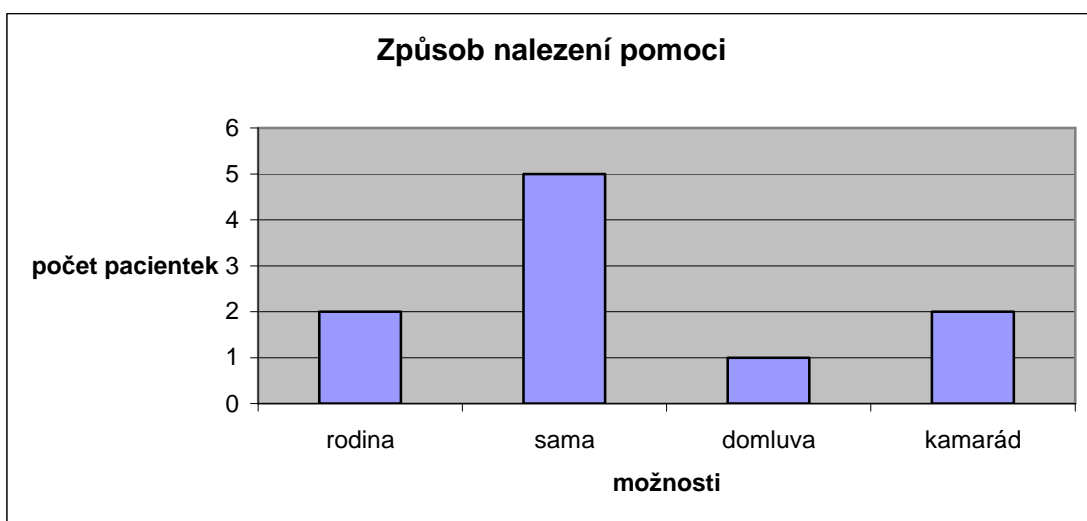
Příčiny vzniku závislosti jsou různé. Nejčastější příčinou je partner nebo manžel, pak je samota, která v některých případech souvisí s manželem nebo partnerem, 3. nejčastější příčinou dle životopisů je rozvod a hned po rozvodu je potřeba uvolnění. Mezi další příčiny například patří úmrtí v rodině, problémy v zaměstnání, příležitosti, žárlivost, deprese nebo nedostatek peněz, ale i rekonstrukce domu a soudy. Na první výzkumnou otázku nebyl problém v životopisech hledat odpovědi, u každé pacientky jsem příčinu našla.

Graf číslo 13:



V životopisech se pacientky zřídka zmínily o tom, kolikátá je to jejich léčba, ale přesto 1 pacientka uvedla, že je to její první léčba, 2 pacientky psaly, že se léčí již podruhé a jedna pacientka se zmínila o tom, že tato léčba je jí čtvrtou, dříve léčila ambulantně. Zbytek pacientek tuto skutečnost v životopisech neuvedlo, ale díky dotazníkům jsem zjistila, že většina pacientek se léčí poprvé.

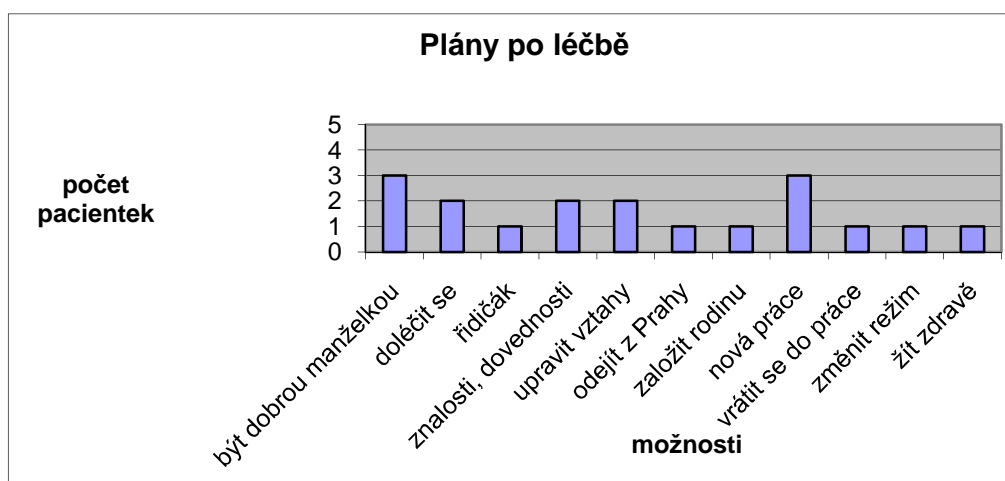
Graf číslo 14:



