MASARYKOVA UNIVERZITA

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra tělesné výchovy a výchovy ke zdraví

Rozdíly v příčinách a průběhu alkoholismu u žen a mužů

Bakalářská práce

Brno 2019

Vedoucí práce:
RNDr. Mgr. Alice Prokopová, Ph.D.

Autor práce:
Markéta Požárová

Bibliografický záznam práce

POŽÁROVÁ, Markéta. *Rozdíly v příčinách a průběhu alkoholismu u žen a mužů: bakalářská práce*. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra tělesné výchovy a výchovy ke zdraví, 2019. 74 s., 3 s. příl. Vedoucí bakalářské práce RNDr. Mgr. Alice Prokopová, Ph. D.

Anotace

Tato bakalářská práce se zabývá rozdíly v příčinách a průběhu alkoholismu u mužů a žen. V teoretické části shrnuje odborné poznatky v této problematice, je zde popsáno, co je to alkohol a jeho účinky na člověka, dále definován alkoholismus, jeho příčiny vzniku, specifikován ženský alkoholismus oproti mužskému, jeho důsledky a v poslední kapitole popsána léčba. Ve výzkumné části jsou interpretovány výsledky dotazníkového šetření, které se zabývalo rozdílností ženského a mužského alkoholismu.

Klíčová slova

Alkohol, alkoholismus, závislost, příčiny alkoholismu, důsledky alkoholismu, alkoholismus u žen, alkoholismus u mužů, léčba.

Annotation

This bachelor thesis deals with differences in causes and course of alcoholism in men and women. The theoretical part summarizes the expert knowledge in this issue, describes what is alcohol and its effects on humans, further defined alcoholism, its causes of origin, specified female alcoholism versus male, its consequences and in the last chapter described treatment. The research part interprets the results of the questionnaire, which dealt with the differences between female and male alcoholism.

Keywords

Alcohol, alcoholism, addiction, causes of alcoholism, consequences of alcoholism, alcoholism in women, alcoholism in men, treatment.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, s využitím pouze citovaných literárních pramenů, dalších informací a zdrojů v souladu s Disciplinárním řádem pro studenty Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity a se zákonem č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

Souhlasím, aby bakalářská práce byla uložena v knihovně Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity a zpřístupněna ke studijním účelům.

_____

podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala RNDr. Mgr. Alici Prokopové, Ph. D. za odborné vedení bakalářské práce, cenné rady, trpělivost a velkou morální podporu při psaní této práce. Dále mé poděkování patří MUDr. Janě Bartesové, která mi pomohla s realizací dotazníkového šetření na protialkoholním oddělení v psychiatrické léčebně v Jihlavě.

Obsah

1 ÚVOD 6

2 ALKOHOL 7

2.1 OPILOST A JEJÍ STÁDIA 7
2.2 DRUHY OPILOSTI 8
2.3 UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU V ČESKÉ REPUBLICE 9

3 ALKOHOLISMUS 11

3.1 DĚLENÍ ZÁVISLOSTI 11
3.1.1 Fyzická závislost 12
3.1.2 Psychická závislost 12
3.2 KLASIFIKACE ABÚZU ALKOHOLU 12
3.3 TYPY ALKOHOLOVÉ ZÁVISLOSTI 12
3.4 VÝVOJ ZÁVISLOSTI 14
3.4.1 Vývojová stádia 14
3.5 FAKTORY VZNIKU ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU 16
3.5.1 Genetické a biologické faktory 16
3.5.2 Psychické faktory 18
3.5.3 Sociální faktory 19
3.5.4 Rizikové skupiny 20

4 ALKOHOLOVÁ ZÁVISLOST U ŽEN 23

4.1 SPECIFIKA ŽENSKÉHO ALKOHOLISMU A JEHO ODLIŠNOSTI VE SROVNÁNÍ S MUŽI 24
4.2 ODLIŠNOSTI V PRŮBĚHU LÉČBY ALKOHOLISMU U ŽEN A MUŽŮ 26

5 DŮSLEDKY NADMĚRNÉHO UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU 28

5.1 SOMATICKÉ POSTIŽENÍ 28
5.1.1 Interní komplikace 28
5.1.2 Neurologické komplikace 30
5.2 PSYCHICKÉ POSTIŽENÍ 30

6 LÉČBA ZÁVISLOSTI 32

6.1 FORMY LÉČBY 32

7 VÝZKUMNÁ ČÁST 34

7.1 CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY 34
7.2 METODIKA VÝZKUMNÉ ČÁSTI A CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU 34
7.3 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ 35
7.4 ZÁVĚRY VÝZKUMU A DISKUZE VÝSLEDKŮ 57

8 ZÁVĚR 63

RESUMÉ 65

RESUME 65

9 POUŽITÁ LITERATURA 66

10 SEZNAM GRAFŮ A TABULEK 68

10.1 SEZNAM GRAFŮ 68
10.2 SEZNAM TABULEK 69

11 SEZNAM PŘÍLOH 71

1 Úvod

Téma pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala hlavně z toho důvodu, že mám okolo sebe několik blízkých, kteří se stali alkoholově závislými. Dalším z důvodů bylo i to, že většina mých přátel si nedokáže představit oslavu či jinou příležitost, u které se sejde více lidí, bez alkoholu a většina z nich nepovažuje nadužívání alkoholu za zvlášť rizikové. Posledním z důvodu byl můj dlouholetý a osobní zájem o tuto problematiku.

Alkohol je ve společnosti velmi tolerován a jeho rizika přehlížena. Běžné popíjení mezi přáteli nevyvolává nesouhlas a je brán jako součást zábavy. Až při nástupu alkoholismu je na člověka pohlíženo s nesouhlasem. Velmi málo lidí si uvědomuje, že jde o návykovou látku, která dokáže změnit osobnost člověka, i když si alkoholik zpočátku myslí, že mu alkohol pomáhá, tak naopak jeho problémy prohlubuje.

Alkoholismus je celosvětově nejrozšířenější závislostí a je také nejlépe ze všech zavilostí prozkoumán. Většina dřívějších výzkumů se na něj zaměřovala obecně nebo spíše na mužský alkoholismus, nicméně se prokázalo, že v posledních letech se objevuje více pacientek závislých na alkoholu a jejich počet nadále stoupá. Z toho důvodu se tyto výzkumy stále více začínají zabývat i ženským alkoholismem, který je v mnoha ohledech odlišný než ten mužský.

Z toho důvodu jsem se v mé bakalářské práci rozhodla analyzovat rozdíly v příčinách a průběhu alkoholismu u mužů a u žen. Teoretická část se zabývá alkoholem, jsou zde popsány jeho účinky na člověka, fáze opilosti a jeho stavy, které v člověku vyvolá. Dále definicí alkoholismu, obecnou etiologií, důsledkům nadužívání a léčbou. Teoretická část obsahuje i kapitolu o ženském alkoholismu, kde jsou uvedena různá specifika, která jsou jen u žen a také odlišnosti jejich nadužívání alkoholu oproti mužům. Ve výzkumné části jsou popsány metody výzkumu, výzkumné otázky a samotný cíl výzkumu. Je v ní dále prezentován vzorek respondentů, interpretovány získané výsledky z dotazníkového šetření a celkové shrnutí získaných poznatků výzkumu.

2 Alkohol

Alkohol je po staletí součástí lidské společnosti, podle archeologických nálezů byl alkohol vyráběn a konzumován již v dávných dobách a v různých civilizacích. Používal se při náboženských rituálech a obřadech, v medicíně a později i jako běžný nápoj. Stejně dlouho, jako je znám alkohol, jsou známy i negativní účinky spojené s nadměrným užíváním alkoholu. Konkrétním příkladem z historie českých zemí v 11. století je zákon, který svědčí o závažných problémech spojených s oblibou konzumace piva a medoviny v tehdejších dobách. „Protialkoholní zákon“ byl vydán panovníkem Břetislavem I., a zamezoval požívání alkoholu a uváděl tresty pro opilce a krčmáře (Kalina a kol., 2003).

Jeho konzum bývá součástí oslav, výročí nebo běžného setkání s přáteli nebo rodiny. Globálně si jeho negativní účinky velká část populace neuvědomuje a považuje ho za zcela běžnou věc, která není příliš riziková pro organismus jedince.

2.1 Opilost a její stádia

Alkohol vyvolává stav opilosti, který je u mnoha pijanů právě tolik žádoucí, díky jeho účinkům se člověk dostává do stavu větší duševní pohody, při kterém se v první fázi uvolní, působí veseleji, živěji, opadají komunikační zábrany a jejich problémy se zdají méně závažné. Pokud dochází k zvyšování opilosti, opadají prvotní stimulační projevy a stav přechází do útlumu a ospalosti (Polách, 2015).

Dle Kaliny a kol. (2003) lze intoxikaci rozdělit do čtyř stádií:

1. Excitační, euforické stádium: v tomto stádiu se hladina alkoholu v krvi pohybuje okolo 0,5–1 ‰. Na konzumenta alkohol působí stimulačně, vyvolává mu euforii, dále má zvýšené sebevědomí, tudíž dobře komunikuje a jeho zábrany v mluvě byly potlačeny.
2. Hypnotické stádium: stádium, v kterém se hladina alkoholu v krvi pohybuje okolo 1–2 ‰. Spotřebitel ztrácí sebekontrolu, jeho reakce jsou prodloužené a začínají problémy s koordinací a rovnováhou. Kognitivní funkce jsou narušeny a může se objevovat podrážděnost a agresivita.
3. Narkotické stádium: stádium dosahuje 2–3 ‰ alkoholu v krvi u konzumenta. Nastává těžká koordinace těla, vyskytují se projevy zmatenosti. Jsou již přítomny počínající znaky poruchy dechové

a oběhového centra – s tím je spojen nízký krevní tlak, studená kůže, může docházet až k podchlazení. Dalším příznakem je mělké a zpomalené dýchání a často jedinec přechází do hlubokého spánku.

4. Asfyktické stádium: hladina alkoholu v krvi dosahuje až 3,5–5 ‰. Pro člověka velmi nebezpečné stádium, protože dochází k hlubokému bezvědomí až kómatu. Může dokonce dojít k centrálnímu selhání dýchání a oběhu, které způsobí smrt.

2.2 Druhy opilosti

Skála a kol. (1987) uvádí tři druhy opilosti, které byly popsané na konci první poloviny 20. století doktorem Jellinkem, v této kapitole si tyto kategorie podrobně specifikujeme.

1. Prostá alkoholová opilost (Ebrietas simplex) – Jedná se o akutní intoxikaci alkoholovými nápoji, která má čtyři stádia, která jsme si popsali v předchozí kapitole (excitační, hypnotické, narkotické a asfyktické stádium). V průběhu prosté opilosti se v prvotní fázi zlepšuje nálada, jedinec ztrácí zábrany, je více komunikativní a nemá problém s komunikací a sebevědomím. V dalším stádiu dochází k útlumu, ospalosti, člověk je apatický, jedinec může usnout a v nejhorším případě může dojít i k bezvědomí nebo smrti. Pro každého konzumenta jsou rysy chování odlišné, záleží na osobnosti a jejím charakteru. Důležitým faktorem je i snášenlivost alkoholu jedince, zda se jedná o muže či ženu, důležité je i přihlédnout k fyzickému a psychickému stavu dané osoby.
2. Opilost patická (Ebrietas pathica) – Je to náhlá patická reakce na alkohol, projevuje se poruchou vědomí, která se projevuje velmi zkresleným chápáním reality. Jedinec se chová pro okolí velice zvláštně, ač může druhým připadat jeho jednání v opilosti humorné, mnohdy bývá pro ně spíš nebezpečné. Chování v patické opilosti je pro samotného konzumenta nepochopitelné a pro jeho osobu takřka cizí. Jedinec nereaguje na reálnou situaci, ale na iluze, bludy, které mají velice často paranoidní charakter. Typické jsou stavy, kdy pacient chodí sem a tam nebo bezdůvodně přenáší věci na různá místa. Trvání patické opilosti není přesně specifikováno, může se jednat o záležitost několika minut, či dokonce několika hodin.

Stav je ukončen spánkem, po kterém si ve většině případů jedinec stav nepamatuje vůbec, nebo jsou jeho vzpomínky pouze útržkovité. Tato forma opilosti se ovšem objevuje zřídkakdy a většinou se u jednoho jedince neopakuje. Není spojována s vývojovými stádii závislosti na alkoholu, není u ní podstatná hladina alkoholu v krvi, tzn., objevuje se jak po požití malých dávek, tak velkých dávek.

3. Opilost komplikovaná (Ebrietas complicata) – Uvádí se, že opilost komplikovaná vyplňuje mezeru mezi opilostí prostou a patickou. Podle definice je to další stádium prosté intoxikace, kdy po euforické fázi a následnému útlumu dochází k náhlému afektivnímu chování jedince, které se liší od patické opilosti tím, že je vyvoláno skutečnou situací, která se kdysi odehrála v životě postiženého, a je reakcí konzumenta na ni. Intoxikovaný se chová nepříjemně a podrážděně, jeho vědomí nemusí být zcela čisté, ale v jeho mysli se neobjevují žádné bludy či iluze. Tato forma opilosti se vyskytuje hojně u pacientů, kteří v nedávné době prodělali otřes mozku či podobnou organickou změnu centrální nervové soustavy, proto se komplikovaná opilost může objevovat u jednoho jedince několikrát za život, na rozdíl od patické opilosti.

Někteří odborníci dále definují opilost kombinovanou, tato forma nemá ovšem jasnou specifikaci, ale je pro každého jedince individuálně posuzována (Skála a kol., 1987).

2.3 Užívání alkoholu v České republice

Užívání alkoholu v České republice je velice rozšířené a společností tolerované – potvrzuje to výzkum z roku 2012. Podle průzkumu potvrdilo stálé konzumování alkoholu 15 % dospělé české populace. U mužů se časté popíjení vyskytuje u 23 % a u žen 8 %. Pravidelnou konzumaci alespoň jednou týdně potvrdila více než polovina dotazovaných mužů a čtvrtina žen.

Na druhou stranu je stálá abstinence v České republice o něco menší než v jiných evropských zemích. Celoživotních abstinentů je ve výzkumu pouhých 2,5 %. Dále abstinenci v posledním roce potvrdilo 11 % respondentů. Je zajímavé, že rozdíly u celoživotních abstinentů u mužů a u žen jsou minimální, za to u alkoholismu je rozdíl trojnásobný.

Dalším důležitým ukazatelem je průměrná roční spotřeba alkoholu na konzumenta (v litrech čistého lihu). Pokud do výpočtů výzkum zahrnoval i část populace, která abstinovala, byla spotřeba spočítána na 7,43 l. Obecně mají muži větší roční spotřebu než ženy, a to dokonce třikrát vyšší. Podle věkových kategorií má největší roční spotřebu nejmladší věková skupina do 25 let, naopak nejnižší byla u nejstarší generace nad 65 let, rozdíl mezi skupinami byl 3,7 l. Co se týče třídy, která rozlišovala konzumaci podle typu bydliště město – venkov, byla diference minimální. U kategorie se vzděláním byl zjištěn nepřímý vztah. Respondenti s vysokoškolským vzděláním potvrdili nižší roční spotřebu alkoholu než respondenti se středním vzděláním s maturitou nebo s výučním listem.