Zrovna tak se pacientky nezmínily o tom, jakým způsobem se do léčebny dostaly. Opět jsem v životopisech našla jen pár odpovědí. V pěti případech se pacientka k léčbě

rozhodla sama, ve dvou případech pacientkám pomohla rodina nebo kamarád a jedna pacientka napsala, že nastoupila dobrovolnou léčbu po domluvě s rodinou. Všechny pacientky se zřejmě léčí dobrovolně, jelikož jsem ani z jednoho zdroje nepostřehla informaci o nedobrovolném vstupu do léčby.

Graf číslo 15:



V životopisech jsem našla informace o budoucích plánech pacientek, ale opět největším zdrojem informací byly dotazníky. Přesto 3 pacientky napsaly, že chtějí být opět dobrou manželkou, popřípadě matkou, 3 pacientky si chtějí najít novou práci, 2 se chtějí doléčit, 2 získat nové znalosti a dovednosti, kdy jedna z nich si chce konkrétně zlepšit jazyk a druhá chce začít studovat. Pacientky také touží po urovnání vztahů, které jim alkohol rozházel. Mezi další plány patří například: absolvování autoškoly, odchod z Prahy, založit si rodinu, vrátit se do práce, změnit režim, začít žít zdravě.

Na poslední otázku, čeho se bojí pacientky až se vrátí domů, jsem našla v životopisech jen jednu jedinou odpověď. Pacientka se bojí jízlivých poznámek své matky a reakcí příbuzných a známých. Odpověď na tuto otázku jsem získala hlavně pomocí dotazníků.

Celkové výsledky a srovnání s výsledky z léčebny

Na začátku diplomové práce jsem si stanovila několik cílů, z nichž hlavním cílem bylo vytvořit informace týkající se alkoholu, historie alkoholu, závislosti, abstinčních

příznaků a laikovi přiblížit celkovou problematiku alkoholu a nastínit možné důsledky na zdraví člověka. Dalším cílem bylo nalézt odpovědi na tyto výzkumné otázky: Jaké jsou psychické a sociální příčiny vzniku závislosti? Jaké jsou okolnosti vstupu do léčby? Jaká je představa žen o jejich budoucnosti? Tuto výzkumnou otázku jsem rozdělila na dvě otevřené podotázky, které zní: až se dostanu zpátky domů, tak... a až se vrátím domů bojím se... V následujícím textu se budu snažit na tyto otázky odpovědět.

Mezi nejčastější psychické příčiny vzniku závislosti, dle výzkumu, patří samotná osobnost pacientek, které alkohol vyhledávaly především k pocitu uvolnění a také samota. Úplně nejčastější příčinou byly rodinné problémy, hlavně problémy s manželem nebo partnerem. Nejčastější sociální příčinou je zaměstnání, ať už ve formě stresu v zaměstnání, hledání zaměstnání nebo změny zaměstnání.

88% pacientek se léčí poprvé. Pacientky se začaly léčit především pod vlivem rodiny, která jim pomoc zajistila, ale v hodně případech pacientka uznala, že pomoc potřebuje a léčbu si vyhledala sama. Ve dvou případech pacientku do léčebny přivezl kamarád.

Co se týče plánů pacientek, tak nejčastějším plánem je urovnat vztahy v rodině a vyřešit zaměstnání. Dalším plánem je změna režimu pacientek, to znamená zabavit se tak, aby na alkohol nepřišly myšlenky, s tím souvisí doléčování a abstinence, což byly další plány.

Pacientkám z léčebny se nehoní hlavou jen plány do budoucna, nový život a abstinence, ale mají i obavy. Nejčastěji ze zaměstnání, samoty, recidivy a manžela. Některé pacientky jsou ale silné povahy a nebojí se ničeho. Všem jim moc přeji, aby jejich vůle, plány, iluze a naděje vydržely.

Na závěr srovnám své konečné výsledky s výsledky Statistické studie za období leden 2005 - červen 2007 a Dotazníkového šetření za období duben 2007 - březen 2008 z bohnického pavilonu závislostí.

	Celkové výsledky	Výsledky studie	Výsledky dotazníkového šetření
Věk pacientek	31 - 40 let	36 - 45 let	údaj nebyl uveden
Rodinný stav	rozvedená	svobodná	vdaná
Počet dětí	2	0	72% klientek má alespoň 1 dítě
Dosažené vzdělání	středoškolské	středoškolské	údaj nebyl uveden
Příčiny vzniku závis.	manžel, osobnost pac., samota	údaj nebyl uveden	rodinné problémy - partner, rozvod
Velikost výz. vzorku	17	463	100

Z tabulky vyplývá, že některé výsledky se shodnou, například příčiny vzniku závislosti jsou si dosti podobné, dosažené vzdělání se shoduje, dalo by se říci, že i věk pacientek. Naopak se vůbec výsledky nesejdou v rodinném stavu, kdy každý výzkum přinesl jiný výsledek. U počtu dětí se dá říci, že závislé pacientky jsou matkami.

Fakta z výzkumu nemohou platit pro celou populaci z důvodu malého výzkumného vzorku.

Závěr

Kdyby mně někdo před pár lety řekl, že závislost na alkoholu je nemoc a musí se léčit jako každá jiná, začala bych se smát. Měla jsem na závislost stejný názor jako většina ostatních lidí, domnívala jsem se, že když člověk uměl začít pít, tak bude umět přestat a kdo ne, tak je buď slaboch nebo opravdu nechce. Že je závislost na alkoholu vážný problém jsem zjistila jednak díky vlastní zkušenosti z rodiny, dále z autobiografické knihy Moniky Plocové, a také samozřejmě díky diplomové práci, která mě dostala až za zdi bohnické léčebny, kde jsem si uvědomila, že přestat konzumovat alkohol není jen odložil láhev, ale je to náročný běh na dlouho trať.

Člověku závislému na alkoholu může vzít alkohol úplně všechno, může mu zničit zdraví, vztahy a v neposlední řadě i samotného člověka. Před léčbou je pro pacientka nejdůležitější věcí, aby doma měl nějakou zásobu, po které sáhne. Alkohol se pro něj stává vším a ostatní věci jdou stranou. Lidem závislým na alkoholu je jedno, zda je rodina, známí nebo příbuzní uvidí pod vlivem démona, často v hrozném stavu. Pro ně je hlavní, že uspokojí svoji touhu.

Seznam použité literatury

1. BARKER, Gary. Použití kvalitativních výzkumných metod při postupech rychlého posuzování (Rapid Assessment) zneužívání drog ve společnosti. 1. vydání. Boskovice: Albert, 1999. ISBN 80-85834-78-2.
2. ČERMÁK, Ivo. Lidská agrese a její souvislosti. 1. vydání. Brno: Fakta v. o. s., 1999. ISBN 80-902614-1-8.
3. EDWARDS, Griffith, BODNÁROVÁ, Kateřina. Záhadná molekula: mýty a skutečnosti o alkoholu. 1. vydání. Praha: 2004. ISBN 80-7106-696-6.
4. HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
5. KALINA, Kamil. Základy klinické adiktologie. 1. Vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.
6. MALÁ, Eva, PAVLOVSKÝ, Pavel. Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese. 1. vydání. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.
7. MIOVSKÝ Michal. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1362-4.
8. NEŠPOR, Karel. Návykové chování: současné poznatky a perspektivy léčby. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-432-X.
9. NEŠPOR, Karel. Zůstat střízlivý. 1. vydání. Brno: Host, 2006. ISBN 80-7294-206-9.
10. NEŠPOR, Karel, Csémy, Ladislav. Léčba a prevence závislostí, příručka pro praxi. 1. vydání. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1996. ISBN 80-85121-52-2.

11. NEŠPOR, Karel, PROVAZNÍKOVÁ, Hana. Slovník prevence problémů působených návykovými látkami pro rodiče a pedagogy. 3. vydání. Praha: Státní zdravotní ústav, 1999. ISBN 80-7071-123-X.
12. PLOCOVÁ, Monika. Na špičce ledovce. 1. vydání. Praha: iNSiGNiS, s. r. o., 2005. ISBN 80-8653-03-6.
13. SKÁLA, Jaroslav a kol. Závislost na alkoholu a jiných drogách. 1. vydání. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1987. ISBN 08-077-87.
14. SURYNEK, Alois, KOMÁRKOVÁ, Růžena, KAŠPAROVÁ, Eva. Základy sociologického výzkumu. 1. vydání. Praha: Management Press, 2001. ISBN 80-7261-038-4.
15. Organizační řád pavilonu 8, PL Bohnice.
16. Pilotní statistická studie klientek s problematikou závislosti na alkoholu hospitalizovaných na AT odd. pavilonu 8 PL Bohnice v období leden 2005 - červen 2007.
17. Dotazníkové šetření mezi klientkami AT odd. pavilonu 8 PL Bohnice v období duben 2007 - březen 2008.