Výzkum se dále zabýval zastoupením forem pití alkoholu, které zahrnovaly 3 kategorie: umírněné pití, rizikové pití a škodlivé pití. Každá kategorie byla definovaná podle denního příjmu alkoholu v gramech. Největší zastoupení, a to až 73 % měla skupina umírněných konzumentů, zbylé skupiny měly zastoupení se stejným procentem spotřebitelů (7 %). Nejvíce abstinentů a nejméně škodlivě konzumujících respondentů bylo v nejstarší věkové skupině nad 65 let. Stejně jako u průměrné roční spotřeby alkoholu i v tomto ukazateli město – venkov byla odchylka zanedbatelná. Co se týče vzdělání, škodlivé pití s ním klesá, a proto je vyšší procento abstinence mezi vysokoškoláky.

Dalším významným ukazatelem problému s alkoholem je časté pití nadměrných dávek alkoholu za týden. Toto pravidelné pití potvrdilo v studii 18 % respondentů, z toho muži více oproti ženám. Pokles nadměrného pití je nepřímo úměrný s věkem. Nadměrnou konzumaci udávají více respondenti žijící na venkově než ve městě. Vysokoškoláci užívají nadměrné dávky méně často oproti konzumentům se středním vzděláním, výučním listem nebo základním vzděláním (Scémy, Sovinová, 2012).

3 Alkoholismus

Nekontrolovatelné požívání alkoholu se označuje jako alkoholismus. První definice nadměrné konzumace alkoholu je známa již z roku 1784, kdy ji určil americký doktor Benjamin Rush. Samotný pojem alkoholismus je připisován lékaři Magnussovi Hussovi, který ho poprvé použil v roce 1849. Ovšem až o necelých sto let později byl alkoholismus chápan jako závažný medicínský problém (Kalina a kol., 2003).

Definice alkoholismu je podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí popisována jako: *„Skupina jevů fyziologických, behaviorálních a kognitivních, v nich přijímání alkoholu má u jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi víc cenil.“* (Mühlparch, 2008, s. 82).

Ústředním symptomem syndromu závislosti je velice silná a nepřekonatelná touha po alkoholu.

Mühlparch (2008) ve své publikaci uvádí několik důležitých symptomů pro diagnostiku závislosti na alkoholu v několika bodech, jedinec musí vykazovat nejméně 3 příznaky z uvedených:

1. Silná touha a potřeba přijímat alkohol.
2. Potíže v kontrole přijímání alkoholu, a to při začátku a ukončení pití alkoholu.
3. Tělesný odvykací stav, jestliže je alkohol přijímán s úmyslem zmenšit jeho příznaky nebo jestliže je přijímána podobná látka se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací symptomy.
4. Průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinků původně vyvolaného nižšími dávkami alkoholu.
5. Postupné zanedbání jiných zájmů ve prospěch přijímání alkoholu a zvýšení času na pití alkoholu nebo zotavení se z jeho účinků.
6. Pokračování v požívání alkoholu, i když si jedinec uvědomuje prokazatelnost škodlivých následků užívání jako poškození jater, deprese vyvolaná nadměrným užíváním alkoholu.

3.1 Dělení závislosti

I jako u jiných druhů závislostí, tak i u alkoholismu rozlišujeme dva typy dělení, a to psychickou závislost a fyzickou závislost na alkoholu.

3.1.1 Fyzická závislost

Je to stav, kdy si biologické funkce organismu navykly na psychoaktivní látku. Velice často bývá doprovázena zvyšující se tolerancí na danou látku. Fyzická závislost se po vysazení látky projevuje jako abstinenční syndrom, ten se projevuje neklidem, tělesným napětím, pocením a silným třesem (Vágnerová, 2004).

3.1.2 Psychická závislost

Psychická závislost se projevuje velice silnou touhou po látce, která se velmi těžko překonává. Tato touha nutí konzumenta užívat látku opakovaně a s přesvědčením, že kdyby látku nedostal, vyvolalo by to špatný stav. Postupně pouze představa, že by látka nebyla užita, vyvolá silné pocity úzkosti a podrážděnosti (Vágnerová, 2004).

3.2 Klasifikace abúzu alkoholu

Jsou klasifikovány 3 typy nadužívání alkoholu, první typ symptomatický je specifický pro ženy alkoholičky. Doba k vytvoření závislosti se udává 5 let, skupina je typická pro samotářské pití, pití ke zlepšení nálady a odbourání komunikačních zábran. Tento typ nadměrného užívání vede k závislosti s psychogenním podkladem. Druhým typem je typ systematický, který je naopak typický pro mužskou populaci. Zakládá si na stereotypním pití alkoholu, kde se rozvíjí pijácké chování a hlavním fenoménem je čas. Na tomto druhu se rozvíjí závislost s podkladem společensko – sociálním. Je důležité si uvědomit, že v praxi se tyto dva typy nikdy nevyskytují samy, ale vzájemně se propojují. Posledním je juvenilní etylismus, který má velice brzký začátek, obvykle už začíná v dětství. K alkoholismu se jedinec dostává již okolo třináctého roku života. Tento druh je velice ojedinělý a je vázán na etnické faktory (Mühlpachr, 2008).

3.3 Typy alkoholové závislosti

U alkoholismu je zajímavé, že každý jedinec, který užívá alkohol v nepřiměřených dávkách, má různá specifika. Někteří popíjí pouze o samotě, jiní ve společnosti, někteří mají v nadměrných dávkách přestávky, ale jiní si zase nedokáží představit den bez jejich požadovaného množství. Tuto rozmanitost si již v první polovině 20. století uvědomoval doktor Jellinek, který vytyčil pět typů závislostí, podle kterých se klasifikuje dodnes.

1. Typ alfa – pro konzumenty je typické občasné požívání alkoholu s úmyslem požít nepřiměřenou dávku alkoholu, aby vyvolal intoxikaci. Velice úzce souvisí s vnitřními konflikty, proto jedinec využívá účinky alkoholu k odstranění nepříjemných pocitů a emocí nebo snížení tenze. Spotřebitel si dopomáhá alkoholem ke ztrátě komunikačních zábran a navázání kontaktu s lidmi. U této skupiny má jedinec stále kontrolu nad pitím, neobjevuje se fyzická závislost na látce, ale dochází k neustálému zvyšování tolerance na alkohol. U tohoto druhu jsou rizika spojena s různými úrazy a s kriminalitou. Alfa typ zvyšováním dávek přechází do typu gama.
2. Typ beta – pro tento typ je charakteristické příležitostné užívání alkoholu, které souvisí s pijáckým návykem nebo s volným časem, který konzument neumí využít. Alkoholici patřící do této skupiny, vyhledávají tyto příležitosti k pití častěji, ale nedochází při nich k velké intoxikaci. Jedinec pije, protože se nechce odlišovat od skupiny a ostatních lidí, dále nechce zůstávat v pozadí společnosti. Stejně jako u typu alfa není přítomna fyzická závislost a není změněna sebekontrola. Další fází tohoto typu je typ delta.
3. Typ gama – tento typ je další fází typu alfa, je již prokazatelná závislost na alkoholu, konzument má poruchovou kontrolu nad požíváním alkoholických nápojů, nikdy si není jist, jestli po nadměrném užití nebude pokračovat až do fáze intoxikace. Jedinec po intoxikaci dokáže kratší, nebo i dokonce delší dobu abstinovat. Charakteristická je psychická závislost a proměnná tolerance alkoholu tzv. nejdříve stále stoupá, ale postupem času nakonec klesne.
4. Typ delta – u tohoto typu je typická fyzická závislost, proto si jedinec snaží udržovat určitou hladinu alkoholu v krvi, aby nepřišel abstinenční syndrom. Střídání pijáctví a abstinování tedy není možné. Okolí už u konzumenta nepozná, kdy je opilý a kdy ne, protože je ve stavu *„nikdy střízlivý, nikdy opilý.“* (Kvapilík a kol., 1985, s. 34).

   U této skupiny je největší riziko poškození jater a dalších orgánů.
5. Typ epsilon – je nejméně častý ze všech typů, je spojován s afektivními poruchami a je pro něj charakteristické občasné chorobné pití se střídáním abstinenčních období.

Je nutné si uvědomit, že všechny typy alkoholové závislosti jsou velice nebezpečné pro každého jedince. Důležité je nezapomínat, že se tyto typy mohou často prolínat a kombinovat, ale vždy jedna forma převládá. Za nejčastější typ alkoholové závislosti je označován typ gama (Kvapilík a kol., 1985).

3.4 Vývoj závislosti

Vývoj závislosti na alkoholu je velice komplikovaný. Samotný přechod mezi jeho nadužíváním a přímou závislostí je velice nenápadný. Charakteristické je zvyšovaní tolerance k dávkám, což vede k postupné ztrátě kontroly nad vypitým množstvím. Typické jsou i změny v myšlení a chování osobnosti, *„jedná se vlastně o adaptační mechanismus, kterým alkoholik reaguje na konflikty, vznikající při konfrontaci s realitou a stále častějších a výraznějších problémů, vyvolaných pitím. "* (Kalina a kol., 2003, s. 153).

Po těchto prodělaných změnách se vyskytují u jedince tzv. alkoholické obrany, díky nim nejprve svůj problém s alkoholem skrývá, později ho má potřebu vysvětlovat a nakonec před všemi racionalizovat (Kalina a kol., 2003).

V otázce vývoje alkoholismu je velice důležitá také změna tolerance vůči alkoholickým nápojům, po které přichází přítomnost odvykacích příznaků. Jedinec se tyto symptomy snaží nějakým způsobem potlačit. Charakteristickým rysem tolerance je její zvyšování s narůstající závislostí, jedinec může vypít větší množství alkoholických nápojů a nemusí okolí připadat podnapilý. Postupem času se ovšem snášenlivost na alkoholu naopak velice rychle snižuje, a i malé množství, které dřív na jedinci nevyvolávalo dojem opilosti, se stává velice nápadným a vyvolává těžkou intoxikaci (Kalina a kol., 2003).

3.4.1 Vývojová stádia

Stejně jako typy alkoholové závislosti byla popsána o něco později vývojová stádia alkoholismu americkým alkohologem E. M. Jellinkem v roce 1952. Jellinek tato stádia rozdělil do čtyř fází.

1. Stadium: iniciální, počáteční – tato fáze je velice úzce spojována se společností. Typicky se jedinec nachází ve skupině, kde je konzumace alkoholu považována za všední věc a stala se normou. Tudíž se četnost popíjení alkoholu zvyšuje a mohou stoupat i denní dávky. Velké riziko

nastává u jedinců, kteří pijí, protože mají deprese nebo se nachází v nepříjemných životních situacích, díky alkoholu u nich dochází k uvolnění napětí, zlepšení nálady a konzument má pocit úlevy. Nakonec si zafixují alkohol jako útěchu v těchto náročných situacích, a proto s rostoucími problémy, rostou i denní dávky alkoholu.

2. Stadium: prodromální, varovná – jedinec stále pije, protože má pocit, že alkohol řeší jeho problémy, překonává zábrany, v této fázi se bohužel dostává do situace, kdy není schopen bez alkoholu překonávat obyčejné každodenní starosti, a proto jeho dávky alkoholických nápojů stoupají a zvyšuje se i jeho tolerance na alkohol. V této fázi se už neopírá pouze o společnost, ale pije i sám a občas ztrácí i kontrolu nad množstvím alkoholu, jedinec si poprvé uvědomuje nutnost požití alkoholu a pociťuje signály varování, proto se této fázi říká varovná fáze.
3. Stadium: kruciální, rozhodné – v této fázi, tolerance na alkohol neustále roste, tudíž se i zvyšují dávky alkoholických nápojů. Regulace alkoholu je pro jedince velice obtížná a stavy intoxikace se objevují stále častěji. Konzument má po vystřízlivění sice výčitky svědomí, ale při další příležitosti se opije znovu. Kontrola nad alkoholismem ustupuje, ale jedinec si svůj problém neuvědomuje a je přesvědčen, že kdyby chtěl s alkoholem skončit, dokáže to hned. Účinky opojení alkoholem už nejsou stejné jako dříve, ale kdyby se jedinec nenapil, necítil by se dobře. Stavy kolísají mezi střízlivostí, kdy je závislý ochotný se změnit, a porušením slibů sobě samému, kdy dochází k sebeobviňování a výčitkám. Postupem času začínají jedince obklopovat problémy, hlavně v sociální sféře, má konflikty v rodině, v práci. Konzument tedy raději vyhledává společnost, kde se mu pití alkoholických nápojů není vyčítáno, tudíž se dostává mezi novou skupinu lidí. Změnou prochází jedincovy hodnoty a priority, jeho emoční stránka se začíná distancovat.
4. Stadium: terminální, konečné – tolerance alkoholu v této fázi klesá, a to v důsledku poškození funkce jater. Závislý se tedy rychleji opije, ale na druhou stranu bez alkoholu již není schopen vydržet. S konzumací alkoholu začíná zpravidla již ráno a pokračuje po celý den. Dlouhodobým nadměrným užíváním alkoholu se pojí jak psychické, tak fyzické poruchy. Problémy v sociálním životě neutichají a zhoršují se. Společnost se proti

chování jedince staví obvykle negativně, proto se jedinec často izoluje od těch, kteří mu nerozumějí a neakceptují jeho závislost. Alkoholik si je vědom své neschopnosti zvládnout touhu po alkoholu a pociťuje negativní emoce, když pije, ale i když nepije (Heller a Pecinovská, 2011).

U alkoholika závislost přetrvává, i když se naučí abstinovat. Jedinec by neměl požít ani malou dávku. Jak udává ve Vágnerové (2004, s. 557) bývalá alkoholička: *„Kdo se jednou stal alkoholikem, strachu se nikdy nezbaví. Nazývat alkoholika vyléčeným je matení pojmů. Alkoholismus máme po úspěšné léčbě pouze odléčený, závislost v nás však zůstává a do konce života nad námi bude viset Damoklův meč selhání. Málokdo z alkoholů si to však přizná.“*

3.5 Faktory vzniku závislosti na alkoholu

Etiologie alkoholismu není doposud přesně specifikována, je obecně známo, že se jedná o multifaktoriální chorobu, působí zde hned několik faktorů. Záleží na osobnosti samotného jedince, na jeho reakcích a psychických a somatických predispozicích. Jedinou jistou patogenezí je dlouhodobé a nadměrné užívání alkoholu. Důležité je sociální prostředí, ve kterém se osoba nachází, pokud se vyskytuje ve skupině, kde je alkohol snadno dostupný a je také kladně tolerován, je velké riziko vyvinutí alkoholismu. Se vznikající závislostí také souvisí zaměstnání jedince, pokud je alkohol v zaměstnání akceptován, nebo dokonce pokud dochází k nabádání pití alkoholu, stává se toto prostředí pro konzumenta vysoce rizikové. Samotné dětství, rodina, v které jedinec vyrůstal, může ovlivnit budoucí slabost pro alkohol. S dětstvím je spojené psychické dlouhodobé strádání a silné negativní zážitky, které mohou být klíčové ke sklonu k alkoholismu (Skála a kol., 1987).

Vágnerová (2004) ve své knize rozděluje nejdůležitější faktory na vzniku alkoholismu do čtyř skupin, které si v následujících podkapitolách definujeme.

3.5.1 Genetické a biologické faktory

Odborníci se shodují, že genetické faktory hrají v etiologii alkoholismu velmi významnou roli. *„Není ovšem jednoznačně určeno, zda jde o komplex specifických genetických informací, podmiňujících např. dědičně podmíněnou produkci určitého mediátoru, resp. změnu jeho receptorů či enzymu, který se podílí na zpracování*

psychoaktivní látky (v případě alkoholu je to alkoholová dehydrogenáza).“ (Vágnerová, 2004, s. 550).

Je velmi důležité brát v úvahu, že rodinný výskyt závislosti může být i nápodoba chování jednoho z členů rodiny. U primárního alkoholismu, který je rozvinut velice časně, se specialisté domnívají, že dědičnost ovlivňuje jeho vznik až z 25–50 %. Byly prokázány i různé mutace, které mohou ovlivňovat tendence k nadměrnému užívání alkoholu.

Skála (1987) ve své publikaci popisuje tzv. genetickou teorii, která *„předpokládá, že se člověk rodí s odchylkami vztahu k návykovým látkám, se změněnými biologickými prostředky pro metabolizaci alkoholu.“* (Skála, 1987, s. 40). Existuje několik studií pro doložení této teorie, hledá se např. výskyt genetických znaků u nealkoholových dcer alkoholových otců, které by mohly souviset s genetickou dispozicí. Dále se pozorují dvojčata a adoptované děti, je zajímavé, že v jedné studii se odchylka ve vývoji vztahu k alkoholu u dětí, které vyrůstaly v dětském domově a měly rodiče alkoholiky, s výsledky od dětí, které nepocházely z rodiny alkoholiků, nelišila. Oproti tomu v další bylo prokázáno razantnější problémové chování ve vztahu k alkoholu u dětí, které byly odloučené od svých biologických rodičů alkoholiků v raném věku než u dětí, jejichž rodiče neměli s užíváním alkoholových nápojů potíž. Další výzkum, který se zabývá rodinným výskytem alkoholismu, uvádí největší riziko vyvinutí závislosti pro muže, jichž bratři jsou alkoholici, a to ze 46 %, syni 31 % a otcové 29 %. U žen je pořadí rodinných příslušníků stejné, pouze u bratrů alkoholiků 50 %, synů také 50 % a otců 44 %. Je samozřejmé, že se člověk nestane závislým na alkoholu pouze z genetických predispozic, ale stále se jedná o chorobu, která vznikla na základě multifaktoriálních etiologií (Skála, 1987).

Dle Vágnerové (2004) s genetickými dispozicemi velice úzce souvisí i biologické faktory, tedy biologické procesy, které reagují na alkohol v těle. Soustava, která ovlivňuje účinky alkoholu, se nazývá mezolimbický dopaminergní systém – jeho nedostatečná činnost je velmi často spojována se vznikem alkoholismu. Rozhodující je systém odměn, který souvisí s vypěstováním pozitivní zpětné vazby po užití alkoholu, kdy jedincovi poskytne příjemný pocit a zbaví ho úzkosti. Na tomto účinku mají významný podíl neurotransmiterové systémy, kdy při jejich poruše dochází k zvýšení náchylnosti k nadužívání alkoholu. Jako následek stálé konzumace alkoholu dochází ke změně fungování některých částí mozku např. kvantita a citlivost receptorů neurotransmiterů, např. dopaminu. Pokud dojde k vynechání pravidelné dávky, hladina

dopaminu klesne a jedinec pociťuje nutkavou potřebu k opětovnému užití alkoholických nápojů. U každého konzumenta je velice individuální reakce organismu na alkohol, které se mohou projevovat např. nevolností, zvracením, bolestí hlavy, únavou atd. Na tyto reakce mají vliv enzymy (u alkoholu konkrétně alkoholová dehydrogenáza), které jsou také u každého jedince funkčně odlišné. Je zřejmé, že u jedinců, kterým alkohol nevyvolává příliš nepříjemné pocity, budou sklony k alkoholismu o poznání větší.

3.5.2 Psychické faktory

Do psychických faktorů patří hned několik podskupin, které mohou ovlivňovat vznik závislosti. První z nich je **emoční prožívání** jedince, tento jedinec je emočně rozladěn, velice často trpí depresemi a stavy úzkosti, komplexně je po psychické stránce nespokojený. Toto neuspokojení může být častý motiv pro konzumaci alkoholu, pomocí které v euforické fázi zažene špatné pocity, bohužel mu alkohol postupem času bude deprese více a více prohlubovat. Druhou z nich je **způsob uvažování a hodnocení situace**, kdy se lidé špatně orientují v posuzování situací a většinou nedokáží přiměřeně posuzovat sami sebe a okolní realitu. I když se v majoritě případů jedná o jedince, kteří dosahují nižšího vzdělání a mají tedy nižší intelekt, nemusí to být pokaždé pravidlo. Jejich sebehodnocení bývá velmi radikální a nepřiměřené, často mají malé sebevědomí. I jejich očekávání do budoucnosti bývá stejně neadekvátní a chybějí jim životní cíle a dlouhodobé plány do budoucna. Další je **faktor učení**. Spousta expertů spojuje vznik závislosti s faktorem učení, jelikož požití alkoholu vyvolává v jedinci blažené, příjemné pocity, které potlačují úzkost, proto si organismus snáz na látku zvykne. U některých jedinců následné negativní důsledky pití alkoholu odradí, ale jiní se nepoučí a pokračují v konzumaci alkoholických nápojů nadále a upevňují tím souhrnný pocit frustrace. Čtvrtou podskupinou jsou **tendence k určitému způsobu chování**, jedná se tedy o jednotlivce, který má problémy se sebekontrolou, a jeho činy bývají často velmi unáhlené. Tyto tendence pozorujeme nejčastěji u adolescentů, pro které je toto impulzivní chování typické a stávají se tím nejrizikovější skupinou pro vznik závislosti. *„Obecně platí, že jedinec, který se nedokáže ovládat, bude s větší pravděpodobností experimentovat s psychoaktivními látkami, resp. nedokáže udržet míru v pití alkoholu, a proto si snadněji vytvoří návyk.“* (Vágnerová, 2004, s. 553).

Jako poslední se v psychických faktorech zohledňují **osobnostní vlastnosti**, zde se uvádí lidé, kteří velice špatně zvládají stresové situace, které mohou vyvolat pouhé každodenní situace, které jsou pro ostatní běžné. Látka se pro ně stává nejjednodušší

cestou, jak své problémy vyřešit. Rizikovou skupinou se stávají lidé, kteří mají tendenci vyhledávat nové zkušenosti a pro ně neznámé věci.

Velmi významným rizikovým faktorem je u jedince přítomnost jiné psychické nemoci, jako jsou např. schizofrenie, úzkostné poruchy, deprese či poruchy osobnosti. Tyto poruchy podporují depresivní nálady a pocity úzkosti, pokud se tedy jedná o pacienta s jinou psychickou poruchou, hovoříme o sekundárním alkoholismu (Vágnerová, 2004).

3.5.3 Sociální faktory

Sociální vlivy, jsou další důležitou složkou, která může přispívat ke vzniku závislosti. Patří sem jako u psychických faktorů několik podfaktorů, které je třeba zmínit. První z nich je **společnost**, ve které vyrůstáme. *„Jak se alkohol konzumuje, jaký druh nápoje, kdy a kolik se ho pije, jaký význam se pití připisuje – to vše je do značné míry určeno sociálními normami společnosti.“* (Skála, 1987, s. 37). Česká republika je na prvních místech v žebříčku užívání alkoholu, co se týče národností. Užívání alkoholu a jeho prodej je povolen od 18 let, ale jsou i státy jako například Spojené státy americké, kde je konzumace alkoholu povolena až od 21 let. Celkový pohled Čechů na alkohol je bohužel velmi pozitivní a jeho konzumace se bere, jako běžná součást rodinných oslav apod. Naopak trvalá abstinence vyvolává ve společnosti ve většině případů údiv a nepochopení.

Nejdůležitějším sociálním faktorem je **rodina**, je to pro každého jedince první společenství, do kterého vstupuje a velice zásadně ho ovlivňuje. Rodina dává každému určitý vzor chování, postojů, priorit a učí ho řešit problémy, se kterými se každý jednotlivec v běžném životě setkává. Náchylnost k alkoholu může vznikat jako napodobení modelu chování rodičů či jiných blízkých příbuzných. Zásadní nemusí být, jestli dítě vyrůstalo v úplné či neúplné rodině, zásadní je otázka, zda rodina byla plně funkční a dítě bylo dostatečně citově tolerováno a vychováváno (Vágnerová, 2004). Další významný vliv mají **sociální skupiny** – okruh lidí, ve kterém trávíme hodně času, na nás také může neblahý vliv, pokud se jedná o partu, pro kterou je konzumace alkoholu každodenní zábavou a je zde alkohol velmi snadno dostupný, stává se tato skupina pro jedince ohrožující. Platí to zejména pro adolescenty, kteří pijí a experimentují většinou v partě a nechají se v tomto věku snadno ovlivnit, proto patří mladiství do rizikových skupin, které budou předmětem další podkapitoly. Do sociálních skupin můžeme zařadit i některá povolání, kde jsou osoby vystaveny

velkému tlaku a stresu nebo mají jednoduchý přístup k alkoholu, jako jsou např. číšníci, lékaři, zdravotní sestřičky a jiní.

Větší riziko vzniku alkoholismu shledáváme i u jedinců, kteří mají **nižší úroveň vzdělání**, které je způsobeno nefungující rodinou nebo sociálním znevýhodněním. Dále může být rizikovější **městské prostředí** než prostředí malé vesnice, protože jsou zde návykové látky dostupnější a jedinec je zde ve větší anonymitě.

Poslední podskupinou sociálních faktorů je **sociální deprivace**, kterou nalezneme u lidí, kteří nemají například zaměstnání, nemají zázemí a v mnoha případech se jedná o bezdomovce (Vágnerová, 2004).

I jako u ostatních základních faktorů spojovaných s etiologií alkoholismu se i sociální faktory nevyskytují samostatně, ale jako komplex patogenezí.

3.5.4 Rizikové skupiny

Do rizikových skupin řadíme například **profese**, kde je na jedince vyvíjen sociální nátlak na pití, může se jednat třeba o číšníky a barmany, kteří jsou svými zákazníky pobízeni k pití. Tito zaměstnanci mají také k alkoholu velice snadnou dostupnost, což se považuje za další riziko vzniku alkoholismu. Důležitý je nadále kolektiv, pokud se člověk vyskytuje v mladistvém pracovním kolektivu, jehož členové mají kladný vztah k alkoholu a dávají jedinci najevo souhlas k jeho konzumování, je toto prostředí pro potenciálního alkoholika velice nebezpečné a mnohdy je na místě odchod z takto rizikového zaměstnání (Skála a kol., 1987). Spojení pracovního vypětí a velkého stresu s kombinací snadné dostupnosti alkoholu a jiných návykových látek nalezneme i u dalších povolání jako jsou například lékaři, zdravotní sestry, manažeři, podnikatelé, stavební dělníci a již zmiňovaní číšníci a barmani (Nešpor, Scémy, 1996).

Heller a Pecinovská (2011) ve své publikaci věnují celou kapitolu na téma, zdali jsou zdravotníci nejvíce ohroženou profesí. Zmiňují různé výzkumy, kde se doktoři a zdravotní sestry objevovali v terapeutických léčbách častěji než jiná povolání, dále výzkumy, které se zabývaly konzumací alkoholu vysokoškoláky, zde se také v hojné míře vyskytovali studenti lékařských fakult. Proč je tedy tato profese tolik riziková? Jako u každé závislosti, jsou etiologické faktory multifaktoriální, ovšem v tomto zaměstnání se vyskytuje hned několik rizikových faktorů vyvíjených na jedince – je to tedy snadná dostupnost, tolerance ostatních pracovníků, příležitost, kdy alkohol konzumovat, náročný směnný provoz, dlouhé služby, velká zodpovědnost za život pacientů a také špatné finanční ohodnocení těchto pracovníků. Mnoho odborníků se

zabývá také otázkou, proč je riziková zrovna tato profese, kde jsou všem zaměstnancům dobře známy negativní účinky látek pro lidský organismus. I léčba doktorů – alkoholiků je velmi komplikovaná, je to zapříčiněno tím, že si nedokáží připustit, že se sami stali pacienty. Často si myslí, že by si léčbu mohli naordinovat sami, protože vystudovali lékařství, tudíž jsou odborníci i v této problematice. Je zajímavé, že velké procento těchto pacientů ukončí svoji léčbu náhle po jejím začátku, naopak pokud překonají prvotní krizi, procento vyléčených pacientů je větší než u jiných profesí. Rozdílná bývá i motivace těchto alkoholiků, u běžné populace nastupují na léčbu z velké části kvůli rodině, ale zdravotníci – alkoholici kvůli zaměstnání.

Druhou rizikovou skupinou jsou již zmiňovaní **dospívající** jedinci, podle Kvapilíka a kol. (1985) u mladých lidí, kteří začnou s konzumací alkoholu již před 20. rokem života, se závislost na alkoholu vytvoří mnohem rychleji než u starších jedinců. Populace dětí vyzkouší alkohol většinou ještě před 18. rokem, kdy není podle zákona konzumace alkoholu povolena. Děje se to běžně v rodinách, kdy rodič povolí dítěti vyzkoušet alkohol při různých rodinných oslavách apod. Tímto způsobem bohužel rodina ukazuje, že pití alkoholu je zcela běžná věc a dítě si neuvědomuje rizika, která mohou v pozdějším věku nastat.

Pokud dítě vyrůstá v rodině, která nefunguje podle běžného rámce, lze předpokládat větší hrozbu vzniku závislosti. Na jedné straně to může způsobit přehnaná starostlivost, autoritativní přístup nebo naopak pasivita, nezájem o dítě a laxnost. Jedná-li se o jedince, který je snadno ovlivnitelný, může v dospělosti přispět k nadužívání alkoholu i parta či komunita, v které se jedinec vyskytuje. Mezi kamarády dospívajícímu nepřipadá, že by dělal něco špatně a dělá to, co ostatní (Mühlparch, 2008).