Internetové zdroje

1. Dějiny alkoholu [online]. Datum vydání ani revize není k dispozici.[cit.17. července 2009].
Dostupný z WWW:
<http://dejinyalkoholu.blogspot.com/2007/10/historie-alkoholu.html>
2. Pij s rozumem [online]. Datum vydání ani revize není k dispozici. .[cit.20. července 2009].
Dostupný z WWW:
<http://www.pijsrozumem.cz/Alkohol-a-jeho-pusobeni/Co-je-to-alkohol>
3. Pobavme se o alkoholu [online]. Datum vydání ani revize není k dispozici. [cit.25. července 2009].
Dostupný z WWW:
http://www.pobavmeseoalkoholu.cz/104_Co-je-to-hladina-alkoholu-v-krvi
4. Oficiální stránky Anonymních alkoholiků [online]. Datum vydání ani revize není k dispozici. [cit.14. listopadu 2009].
Dostupný z WWW:
<http://www.aa.org/lang/en/subpage.cfm?page=1>
5. Psychiatrická léčebna Bohnice [online]. Datum vydání ani revize není k dispozici. .[cit.8. prosince 2009].
Dostupný z WWW:
<http://www.plbohnice.cz/home1/cz>

Summary

This thesis describes and analyses the situation of alcohol addicted women. The main part of the thesis is dedicated to the history of alcohol addiction, alcohol addiction itself and specific treatment of women - including actually looking at some documents.

The practical part is undertaken by way of a mixed study. Three methods are used: a questionnaire, an observation and an analysis of documents.

The thesis aims to answer following questions:

Why did women begin to drink alcohol?

How did women start with treatment of their addiction?

What are their ideas (dreams) for the future?

The annex includes a questionnaire, documents from a medical institution, a comparison study and a questionnaire investigation.

Seznam příloh

Příloha 1 - Bodovací systém

Příloha 2 - Jednotlivé role a náplně pacientek během léčby

Příloha 3 - Dotazník

Příloha 4 - I. Pilotní statistická studie klientek s problematikou závislosti na alkoholu hospitalizovaných na AT odd. pavilonu 8 PL Bohnice v období leden 2005 – červen 2007

Příloha 1

Bodovací systém

Kladné body:

1/2 kladného bodu dostane pacientka za: drobnou pomoc komunitě, aktivní účast na některém programu, kvalitní deníkový zápis, obecně prospěšnou aktivitu, hlídání jídelny.

1 kladný bod dostane pacientka za: krátkodobý zástup některé role, provedení připraveného programu, kvalitní elaborát, obzvlášť kvalitní deníkový zápis, pomoc komunitě nebo zástup při vedení samořídícího programu

2 kladné body dostane pacientka za: vysoce kvalitní samořídící program vyžadující dlouhodobou přípravu, mimořádnou iniciativu vyžadující značné úsilí a mající pro komunitu velký význam, výrobek týdne – max. 2 body

Záporné body:

1/2 záporného bodu dostane pacientka za: nepořádek v osobních věcech, nekvalitní elaborát, krátký deníkový zápis neb pozdní odevzdání deníku

1 záporný bod dostane pacientka za: rušení na společném programu, nevyzvednutí léku, neodevzdání výrobku, hrubé vyjadřování, nedostavení se k podepsání léčby na tým při pacientce dne, pouštění televize mimo povolený čas, bezdůvodné zvonění na detoxu, nepřezouvání, pozdní příchod na program, sezení před sesternou (pokud klientka nečeká na ošetření), pozdní návrat z jednodenní vycházky, existenčního volna

2 záporné body dostane pacientka za: nahlížení do cizí dokumentace či deníku, aplikaci náušnic (nové vpichy) - platí pro obě zúčastněné klientky, znovunasazení sundaného piercingu, neúčast na programu (za tuto nečinnost pacientka přijde ještě o 4 hodiny z víkendové vycházky), pozdní příchod na autogenní trénink, relaxaci a jógu, neohlášenou návštěvu, nezajištění zástupu rolí či programu, pobyt návštěvy (rodinných příslušníků, apod.) na pokoji, kontakt či přebírání věcí oknem, telefonování bez schválené žádosti, nedodržení budíčku, neodevzdání elaborátu, neodevzdání deníku, půjčování věcí, jejichž cena je nad 100 Kč, fyzickou agresi nebo její obdobu, návštěvu restaurace bez porušení abstinence, vstup do kuchyně kromě služby, neslušné výrazy (vulgárnost vůči personálu), zdržování se na cizích pokojích, opakovaný noční neklid, polepování stěn oddělení a pokojů, neuposlechnutí příkazu personálu, nedodání potvrzení z existenční propustky, nedovolené kontakty s mužskými pacienty léčebny, opuštění areálu bez vědomí týmu, vědomí ničení majetku, zneužití existenční propustky pro jiný účel, než pro jaký byla

schválena, tři opakované závady při úklidu, používání výtahu, neplnění úkolů vyplývajících z role, kouření mimo vyhrazený čas či prostor, pití kávy, nedodržení povinností vyplývajících ze stupně „P“.

Příloha 2

Jednotlivé role a náplně patientek během léčby

Kněžna (pouze P3)

Je spojovacím článkem mezi komunitou a terapeutickým týmem. Sleduje veškeré úkoly zadávané týmem, dbá na včasné odevzdání elaborátů. Vede evidenci bodového systému, 1x denně provádí kontrolu bodů u sester. Aktivně se podílí na léčbě spolupacientek. Kontroluje body za role, ruční práce. Informuje nové pacientky o řádu oddělení do tří dnů po příchodu na oddělení. Kněžna má právo přidělit plusové body jako ocenění. Vše v souladu s režimovým řádem.

Zástupkyně kněžky

Rozděluje role, vyhotoví a odevzdá 3x jejich seznam (pro kněžnu, na nástěnku, na sesternu). Každý, kdo odchází mimo oddělení a nemůže vykonávat svoji roli, je povinen se ohlásit zástupkyni. Ta pak určuje náhradnici z patientek na oddělení. V případě nepřítomnosti kněžny přebírá jejich pravomoc. Hlásí na komunitě stav – počet patientek na detoxifikaci, na propustkách a stacionáři. Sleduje počasí, svátky, narozeniny patientek. Místokněžna má právo přidělit minusové body pokud pacientka neplní řádně svou roli nebo povinnost. Má právo udělit plusové body jako ocenění. Vše v souladu s režimovým řádem a po dohodě s kněžnou.

Rolnička

Má na starosti přípravu komunitní místnosti na jednotlivé programy. Pět minut před zahájením programu zvoní a zodpovídá za přípravu případných pomůcek. Při druhém zvonění v čase začátku programu čekají již všechny pacientky v dané místnosti na program. Přípravuje CD pro relaxaci.

Sportovec

Vede ranní rozcvičky. Pokud se nedostaví rehabilitační sestra, zastupuje ji a vede rehabilitační cvičení a zodpovídá za kázeň. Aktivně se podílí na veškerých sportovních akcích. Zodpovídá za účast patientek na rozcvičkách a cvičeních.

Údržbář

Zjišťuje závady zařízení na oddělení a tyto písemně předává staniční sestře před ranní komunitou. Menší závady, pokud na to sama stačí, opravuje.

Samaritán

Kontroluje po hygienické stránce celé oddělení, zvláště čistotu WC a koupelny, čistotu a pořádek na pokojích a ve společenské místnosti. Kontroluje v případě potřeby osobní hygienu, nedostatky projedná přímo se zúčastněnými. Při hrubých hygienických nedostacích na oddělení může být bodově postižen.

Dokumentaristka

Zabezpečuje vyhotovení písemných materiálů nutných pro komunitu.

Telefonistka (pouze P3)

Kontroluje a zodpovídá za hovory. Shání členky komunity k telefonu. Ve večerních hodinách shromažďuje deníky a žádosti komunity, které ve 22:00 odevzdá na sesternu.

Kadeřnice

Po poučení o bezpečnosti staniční sestrou pečuje o zlepšení estetického vzhledu členek komunity ve stanovený čas a stanoveném místě.

Kantor

Připravuje píseň týdne, vede zpěv a nácvik písní, odpočítává píseň na uvítanou a na rozloučenou, vyzvedává CD.

Kuchyňská služba

Pomáhá sestřám s odběrem stravy, má na starosti mytí nádobí a úklid kuchyně. Službu vykonávají pacientky P3.

Pochůzkář

Provádí pochůzky během dne dle pokynů sester (pouze pacientky P3).

Zahradník

Pečuje o květiny na chodbách a ve společenských místnostech oddělení (zelévání, mytí, přesazování).