Nešpor (2011) uvádí některá specifika pro konzumaci návykových látek u dětí a mladistvých. U mladých lidí se závislost vytváří mnohem rychleji než u dospělých, zatímco u dospělých vytvoření závislosti může trvat i několik desítek let, u dětí to mohou být pouze měsíce. U dospívajících se vyskytuje největší procento úmrtí způsobeno úrazem, intoxikací či otravou, které jsou často spojeny s abúzem alkoholu. Tito lidé více riskují a jejich tolerance bývá podstatně nižší než u dospělého jedince, z toho důvodu u nich mnohdy pozorujeme velmi rizikové a nebezpečné chování. Dalším specifikem bývá očividná stagnace v psychosociálním vývoji, tedy např. ve vzdělávání, sebekontrole, sociálních dovednostech a v citovém vyzrávání. Je příznačné užívání několika různých návykových látek najednou, což stupňuje riziko otrav a dalších

komplikací. Avšak z dlouhodobějšího hlediska je riziko setrvání nadužívání látek pozitivnější než u dospělých, může za to přirozený proces zrání, díky kterému dospívající jedinec upustí od užívání.

4 Alkoholová závislost u žen

Ženský alkoholismus je v posledních letech velmi často probíraným tématem, je to asi z toho důvodu, že za posledních sto let byla jeho historie velmi proměnná a nestabilní. Po vypuknutí první světové války se počet pacientek závislých na alkoholu rapidně zvýšil, bylo to nejspíš zapříčiněno tím, že mnoho žen přestalo mít nad sebou mužský dozor, měly tedy větší volnost a také vyšší moc nad penězi než doposud. V průběhu války se počty alkoholiček snižovaly, to souvisí s obecnou bídou ve válečném období a také se ztracenou hodnotou peněz. Naopak velký nárůst opět nastal po skončení první světové války, kdy přišlo uvolnění atmosféry po napjatých předešlých letech a s tím i úpadek mravních zásad. Spousta žen začala být emancipovaná a měla svůj majetek, tudíž i kapitál, za který mohla kupovat a následně konzumovat alkohol. Procento ženského alkoholismu bylo pár desítek let konstantní, do té doby, než přišla druhá světová válka, a tedy i obrovský nárůst žen závislých na alkoholu. V této době přestal být alkoholismus typický pouze pro nízké sociální úrovně, k tomu se vztahuje přechod od konzumace alkoholu kvůli sociogenním důvodům k psychogenním. Celkové postavení žen ve společnosti se v 20. století velmi markantně změnilo – *„stává se nezávislou ekonomicky, společensky, ale i právně, opouští zdi domova, kde byla chráněna před vnějšími vlivy a těžkostmi. Jsou odstraněny klasické bariéry a tabuizace i ve vztahu k alkoholu.“* (Heller, Pecinovská, 2011, s. 34). Nicméně s těmito novými možnostmi ženám i nadále zůstává role manželky, která má za úkol udržovat chod domácnosti, role matky, tudíž výchova dětí a nastavení jejich hodnot setrvává neustále hlavně na ní. Dá se tedy říci, že nároky vyvíjející se na ženu se znásobily, a tím i její starosti, které mohly být častým motivem ke konzumu alkoholu, od kterého ženy očekávají útěchu a pomoc. Do roku 1971 se ženy léčily na odděleních psychiatrie nebo jim bylo vyhrazeno pár lůžek v protialkoholní léčebně, která se ovšem specializovala pro muže. V tomto roce byla tedy poprvé zbudována speciální léčebna zaměřená na terapii pro ženy, ústav se nacházel v Lojovicích u Velkých Popovic. Po tomto desetiletí se počet žen závislých na alkoholu velmi podstatně navýšil na poměr ženy muži 1:12 z poměru 1:20. Kvantum se nadále zvyšovalo a v roce 1991 se tento poměr mezi ženským a mužským alkoholismem dostal až na 1:5. Poměr závislých žen se konsolidoval až v polovině devadesátých let a v nynější době pravděpodobně stojíme před dalším očekávaným nárůstem ženské závislosti, jako byl zaznamenán v 70. letech.

Komplexně lze konstatovat, že se konzumace alkoholických nápojů u mužů v posledních letech lehce zvyšuje, ač je považována za ustálenou. U žen se vývoj v pití alkoholu pokládá doposud za neustálený (Heller a Pecinovská, 2011).

Podle posledního výzkumu z roku 2017, který provedl Český statistický úřad, byl poměr žen a mužů hospitalizovaných v psychiatrických léčebnách s diagnostikovanou poruchou duševní nebo poruchou chování způsobenou užíváním alkoholu 1:2, 36 (ČSÚ, 2017), tudíž se potvrdil očekávaný nárůst alkoholismu u žen.

Marhounová a Nešpor (1995) zmiňují ve své knize rozdělení žen alkoholiček do dvou skupin. V první z nich se jedná o starší ženy, které jsou uvnitř velmi úzkostné a zranitelné, ačkoli na veřejnost působí velmi stabilně a vyrovnaně. Většinou to jsou ženy, které jsou pro své okolí velmi starostlivými matkami, všímavými manželkami, ovšem ve skutečnosti jsou nevyrovnané a pociťují vnitřní deprivaci, protože dělají pouze to, co se od nich očekává a ne to, co by samy doopravdy chtěly. Nicméně nejsou schopné být k blízkým upřímné a vyslovit svoje potřeby, proto doma tajně popíjí alkohol, díky kterému se zbavují vypětí. Druhá skupina je charakteristická pro dospívající dívky, u kterých již ve většině případů se dají diagnostikovat nějaké psychopatické rysy. Oproti první skupině je tato skupina podstatně menší.

4.1 Specifika ženského alkoholismu a jeho odlišnosti ve srovnání s muži

Ženský alkoholismus se v mnoha ohledech odlišuje od toho mužského a má svá konkrétní specifika, která si v následující kapitole v bodech popíšeme.

- Ženy závislé na alkoholu mají často uvolněné sexuální chování, chovají se mnohdy vulgárně a bývají promiskuitní (Kohoutek, 2007).
- Sexuální chování u žen závislých na alkoholu se neshoduje s fyziologickými reakcemi, naopak se také vyskytují velmi často sexuální dysfunkce.
- Ženy se zaměstnáním typickým spíše pro muže jsou více ohrožené a mají vyšší spotřebu alkoholu než u běžných ženských povoláních.
- Důvodem nadužívání alkoholu je pro ženy velmi často období přechodu a syndrom prázdného hnízda, kdy jejich dospívající děti opouští domácnost a ony pociťují osamělost.

- Ženy závislé na alkoholu nejčastěji její vznik spojují s traumatizující událostí v rodině či v partnerském životě.
- Specifickým problémem u žen s alkoholismem je fetální alkoholický syndrom (Scémy a Nešpor, 1996).
- Závislost na alkoholu u žen bývá často provázena s jinou závislostí zvláště na lécích a nikotinu.
- Menší tolerance okolí ústí ve větší izolovanost postižené ženy (Trávníčková, 2001).
- U žen je u konzumace alkoholu prokázaná souvislost s menstruačním cyklem, kdy je nejrizikovější období předmenstruační (Nešpor, 2011).
- Ženy na rozdíl od mužů pijí často o samotě, oproti tomu muži vyhledávají společnost.
- Alkoholismus u žen se vyvíjí obvykle rychleji než u mužů.
- společnost obecně alkoholismus u žen odsuzuje více než u mužů (Kohoutek, 2007).
- Ženy bývají oproti mužům v užívání návykových látek střídmější a obezřetnější, díky tomu lze vysvětlit nižší počet alkoholiček než alkoholiků.
- Žen závislých na alkoholu v posledních letech přibývá výrazně rychleji než mužů.
- Ženy mají menší játra, dále játra žen mají ve větší míře funkci metabolizovat hormony. To spolu s nižší hmotností, větším obsahem tuku v těle, nižší aktivitou náležitých enzymů a dalšími faktory vede k tomu, že návykové látky působí na ženský organismus intenzivněji než na muže.
- Zdravotní problémy způsobené nadužíváním alkoholu se u žen projeví dříve než u mužů.
- Žena se mnohem častěji dostane do problémů s alkoholem kvůli partnerovi, který sám alkohol konzumuje, oproti mužům, kteří mají přítelkyni alkoholičku.
- Ženy se oproti mužům dopouštějí mnohem méně trestných činů či přestupků spojených s návykovými látkami.
- U žen se výrazně méně vyskytuje agresivita a násilné chování po požití nadmíry alkoholu než u mužů.

- Závislé ženy častěji trpí depresí a neurotickými symptomy než muži.
- U závislých žen se vyskytují méně často poruchy osobnosti než u mužů.
- Ženy oproti mužům mají větší pud sebezáchovy.
- Ženy, které mají problémy s nadužíváním alkoholu, bývají mnohem častěji týrané či sexuálně zneužívané než muži.
- Rodiny a děti závislých žen pociťují tento problém intenzivněji než u mužů a dopad alkoholismu na ně bývá silnější (Nešpor, 2011).
- U žen se ve větší míře vyskytuje psychogenní etiologie, oproti tomu u mužů nejčastěji sociogenní etiologie.
- Nejčastějšími důvody k rozhodnutí k léčbě oproti mužům je u žen zdraví a rodina (Scémy a Nešpor, 1996).
- U žen závislých na alkoholu je vyšší výskyt stejně závislých příbuzných než u mužů.
- Z problémů, které nutí k stimulu užívání alkoholu, jsou u žen nesnáze s jejich dětmi a blíže neurčené problémy, zatímco u mužů převažují problémy ve vztazích a v práci.
- Ženy častěji ztrácí kvůli závislosti rodinné zázemí, případně dokonce i celou rodinu (Heller a Pecinovská, 2011).

V této podkapitole jsme si tedy přehledně v bodech uvedli nejprve specifika pro ženský alkoholismus, a poté zásadní rozdíly alkoholismu u mužů a u žen.

4.2 Odlišnosti v průběhu léčby alkoholismu u žen a mužů

U léčby alkoholismu žen je velmi důležitá včasná diagnostika, aby nedošlo k závažným tělesným či jiným problémům. Zejména by se měla věnovat pozornost psychickému stavu pacientek, protože u týraných či sexuálně zneužívaných žen mohou deprese a stavy úzkosti setrvávat i po měsících abstinence, tudíž by bylo velké riziko k návratu k požívání alkoholu. Velký význam má u starších žen rodinná terapie a u mladších pacientek terapie s rodiči. Podstatné je také přihlížet na specifika alkoholismu u žen, s kterými jsme se seznámili v předchozí kapitole, např. zvládání premenstruačních úzkostí (Scémy a Nešpor, 1996).

Základní odlišnosti v průběhu léčby a doléčování mezi muži a ženami popisuje Heller a Pecinovská (2011) v následujících bodech.

- Na počátku léčby spolupracují muži značně lépe než ženy.

- Naopak v průběhu léčby po vytvoření náhledu na problematiku si nutnost abstinence uvědomují více ženy než muži.
- Ženy jsou více benevolentní v individuálních formách psychoterapie než muži.
- Větší procento žen je schopno a ochotno vložit do doléčovacích programů více úsilí než muži, a proto jsou výsledky léčby u žen fixní.

Je tedy zřejmé, že lékaři musí v léčbě postupovat odlišně u mužů i u žen. Celková léčba je však pro každého pacienta velice individuální a záleží na mnoha okolnostech.

5 Důsledky nadměrného užívání alkoholu

Nadužívání alkoholických nápojů se po čase projeví na každém jedinci. Působí negativně na jeho osobnost, postupem času člověk přestane závislost kontrolovat a závislost ho změní. Často se stává více agresivním, podrážděným. Sociální vztahy se také mění, alkoholik si přestává rozumět se svými blízkými a rodinou, mnohdy všechny dříve nejbližší ztrácí a vyhledává společnost dalších alkoholiků, kteří mu jeho závislost nevyčítají. Zdravotní stav se dlouhodobým užíváním také rapidně zhorší a jeho důsledky se mohou projevovat různými způsoby. U každého jedince se důsledky nadměrného užívání projevují individuálně, protože záleží na genetických predispozicích, celkovým životním stylem a také samotné osobnosti pacienta.

5.1 Somatické postižení

Somatická postižení jsou jednou ze skupin, kterou řadíme do důsledků užívání alkoholu. Tato postižení úzce souvisí zejména s množstvím a délkou požívání alkoholických nápojů. Za prokazatelně poškozující dávku se uvádí 15 g alkoholu denně, ale je samozřejmé, že u každého jedince se škodlivá denní dávka může lišit a je individuální. Funkční a orgánové poškození lze rozdělit do několika skupin podle jednotlivých vědních oborů (Skála, 1987).

5.1.1 Interní komplikace

Orgánem, který bývá nejčastěji porušen, jsou játra. V játrech probíhá oxidace alkoholu a další procesy, které postupně vedou k poškození jaterní buňky. Pokud je jaterní buňka zatěžována odbouráváním etanolu, dochází k změnám v metabolismu lipidů. Tyto změny přispívají k hromadění tuků v játrech, po kterém může dojít k **jaterní steatóze** neboli ztukovatění jater. Projevuje se zvětšením jater, pacient nepociťuje žádné potíže, dokud nedojde k značnému zmohutnění jater, které už může být bolestivé. Pokud dojde k včasné diagnóze, po abstinenci a správné výživě se steatóza zahojí, jestliže však bude pacient v konzumaci alkoholu pokračovat, dojde k zánětlivé reakci tedy **jaterní fibróze.** Při jaterní fibróze se příznaky dále nemusí nijak bolestivě projevovat, ale při dalším konzumu alkoholu se může vyvinout **akutní alkoholická hepatitis**, která nese symptomy jako je horečka, žloutenka, zvracení. Tato nemoc vyžaduje aktivní léčbu, ale dokonce až v 50 % případů dochází k úmrtí pacienta.

Další neléčenou fázi nemoci je **jaterní cirhóza,** funkce jater je snížená, špatně odbourávají škodlivé látky, metabolizují živiny a odbourávají hladinu glukózy v krvi. To způsobuje řadu symptomů jako je únava, otoky, žloutenka nebo zvětšení tělních žláz. Jaterní cirhóza v posledním stádiu končí selháním jater a smrtí. Pro pacienta – cirhotika je nejdůležitější abstinence, která vede ke zlepšení stavu a zastavení progrese nemoci, naopak porušování může vyústit až k již zmíněnému selhání jater a smrti pacienta. Cirhotici, kteří udržují trvalou abstinenci, mají šanci na transplantaci poškozených jater. U velkého procenta pacientů s poškozenými játry je velká pravděpodobnost vzniku zhoubného nádoru jater, u kterého jsou šance na uzdravení minimální.

Druhým orgánem, který bývá často poškozen v souvislosti s konzumem alkoholu, je slinivka břišní neboli pankreas. Pacienty mohou postihnout dvě formy onemocnění pankreatu, a to **chronická pankreatitida** a **akutní pankreatitida**. Chronická forma se projevuje obtížemi se zažíváním spojenými s průjmy a příznaky podvýživy. Akutní se projevuje velmi bolestivě a může vést až k úplnému poničení slinivky a následné úmrtí pacienta.