Nástěnkářka

Má na starosti nástěnky, aktualizuje je.

Hosteska

Roznáší jídlo ke stolům.

Knihovnice

Eviduje zapůjčené knihy z knihovny oddělení a dbá, aby je pacientky odcházející z léčby vrátily. Dbá na uzamykání knihovny. Klíče vyzvedává a odevzdává sestře.

Klíčník

Vyzvedává na westerne klíč od tělocvičny a sestře ho osobně vrací.

Ekologická hlídka (pouze pacientky P3)

Zajišťuje nezávadnost prostředí na zahradě i na oddělení. Zahradu zbaví před příchodem ostatních pacientek nepořádku. V případě probíhajícího kontaktu pacientky s osobou zvnějšku, hlídka neprodleně hlásí tento kontakt sestře. Pokud tak hlídka neučiní je bodově potrestána. Dohlíží, aby se v budově nikde zbytečně nesvítilo.

Patronka

Patronku dostane každá nová pacientka, kdy patronka představí svou svěřenkyni ostatním členkám komunity. Poskytuje své svěřenkyni rady ve správné orientaci v řádu oddělení. Usměňuje její chování, podporuje dobré návyky a tlumí nevhodné projevy. Na základě vlastní zkušenosti, vlastního příběhu, vysvětluje smysl a význam léčby, důležitost přiznání si své závislosti, spolupráce s týmem, zdůrazňuje potřebu poctivosti, ochoty se změnit, povzbuzuje ji, aby naslouchala a komunikovala s ostatními, poskytuje emoční podporu v krizi. Svěřenkyně sedí na programech vedle patronky. Díky patronce nová členka získá pocit pochopení.

Příloha 3

Dobrý den,

Jmenuji se Lucie Ptáčková, jsem studentkou Západočeské Univerzity v Plzni, navazujícího magisterského studia oboru Sociální politika a sociální práce. Své studium bych měla ukončit státnicemi a samozřejmě diplomovou prací, jejíž téma zní: *Léčba žen závislých na alkoholu v psychiatrické léčebně Bohnice*.

Touto cestou bych Vás ráda poprosila o vyplnění dotazníku. Někdy je možné zakroužkovat více odpovědí. Na dotazník mi prosím napište Vaše jméno, příjmení není nutné. .

Děkuji za Váš čas, doufám, že Vás moc nezdržím. Vašich odpovědí si velice vážím.

Hezký zbytek dne ☺ Lucka

Jméno:

1. Věk:

- a) 20 - 30 let
- b) 31 - 40 let
- c) 41 - 50 let
- d) jiný věk.....

2. Jsem:

- a) svobodná
- b) vdaná
- c) rozvedená
- d) vdova

3. Kolik máte dětí?

- a) 1 dítě
- b) 2 děti
- c) 3 děti
- d) nemám děti

4. Moje závislost na alkoholu začala v mých:

- a) 20 - 30 letech
- b) 31 - 40 letech
- c) 41 - 50 letech
- d) jiný věk.....

5. Důvodem začátku mé pravidelné konzumace bylo:

- g) zaměstnání (stres v práci, moc práce, problémy s nadřízeným, ztráta zaměstnání...)
- h) samota (odchod dítěte z rodiny, jsem rozvedená, mateřská dovolená, nuda...)
- i) manžel, partner (má moc práce, nemá čas, našel si jinou, zemřel,...)
- j) moje osobnost (potřeba uvolnit se, překonat zábrany,)
- k) kamarádi (v partě pili všichni, potřeba vyrovnat se kamarádům)
- l) jiný důvod, jaký?:.....

6. Pomoc mi vyhledala:

e) rodina (děti, manžel, rodiče,...)

f) kamarád/ka

g) pomoc jsem vyhledala sama

h) jiná možnost, jaká??.....

7. Léčím se:

e) poprvé

f) podruhé

g) potřetí

h) jiná možnost.....

8. Alkohol jsem konzumovala především:

f) sama doma

g) na různých akcích (večírky, grilování, posezení s kamarády,...)

h) s kamarádkami, vyhledávala jsem co nejvíce příležitostí

i) v zaměstnání (servírka, barmanka, apod.)

j) jinde, kde?.....

9. Měl s alkoholem problémy někdo z vaší rodiny?

a) ne

b) ano, kdo?.....