Alkohol celkově ničí trávicí trakt člověka, jeho přímý kontakt se sliznicí může dlouhodobým užíváním způsobit zhoubné nádory, např. v žaludku se nejprve vytvoří **atrofická gastritis**, která je před fází **rakoviny žaludku**. V kombinaci užívání alkoholu a léků se velmi často vytvářejí **žaludeční vředy**.

Alkoholismus, i když přímo na ledviny škodlivě nepůsobí, jeho užívání může způsobovat **ledvinové kameny**. U žen, které často popíjejí alkoholové nápoje, se vyskytují častěji **záněty močových cest** než u abstinentek. V oblasti kardiovaskulární se nejčastěji setkáváme s **alkoholickou kardiomyopatií**, která se projevuje zrychlením tepu, bušením srdce, únavou a po čase i kašlem a edémem. U alkoholiků je také charakteristický vysoký krevní tlak odborně **systémová arteriální hypertenze**, která po abstinenci ve většině případů sama odeznívá, pokud ne, ordinují se léky na snížení krevního tlaku.

Dopad požívání alkoholu se projeví i na hormonální regulaci, jejich narušení může způsobovat tzv. **cushingoidní vzhled alkoholiků**, pro který je příznačný měsícovitý obličej, obezita v trupu, zvětšení prs a tenké končetiny. U mužů se dále může vyvinout **feminizující efekt** a u žen **maskulinizující efekt**, který se vyznačuje typickými rysy pro opačné pohlaví. Jsou známy dopady i na rozmnožovací soustavu, které způsobují impotenci. U mužů **reverzibilní alkoholickou azospermii**, kdy spermie

ztrácí pohyblivost, ale abstinencí se funkčnost spermií obnovuje. U žen dochází k **poruše menstruačního cyklu**, která je doprovázena silným krvácením nebo úplnou ztrátou cyklu, k jeho napravení by mělo dojít po trvalé abstinenci. U žen konzumující alkohol v těhotenství se může vyvinout **fetální alkoholový syndrom**, který způsobuje plodu často mentální poruchu, nízkou porodní váhu nebo poškození orgánů.

Poslední z tělesných poškození alkoholem bych ráda zmínila typický **facies alcoholica** (alkoholový obličej), vyznačuje se zakrněním podkožní tukové tkáně, zduřelým červeným nosem, zarudnutím víček a tváře. Celkově člověk působí starším dojmem a na kůži má otoky a modřiny, u kterých nedokáže vysvětlit jejich původ (Heller a Pecinovská, 2011).

5.1.2 Neurologické komplikace

Alkohol působí na nervové tkáně degenerativně a zhoubně, porušuje dráhy vzruchu, vyvolává zvýšení prahu bolesti a působí negativně na REM spánek. U pacientů, kteří nadužívají alkohol, se také setkáváme s poruchami krátkodobé i dlouhodobé paměti. Nejtypičtější neurologickým onemocněním je **alkoholický tremor**, který se projevuje třesem rukou, víček, prstů a později se může projevovat třesem celého těla. Tremor se zhoršuje při emočním neklidu a bývá i příznakem fyzické závislosti. **Alkoholická polyneuropatie** (onemocnění nervů) je dalším častým onemocněním vyskytujícím se u alkoholismu, nachází se ve dvou formách, a to jako akutní a chronická. Akutní se projevuje velkými bolestmi a chronická špatným prokrvením končetin, vředy a špatným hojením ran. Při léčbě je nutná několika měsíční abstinence a dostatečné množství vitamínů skupiny B. Méně běžná je **alkoholická myopatie** (onemocnění svalů) a **alkoholová encefalopatie** (Heller a Pecinovská, 2011).

5.2 Psychické postižení

Dlouhodobé užívání alkoholu zanechává na uživateli a jeho psychickém stavu důsledky, odborníci je nazývají jako psychózy.

Skála a kol. (1987) tyto psychózy podrobně popisuje. První z nich je **delirium tremens**, které se vyskytuje u největšího procenta pacientů s alkoholismem. Nejčastěji se projevuje po přerušení trvalého konzumu alkoholických nápojů nebo jako následek nepřetržitého pití. U deliria se nejprve objevují prodromální příznaky, jako jsou například poruchy spánku, tremor rukou či celého těla, únava a nechutenství. Těsně

před začátkem psychotických symptomů dojde k epileptickému záchvatu. Psychotické symptomy se nejčastěji objevují odpoledne či v noci. Jedná se o halucinace a iluze zrakové nebo tělesné, které jsou pro jedince nepříjemné a působí úzkost. Pacient je dezorientován místem, časem a situací, dále se u něj stále vyskytuje nespavost, strach a mohou se objevovat i deprese. Na místě je samozřejmě léčba, která stav pacienta spraví obvykle za týden. Další psychózu, kterou často u alkoholiků nacházíme, je **alkoholická halucinóza**, která se zpravidla objevuje po požití nepřiměřené dávky alkoholu, jsou pro ni typické sluchové halucinace. Hlasy promlouvají k nemocnému, buďto mu nadávají za jeho závislost, nebo naopak jeho alkoholismus hájí. Člověk není dezorientován místem, časem ani vlastní osobou, pouze je zmaten sluchovými vjemy. S hlasy obvykle promlouvá, či se s nimi hádá, do rozhovoru s nimi je plně zabrán a často musí být několikrát hlasitě tázán, aby byl vytržen ze své halucinace. Tyto halucinace často vyvolávají depresivní a úzkostné pocity, proto může být nemocný agresivní, jak k sobě, tak i svému okolí. Halucinóza většinou nezanechává permanentní následky a po delší abstinenci vymizí, u pacientů s těžkou formou závislosti jsou předepsány léky, které halucinace potlačí. U alkoholově závislých se také setkáváme s **Korsakovou alkoholickou psychózou**. Toto onemocnění se projevuje poruchou paměti, jedinec si nahrazuje zážitky svými smyšlenými. Zpočátku je jeho nálada velmi uvolněná, poté dochází ke ztrátě zájmu o svoje okolí a blízké, a nakonec vyústí k tupé rezignaci. Typickou psychózou pro muže je **paranoidní alkoholická psychóza**, kdy pacienta pronásleduje bludná myšlenka o nevěře své partnerky. Jedinec je svým bludem naprosto přesvědčen a může docházet i k agresi ke své partnerce, tyto vztahy se zpravidla rozpadají. Vyústěním alkoholismu je tzv. **alkoholická demence**. U těchto pacientů nastalo k trvalému poškození mozku a celého organismu. Jedinec ztratil veškeré zájmy, je citově otupělý, jsou u něj zřetelné somatické komplikace a komplexní stav je velmi špatný. Tito lidé nad sebou potřebují neustálý terapeutický dohled, ale podstatu stavu již nelze ovlivnit.

6 Léčba závislosti

Pokud se člověk dostane, do takové fáze závislosti, že už nedokáže svoje chování ovládat, a ovládá ho naopak alkohol, je na místě započít léčbu. Léčba alkoholismu člověka nevyléčí a nevrátí jeho stav do stavu před závislostí, ale utlumí symptomy nemoci a pomůže se pacientovi vyrovnat s abstinenčními příznaky, vrátit se do života a dá mu prevenci před možným znovu započnutím alkoholismu. V tomto období bývá pro pacienta nejdůležitější rodina, která je právě ten impulz pro začátek léčby. Často si závislý svoji bezmoc neuvědomuje nebo nechce připustit, rodina by se měla snažit ukázat nemocnému realitu a dát mu motivaci pro vyléčení se. Je důležité si uvědomit, že léčbu lze podstoupit jedině z vlastní vůle konzumenta. Jedinou výjimkou je nařízení od soudu za recidivitu nebo za vážnější trestný čin (Mlčoch, 2017).

6.1 Formy léčby

- Ambulantní léčba – v této formě léčby je rozhodující snaha pacienta o vyléčení se, měl by tedy dobrovolně dodržovat trvalou abstinenci, která by měla trvat minimálně půl roku. Terapie by měla zajistit podporu a rozvoj pacientových schopností abstinenci vydržet. Velmi důležitý je vztah mezi terapeutem a pacientem, mnohdy bývá klíčovým. Péče by měla zahrnovat návštěvu terapeuta minimálně 2x týdně, která by měla trvat alespoň 1 hodinu. Léčebný program je tvořen hodně individuálně, ale měl by zahrnovat psychoterapii, farmakoterapii, programy podporující prevenci atd.
- Stacionární léčba – program, který je prozatím málo užívaný, ale bývá velmi prospěšný. Jedná se o krátkodobou formu léčby, která trvá několik týdnů a umožňuje pacientovi docházet na celodenní programy, ale má každodenní kontakt s rodinným prostředím. Důležitá je pevná vůle pacienta, který je opravdu přesvědčen vydržet abstinenci i několik měsíců. Terapie využívá kontaktu s celou rodinou a zahrnuje prvky rodinné terapie, psychoterapie a jiné.
- Ústavní léčba – u pacientů, u kterých je nutná hospitalizace. Doba trvání ústavní léčby je minimálně 4–6 týdnů, avšak obvykle trvá 3–6 měsíců. V terapii je zásadní nejprve detoxikace, tzn. odstranění látky z těla

abstinencí. U mnoha pacientů se objevují psychózy, jako je třeba delirium tremens, díky farmakoterapii se projevy abstinenčních příznaků mírní. Poté následují celodenní programy pro pacienta, nejdůležitější částí je psychoterapie, obvykle ve větších či menších skupinách pacientů. Po uplynutí ústavní léčby jsou velmi rozhodující doléčovací programy, bez kterých se většina pacientů vrací ke konzumu alkoholu (Heller a Pecinovská, 2011).

7 Výzkumná část

Výzkumná část bakalářské práce se věnuje cílům, metodice výzkumu a v poslední části interpretací získaných výsledků v problematice alkoholismu.

7.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit rozdíly v příčinách a průběhu alkoholismu u mužů a u žen pomocí dotazníkového šetření. V realizaci průzkumu byla stanovena hlavní výzkumná otázka a dále vedlejší otázky, které dopomohou k získání hlavního cíle.

Hlavní výzkumnou otázkou tedy je:

- Jaké jsou rozdíly v příčinách a průběhu alkoholismu u mužů a u žen?

Vedlejšími výzkumnými otázkami dále jsou:

- Kdo s alkoholem začíná dříve a u koho se dřív vyvine alkoholismus?
- Mají problémy v dětství více ženy alkoholově závislé než muži?
- Koho více ovlivňuje sociální prostředí ve sklonu k alkoholismu?
- Před vznikem alkoholismu bývají emočně nestabilní více ženy nebo muži?
- Jaké jsou u mužů a žen nejčastější důvody propadnutí alkoholu?
- Jaké jsou hlavní motivace a u jaké skupiny je léčba komplikovanější?

7.2 Metodika výzkumné části a charakteristika zkoumaného vzorku

Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala kvantitativní výzkumnou metodu, a to konktrétně metodu pro sběr dat pomocí dotazníků. Tuto metodu jsem si vybrala kvůli anonymitě, kterou zaručuje, tudíž respondenti mohli odpovídat otevřeně vzhledem k tomu, že se jedná o osobní a citlivé téma. Další výhodou této metody je dotazování velkého počtu osob naráz, dotazníky tedy ušetří čas jak respondentovi, tak výzkumníkovi. Velkou předností této metody je také krátký čas, za který získáme velmi důležité informace k výzkumu (Gavora, 2010).

Naopak nevýhodou je chybějící osobní kontakt s osobami. Dále metoda dotazníku neumožňuje nahlédnout na zvláštnosti a kuriozity ve zkoumané problematice. Mohou být také opomenuty různé fenomény, protože se výzkumník zaměřuje pouze na určitou teorii a nikoli na rozvoj teorie (Hendl, 2005).

Dotazníky byly rozdány na začátku ledna 2019 pacientům léčících se v psychiatrické léčebně na protialkoholním oddělení v městě Jihlava. Celkem jich bylo zadáno 75 a vrátilo se jich vyplněných 69. Návratnost dotazníků je tedy 92 %, což je velmi vysoké procento. Dotazníky byly vybrány na konci následujícího měsíce, tedy na konci února 2019. Pacienti odpovídali na 25 uzavřených otázek, poslední 26. otázka byla dobrovolná a otevřená. Pokud nebylo uvedeno jinak, pacienti označovali pouze jednu odpověď. První čtyři otázky se zaměřovaly na osobní údaje zúčastněných. Výzkumu se zúčastnilo celkem 69 respondentů, z toho 45 mužů a 24 žen. Nejvíce respondentů bylo ve věkové kategorii 36–50 let, a to celkem 33 zúčastněných, tedy necelých 48 %. Druhou nejpočetnější kategorií byla 26–35 let, celkem 16 respondentů, tedy 23 %. V kategorii 51–60 let 8 respondentů, z celkového počtu činí 12 %. V nejmladší skupině 18–26 odpovídalo 5 pacientů (7 %) a v nejstarší 60 a více let 7 dotazovaných (10 %). Třetí otázka se zaměřovala na nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Pacientů se základním vzdělání se objevilo ve výzkumu nejméně, a to 4 respondenti (6 %). Nejvíce zúčastněných mělo střední odborné vzdělání, celkem 34 dotazovaných (49 %). Respondentů s maturitou bylo ve výzkumu 24 (35 %). Dotazník vyplnilo 7 pacientů s vysokoškolským vzděláním (10 %). Čtvrtá otázka a také poslední, která byla zaměřená na osobní údaje, se zabývala rodinným stavem dotazovaného. Nejvíce z nich uvedlo, že jsou svobodní, celkem 30 z nich, tedy 45 % z celkového počtu. Dalších 20 respondentů bylo rozvedených, tedy 29 %. Manželství uvedlo 15 dotazovaných (22 %). Malé procento (4 %) uvedlo, že žijí jako druh/ družka a pouze 1 z respondentů byla vdova.

7.3 Interpretace výsledků

V následující podkapitole jsou interpretovány výsledky výzkumu. Každá otázka, na kterou respondenti odpovídali, je samostatně prezentována a její odpovědi jsou pro přehlednost vyobrazeny v grafu či tabulce.

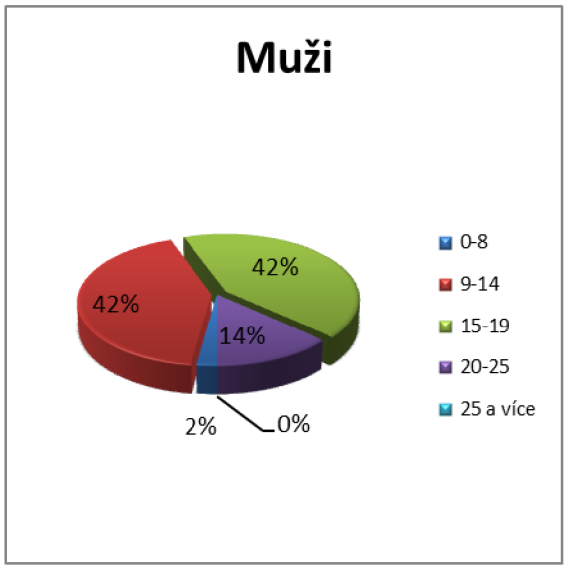
Otázka č. 5: V jakém věku jste poprvé konzumoval/a alkohol?

Tab. 1: První konzumace alkoholu

První konzum alkoholu	ženy	muži	celkem
0–8	0	1	1
9–14	4	19	23
15–19	16	19	35
20–25	4	6	10
25 a více	0	0	0

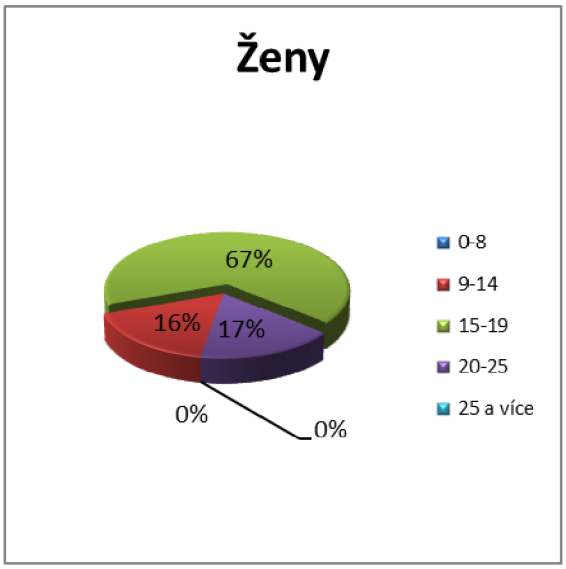
Zdroj: vlastní

Graf 1: První konzumace



Zdroj: vlastní

Graf 2: První konzumace alkoholu – ženy



Zdroj: vlastní

Z tabulky je patrné, že většina respondentů konzumovala alkohol převážně ve věku 15–19 let. Druhou nejčastější odpovědí byl věk od 9–14 let. Pokud se zaměříme na grafy, které nám znázorňují, jak odpovídali ženy a muži, můžeme pozorovat rozdíly ve věku prvního konzumu 9–14 let. U mužů tuto odpověď označilo 42 % a u žen pouze 16 %. Lze tedy říci, že muži poprvé konzumují alkohol v mladším věku než celkově ženy z našeho vzorku. Nejmladší věkovou kategorii 0–8 let označil pouze jeden respondent, a naopak nejstarší věkovou skupinu neoznačil nikdo z respondentů.

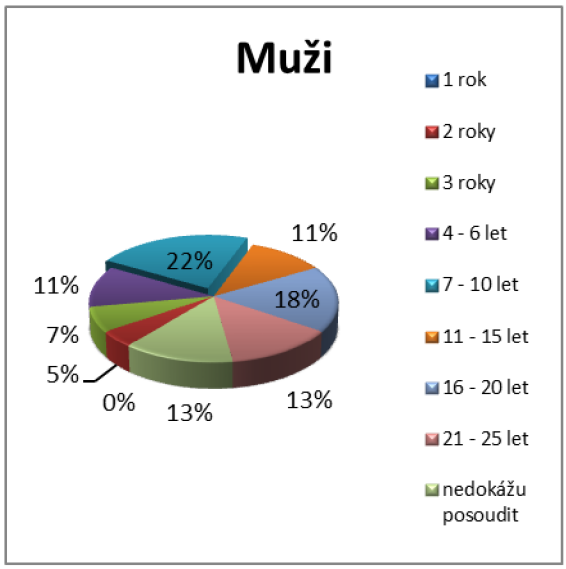
Otázka č. 6: Jak dlouhá byla doba od začátku požívání alkoholu do stádia závislosti?

Tab. 2: Doba požívání alkoholu

Doba požívání alkoholu	ženy	muži	celkem
1 rok	2	0	2
2 roky	3	2	5
3 roky	0	3	3
4–6 let	9	5	14
7–10 let	8	10	18
11–15 let	3	5	8
16–20 let	0	8	8
21–25 let	1	6	7
nedokážu posoudit	0	6	6

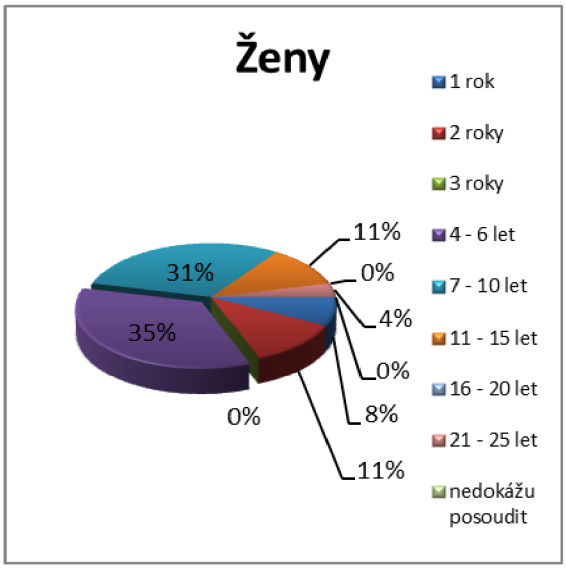
Zdroj: vlastní

Graf 3: Doba požívání – muži



Zdroj: vlastní

Graf 4: Doba požívání – ženy



Zdroj: vlastní

Podle výsledků uvedených v tabulce, byla celkově nejčastější odpověď 7–10 let. U mužů dále dominovaly odpovědi jako 16–20 let nebo dvě odpovědi se stejným počtem respondetů a to tedy 21–25 let a odpověď nedokážu posoudit. Oproti tomu u žen byla nejčastější odpověď 4–6 let. V hojném počtu se objevily i odpovědi 11–15 let a 2 roky. Celkově u žen převažovalo označení 4–6 a méně let a u mužů převažovalo nejčastější označení odpovědí 7–10 let a více. Je zajímavé, že se u žen neobjevila odpověď nedokážu posoudit, u mužů se vyskytovala z 11 %.

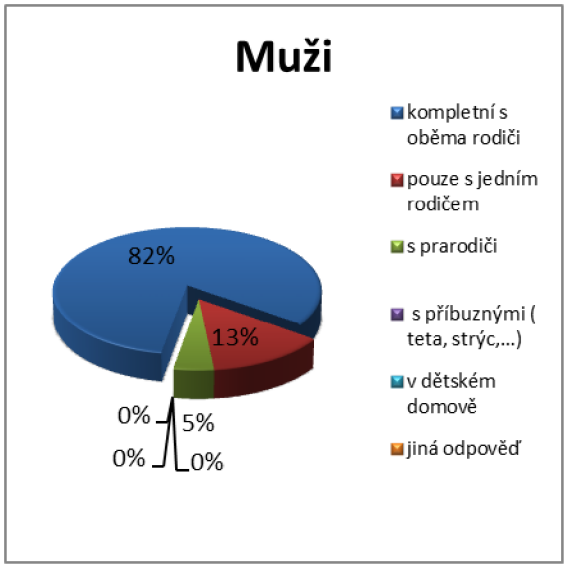
Otázka č. 7: V jaké rodině jste vyrůstali?

Tab. 3: Rodina

Rodina	ženy	muži	celkem
kompletní s oběma rodiči	15	37	52
pouze s jedním rodičem	4	6	10
s prarodiči	4	2	6
s příbuznými	1	0	1
v dětském domově	0	0	0
jiná odpověď	0	0	0

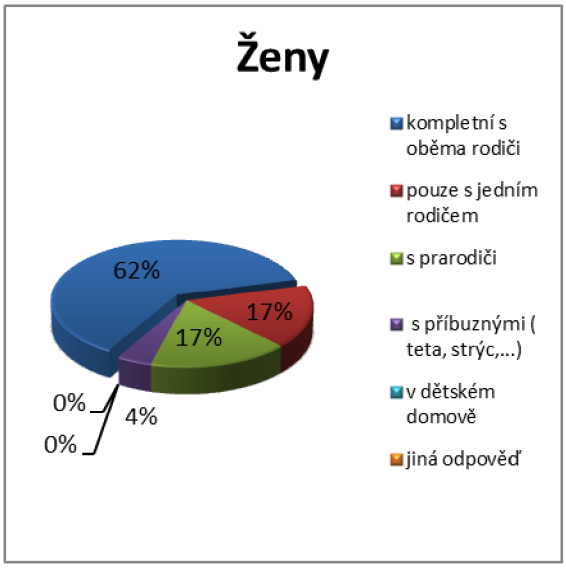
Zdroj: vlastní

Graf 5: Rodina – muži



Zdroj: vlastní

Graf 6: Rodina – ženy



Zdroj: vlastní

Tato otázka zjišťovala, v jaké rodině pacienti léčící se z alkoholismu vyrůstali. Největší procento respondentů (75 %) vyrůstalo v kompletní rodině. Větší skupina, která neuvedla vyrůstání v kompletní rodině, tedy např. s jedním rodičem či u prarodičů byla u žen, a to z 38 %, u mužů to bylo pouze 18 %.

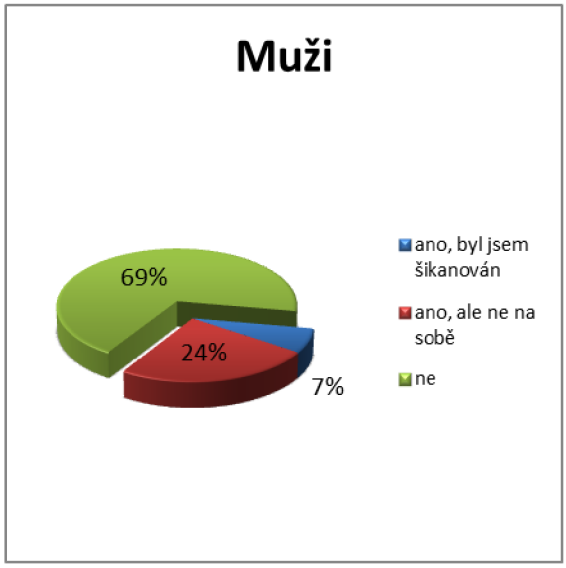
Otázka č. 8: Zažili jste v dospívání či dětství šikanu ve škole?

Tab. 4: Šikana v dětství

Šikana v dětství	ženy	muži	celkem
ano, na sobě	6	3	9
ano, ale ne na sobě	6	11	17
ne	12	31	43

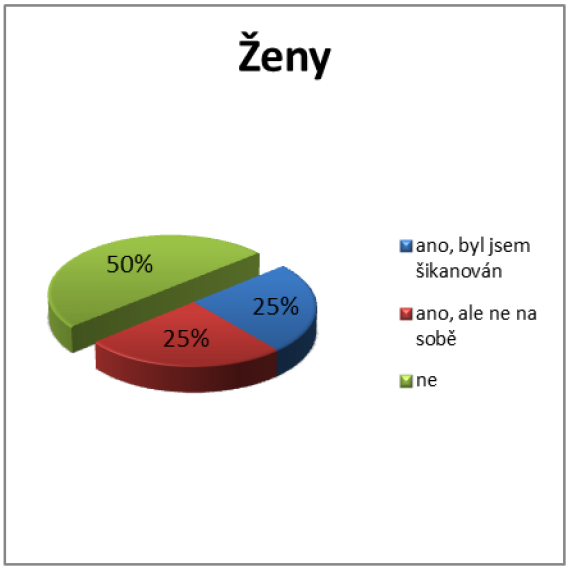
Zdroj: vlastní

Graf 7: Šikana v dětství – muži



Zdroj: vlastní

Graf 8: Šikana v dětství – ženy



Zdroj: vlastní

V této otázce respondenti odpovídali, zda zažili na sobě či někom jiném v dětství šikanu. Celkově 62 % (43) pacientů nezažilo v žádné podobě šikanu. U mužů se objevilo pouze 7 % (3), které bylo v dětství šikanováno. U žen bylo zaznamenáno 25 % žen (6), které šikanu zažilo. Ze všech odpovědí se v této otázce objevilo 25 % respondentů, kteří se s šikanou setkali, ale ne na sobě.

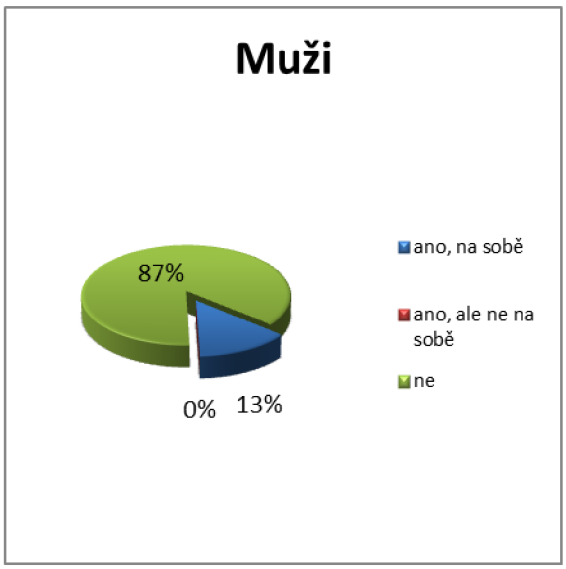
Otázka č. 9: Zažili jste v dětství domácí násilí či týrání?

Tab. 5: Domácí násilí v dětství

Domácí násilí v dětství	**ženy**	**muži**	**celkem**
ano, na sobě	6	6	12
ano, ale ne na sobě	5	0	5
ne	13	39	52

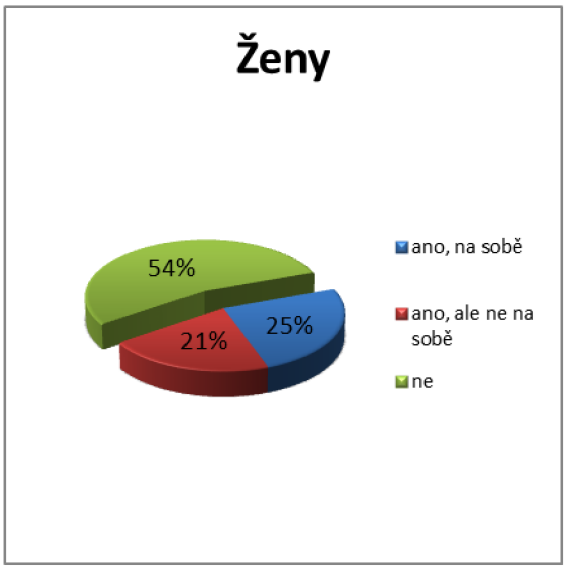
Zdroj: vlastní

Graf 9: Násilí v dětství – muži



Zdroj: vlastní

Graf 10: Násilí v dětství – ženy



Zdroj: vlastní

Z grafů lze usoudit, že velká většina respondentů nezažila v dětství domácí násilí. Větší procento, které se s domácím násilím setkalo, lze pozorovat u žen. Z celkového počtu žen zažilo na sobě domácí násilí 25 % (6) a na někom jiném 21 % (5) žen.