10. Až se dostanu zpátky domů, tak ...

11. Až se vrátím domů bojím se...

12. Alkohol mi dal:.....

13. Alkohol mi sebral:.....

14. V léčbě mám největší problémy s.....

Příloha 4

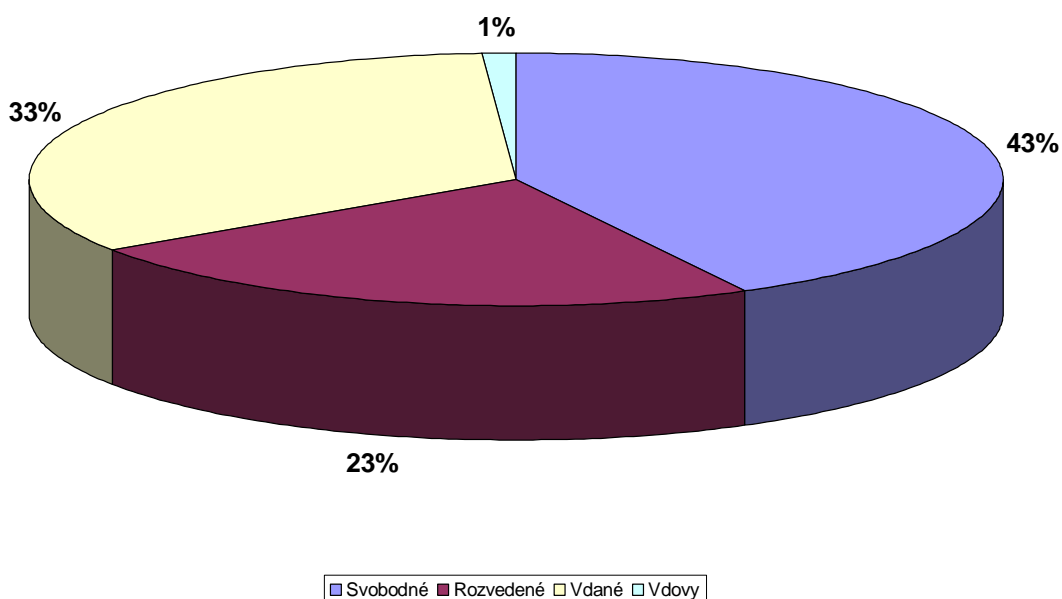
I. Pilotní statistická studie klientek s problematikou závislosti na alkoholu hospitalizovaných na AT odd. pavilonu 8 PL Bohnice v období leden 2005 – červen 2007

Na AT odd. pavilonu 8 PL Bohnice proběhlo pilotní statistické šetření vycházející ze zdravotní dokumentace klientek hospitalizovaných v období leden 2005 – červen 2007. Z daného souboru dat vyplývají zajímavé údaje. Během roku 2005 bylo na tomto oddělení hospitalizováno celkem 463 žen s problematikou závislosti na alkoholu. Následující rok 2006 bylo na AT oddělení PL Bohnice přijato celkem 466 žen a za 1. pololetí roku 2007 223 žen. Věkové rozložení tohoto souboru žen bylo následující:

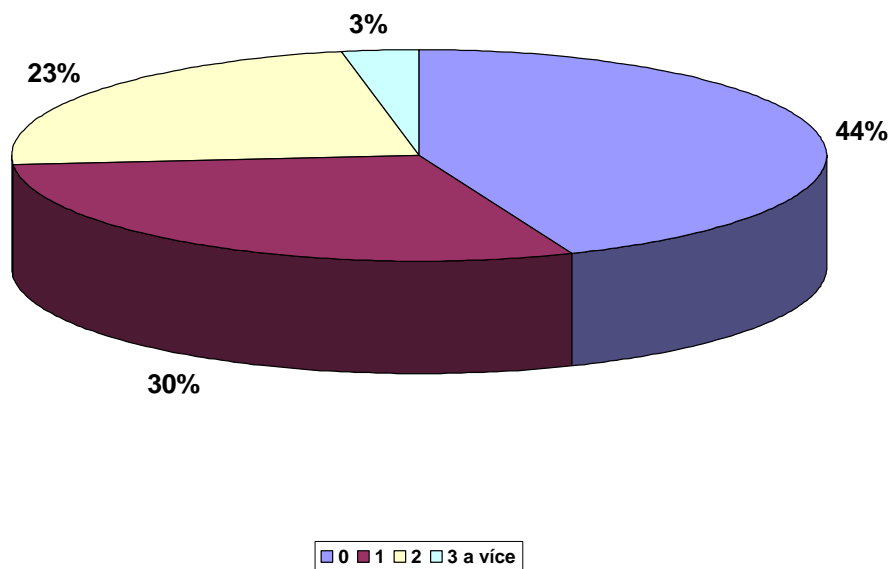
Věková skupina	Rok 2005	Rok 2006	1. pol. roku 2007
18 – 25 let	6,68 %	6,61 %	2,24 %
26 – 35 let	19,00 %	21,89 %	22,87 %
36 – 45 let	25,43 %	23,90 %	25,00 %
45 let a výše	47,00 %	48,00 %	49,80 %