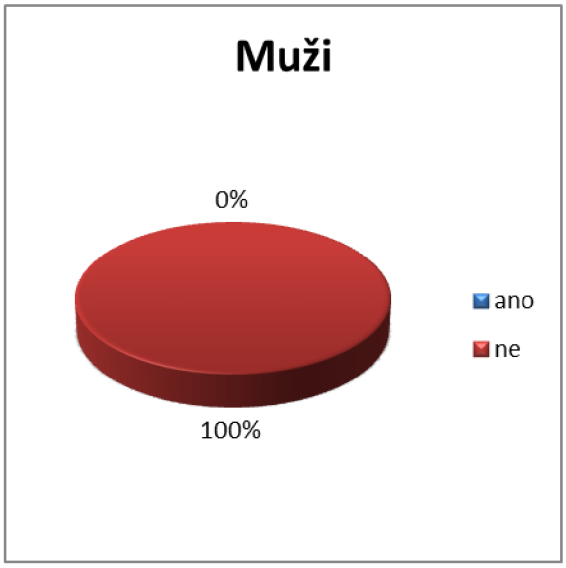
Otázka č. 10: Zažil/a jste na sobě v dětství sexuální zneužívání?

Tab. 6: Sexuální zneužívání v dětství

Sexuální zneužívání v dětství	**ženy**	**muži**	**celkem**
ano	4	0	4
ne	20	45	65

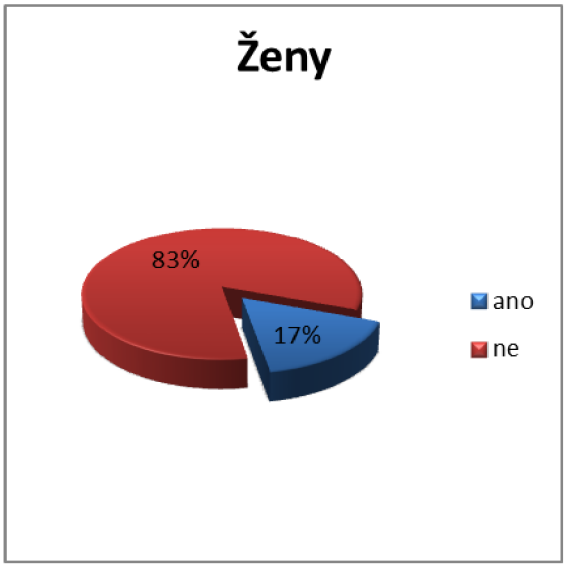
Zdroj: vlastní

Graf 11: Sexuální zneužívání – muži



Zdroj: vlastní

Graf 12: Sexuální zneužívání – ženy



Zdroj: vlastní

Z této otázky bylo zjištěno, že žádný muž z respondentů nebyl sexuálně zneužíván. Oproti tomu, sexuální zneužívání uvedlo 17 % (4) žen.

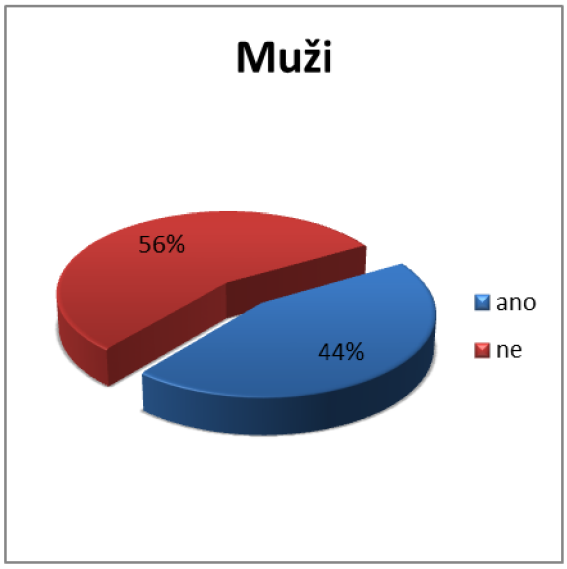
Otázka č. 11: Zažil/a jste v dětství nějaký traumatizující zážitek (úmrtí blízkého, rozvod rodičů, autonehoda, znásilnění…)?

Tab. 7: Traumatizující zážitek v dětství

Traumatizující zážitek v dětství	ženy	muži	celkem
ano	16	20	36
ne	8	25	33

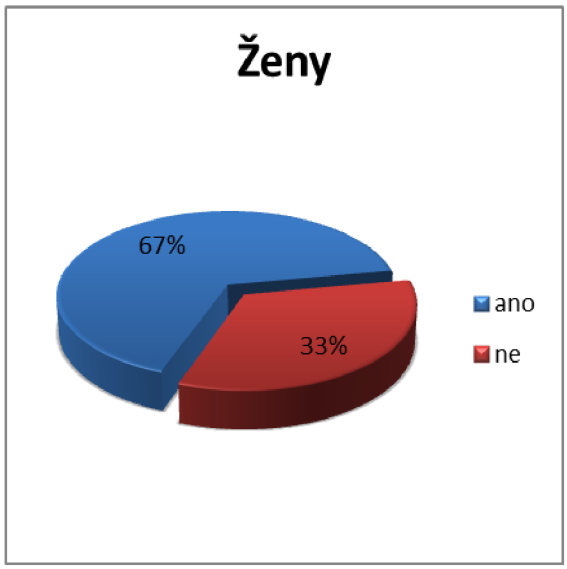
Zdroj: vlastní

Graf 13: Traumatizující zážitek – muži



Zdroj: vlastní

Graf 14: Traumatizující zážitek – ženy



Zdroj: vlastní

Otázka č. 11 se zaměřovala na traumatizující zážitky v dětství. Podle výsledků vyplývajících z grafů, většina žen 67 % si nese z dětství traumatizující zážitek, naopak většina mužů z 56 % traumatizující zážitek nezažila.

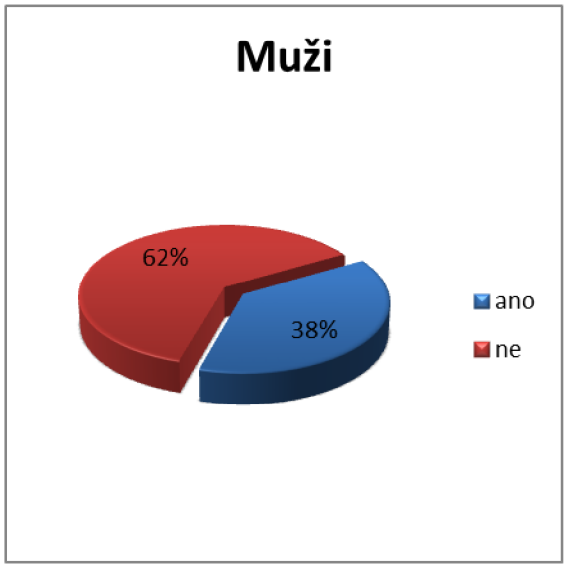
Otázka č. 12: Byl někdo z Vašich rodičů alkoholově závislý?

Tab. 8: Závislost rodičů

Závislost na alkoholu u rodičů	**ženy**	**muži**	**celkem**
ano	13	17	30
ne	11	28	39

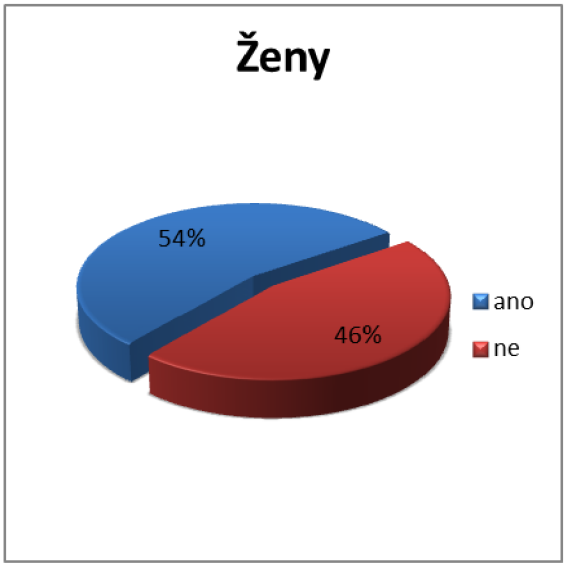
Zdroj: vlastní

Graf 15: Závislost rodičů – muži



Zdroj: vlastní

Graf 16: Závislost rodičů – ženy



Zdroj: vlastní

Otázka zjišťovala, zda rodiče respondentů byli také závislí na alkoholu. Mužský vzorek z 62 % uvedl, že rodiče alkoholici nebyli, naopak u žen byl z 54 % uveden alkoholismus i u rodičů respondentek.

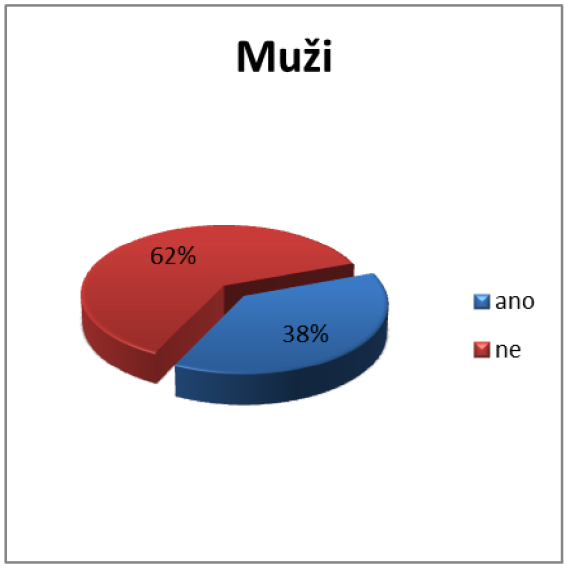
Otázka č. 13: Byl někdo z Vašich blízkých příbuzných (sourozenci, prarodiče, …)alkoholově závislý?

Tab. 9: Závislost u příbuzných

Závislost na alkoholu u příbuzných	**ženy**	**muži**	**celkem**
ano	13	17	30
ne	11	28	39

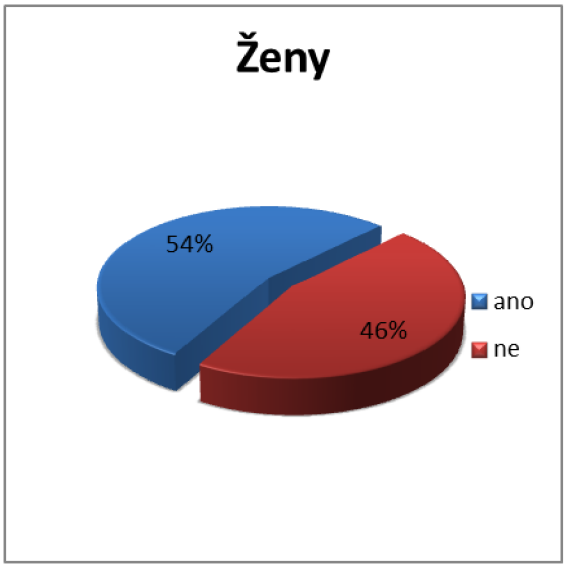
Zdroj: vlastní

Graf 17: Závislost u příbuzných – muži



Zdroj: vlastní

Graf 18: Závislost u příbuzných – ženy



Zdroj: vlastní

Stejně jako u předchozí otázky, byl zjištěn alkoholismus u příbuzných žen, a to z 54 %, u mužů bylo uvedeno z 62 %, že se u příbuzných alkoholismus nevyskytoval.

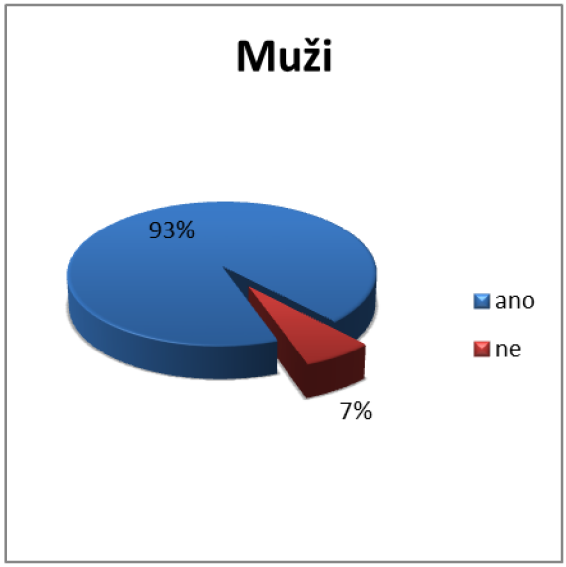
Otázka č. 14: Pohyboval/a jste se v okruhu přátel, kteří pravidelně pili alkohol?

Tab. 10: Požívání alkoholu u přátel

Požívání alkoholu u přátel	**ženy**	**muži**	**celkem**
ano	18	42	60
ne	6	3	9

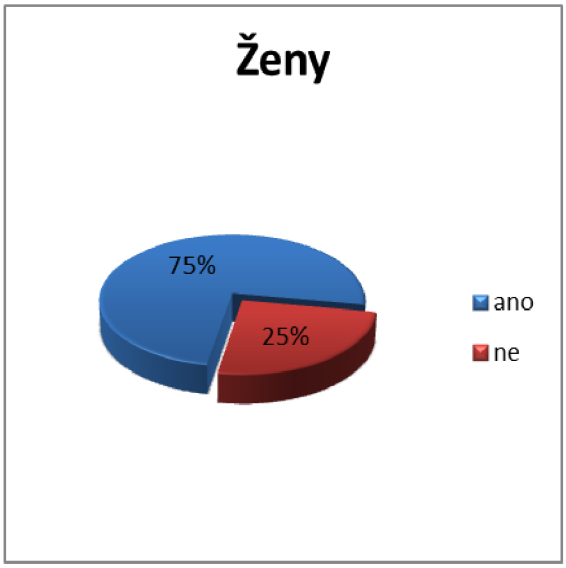
Zdroj: vlastní

Graf 19: Požívání alkoholu u přátel – muži



Zdroj: vlastní

Graf 20: Požívání alkoholu u přátel – ženy



Zdroj: vlastní

Převážná část respondentů (87 %) uvedla, že se pohybovala v okruhu přátel, kteří pravidelně konzumovali alkohol. U mužů to bylo 93 % (42) z respondentů a u žen 75 % (18).

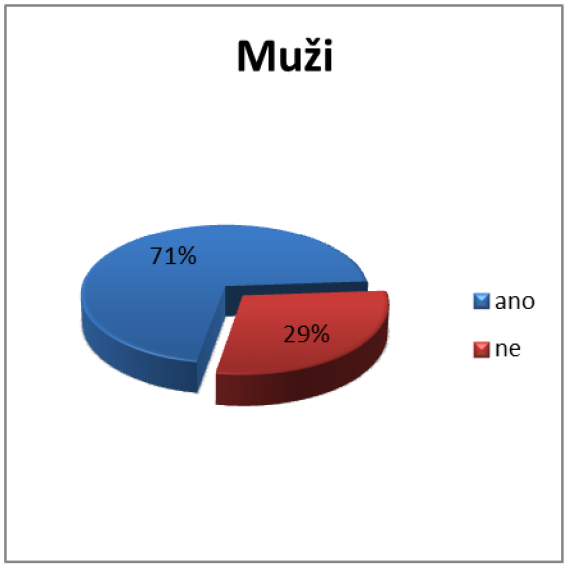
Otázka č. 15: Konzumoval/a jste alkohol i v zaměstnání?