Dále byl soubor těchto žen sledován i z hlediska rodinného stavu, počtu dětí a dosaženého vzdělání. Výsledky jsou shrnuty v následujících grafech.

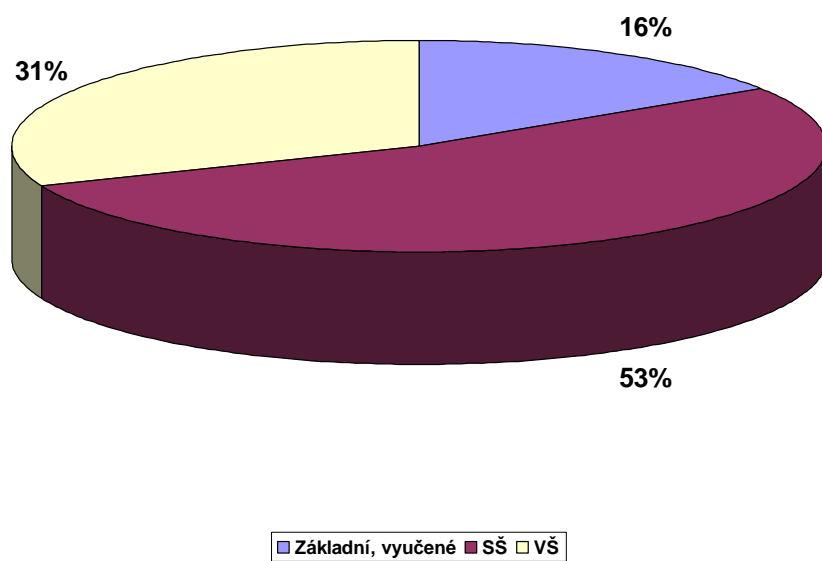
Rodinný stav



Počet dětí



Dosažené vzdělání



Závěrem lze říci, že nejčastěji se vyskytují dvě kombinace; vysokoškolsky vzdělaná, svobodná klientka s jedním dítětem a dále středoškolsky vzdělaná, rozvedená klientka se dvěma dětmi.

Tato pilotní studie také prokázala, že problematika závislosti na alkoholu se dotýká všech věkových skupin žen a je velkým omylem myslet si, že typickou klientkou je žena žijící sama, nezaměstnaná a s nízkým dosaženým vzděláním. Naopak jde o ženy se středoškolským či vysokoškolským vzděláním a často také matky s malými dětmi. Je nutné si tedy uvědomit, že léčba závislosti je komplexní problematikou a největšího úspěchu dosáhneme propojením a spoluprací v oblasti sociální, rodinné, ale i celospolečenské.

II. Dotazníkové šetření mezi klientkami AT odd. pavilonu 8 PL Bohnice v období duben 2007 – březen 2008.

Osloveno bylo **100 respondentek**, absolventek pobytové léčby pro problematiku alkoholu.

Popis vzorku:

- **27 klientek bylo svobodných, 30 rozvedených, 42 vdaných, 1 vdova**
- **72 klientek mělo minimálně jedno dítě, z nich v 60 případech šlo o děti nezletilé**
- **duální diagnózou** (zneužívání alkoholu + deprese, úzkosti, poruchy příjmu potravy) **trpělo 42 osob**
- **křížovou závislostí** (zneužívání alkoholu + léky či jiné drogy) **trpělo 14 osob**

Jako základní problémy spojené se zneužíváním alkoholu uvedly klientky následující:

- **rodinné problémy** (partnerké problémy, rozvod, zabezpečení dětí) **uvedlo 50 osob**
- **sociální problémy** (bydlení, finance, návrat do zaměstnání, hledání práce) **uvedlo 34 osob**
- **ostatní** (sebedisciplína, řád, zvládání krizových situací) **uvedlo 16 osob**

MUDr. Bartáková Otilie
Plocová Monika
Mgr. Zuzana Skálová
PL Bohnice
AT odd., Pavilon 8