Tab. 11: Alkohol v zaměstnání

Alkohol v zaměstnání	**ženy**	**muži**	**celkem**
ano	7	32	39
ne	17	13	30

Zdroj: vlastní

Graf 21: Alkohol v zaměstnání – muži



Zdroj: vlastní

Graf 22: Alkohol v zaměstnání – ženy

Zdroj: vlastní

Z tabulky vyplývá, že u konzumace alkoholu v zaměstnání můžeme pozorovat velké rozdíly u pohlaví respondentů. Muži uvedli, že ze 71 % konzumovali alkohol v zaměstnání, naopak ženy ze 71 % uvedly, že alkohol nekonzumovaly.

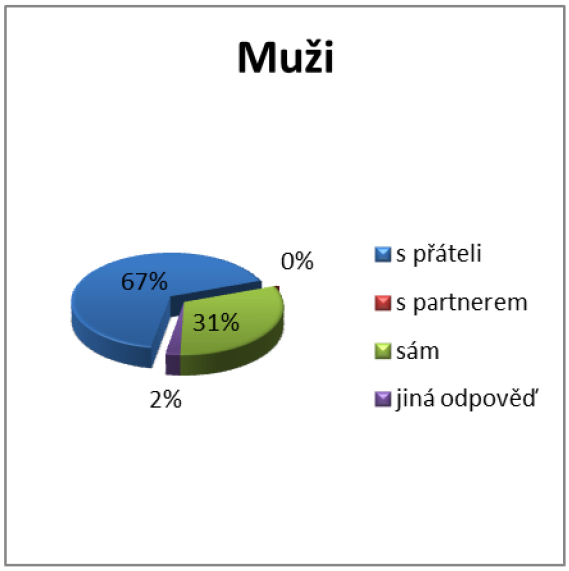
Otázka č. 16: S kým jste nejčastěji konzumoval/a alkohol?

Tab. 12: Četnost konzumace

Četnost konzumace	**ženy**	**muži**	**celkem**
s přáteli	8	30	38
s partnerem	2	0	2
sám	14	14	28
jiná odpověď	0	1	1

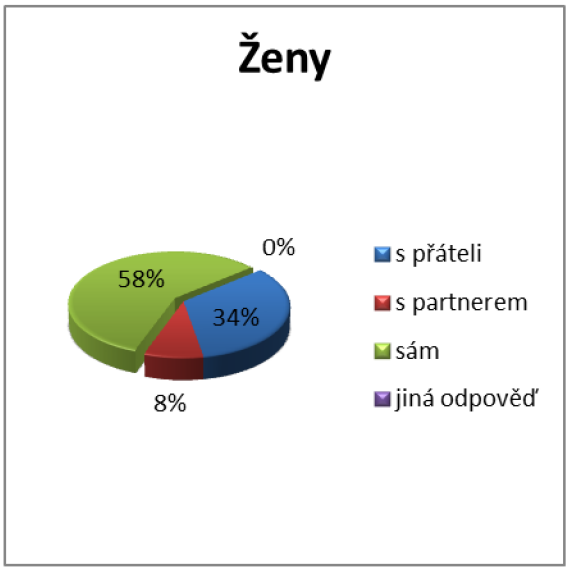
Zdroj: vlastní

Graf 23: Četnost konzumace – muži



Zdroj: vlastní

Graf 24: Četnost konzumace – ženy



Zdroj: vlastní

U této otázky můžeme pozorovat rozdíly u odpovědí žen a mužů. Muži jako nejčastější odpověď z 67 % (30) uvedli pití s přáteli, poté z 31 % (14) pití o samotě a jeden respondent označil jinou odpověď, v které uvedl, že se u jeho případu tato otázka špatně posuzuje, protože pil alkohol střídavě s přáteli, s partnerem i sám. U žen se naopak jako nejčastější odpověď vyskytovalo pití o samotě z 58 % (14), poté s přáteli 34 % (8) a z 8 % (2) s partnerem.

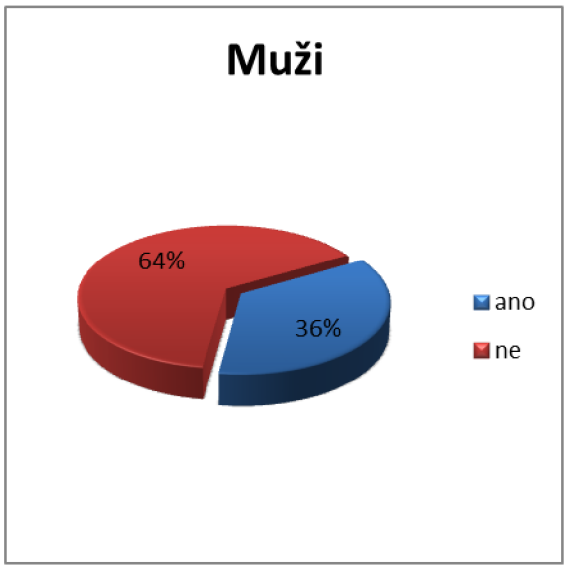
Otázka č. 17: Zažíval/a jste často pocit méněcennosti?

Tab. 13: Pocit méněcennosti

Pocit méněcennosti	ženy	muži	celkem
ano	19	16	35
ne	5	29	34

Zdroj: vlastní

Graf 25: Pocit méněcennosti – muži



Zdroj: vlastní

Graf 26: Pocit méněcennosti – ženy

Zdroj: vlastní

Podle grafů můžeme usoudit, že pocity méněcennosti se vyskytují spíše u žen než u mužů. Tyto pocity uvedlo 79 % (19) žen a pouze 36 % (16) mužů.

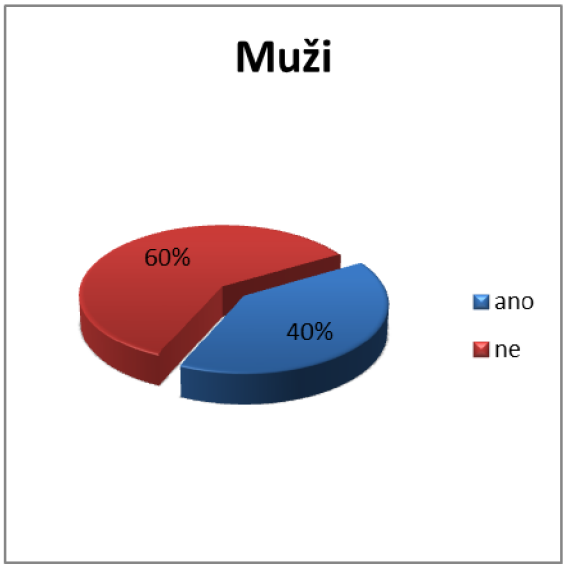
Otázka č. 18: Měl/a jste často deprese a pocity úzkosti?

Tab. 14: Deprese a pocity úzkosti

Deprese a pocity úzkosti	ženy	muži	celkem
ano	17	18	35
ne	7	27	34

Zdroj: vlastní

Graf 27: Deprese a pocity úzkosti – muži



Zdroj: vlastní

Graf 28: Deprese a pocity úzkosti – ženy

Zdroj: vlastní

Deprese a pocity úzkosti uvedlo 40 % (18) respondentů a 71 % (17) respondentek. U této otázky lze vidět rozdílnost mezi depresemi a pocity úzkosti mezi mužským a ženským vzorkem.

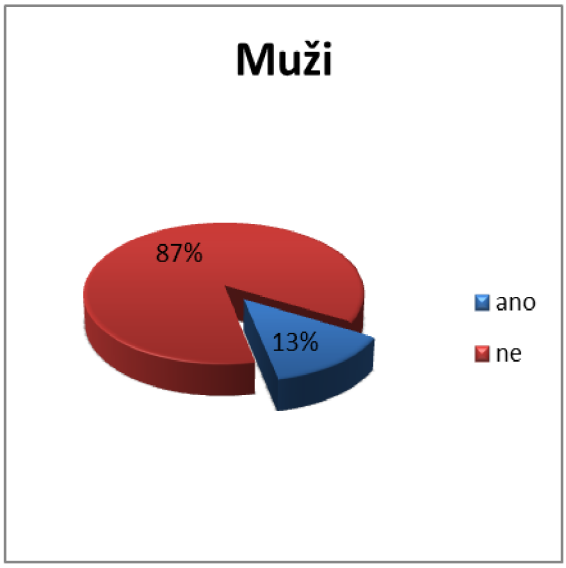
Otázka č. 19: Zažíval/a jste psychické či fyzické týrání od svého partnera/partnerky?

Tab. 15: Týrání od partnera

Týrání od partnera	ženy	muži	celkem
ano	10	6	16
ne	14	39	53

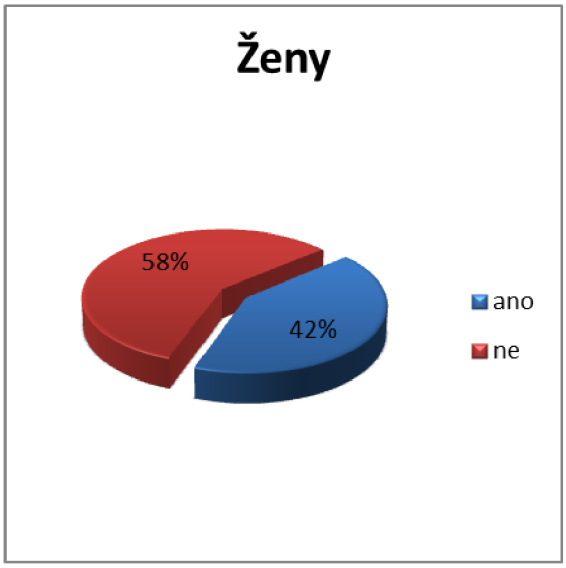
Zdroj: vlastní

Graf 29: Týrání od partnera – muži



Zdroj: vlastní

Graf 30: Týrání od partnera – ženy



Zdroj: vlastní

Psychické či fyzické týrání se celkově u respondentů objevilo pouze u 23 %. Z mužského vzorku potvrdilo týrání 13 % mužů (6), u žen bylo procento podstatně vyšší, a to 42 % (10).

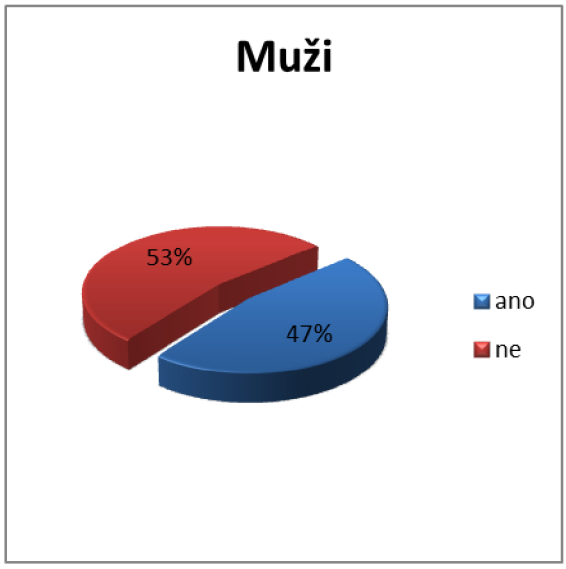
Otázka č. 20: Byl/a jste často uzavřen/á do sebe?

Tab. 16: Uzavření do sebe

Uzavření do sebe	ženy	muži	celkem
ano	17	21	38
ne	7	24	31

Zdroj: vlastní

Graf 31: Uzavření do sebe – muži



Zdroj: vlastní

Graf 32: Uzavření do sebe – ženy

Zdroj: vlastní

Tato otázka zjišťovala uzavřenost respondentů do sebe. Muži z 53 % (21) uvedlo, že uzavření sami do sebe nebyli. U žen naopak 71 % (17) uvedlo uzavřenost do sebe. Vidíme zde, že u ženského vzorku byly výsledky jednoznačné, a naopak u mužů se uzavřenost vyskytuje o něco méně než u poloviny mužů.

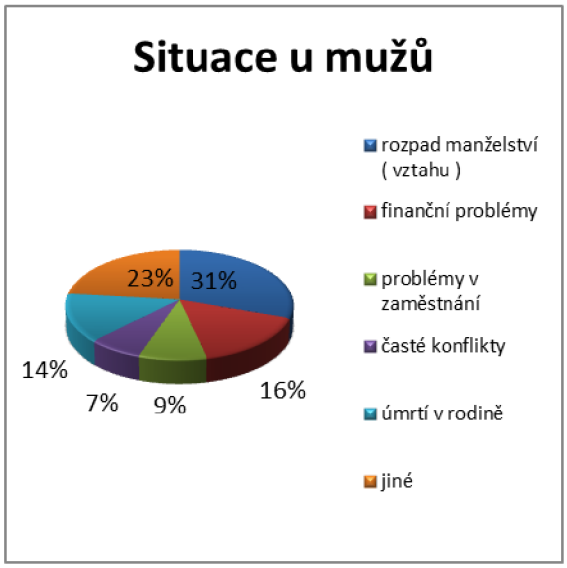
Otázka č. 21: Jaká/é situace vás vedly k užívání alkoholu? (možnost více odpovědí)

Tab. 17: Co vedlo k užívání alkoholu

Co vedlo k užívání alkoholu	ženy	muži	celkem
rozpad manželství (vztahu)	5	17	22
finanční problémy	5	9	14
problémy v zaměstnání	7	5	12
časté konflikty	2	4	6
úmrtí v rodině	7	8	15
jiné	13	13	26

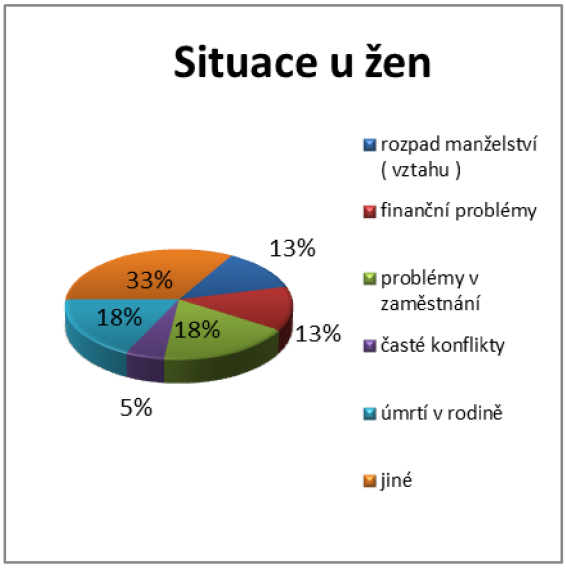
Zdroj: vlastní

Graf 33: Co vedlo k užívání alkoholu – muži



Zdroj: vlastní

Graf 34: Co vedlo k užívání alkoholu – ženy



Zdroj: vlastní

U této otázky, která se zabývala důvody k nadužívání alkoholu, byla možnost více odpovědí. U mužů se nejčastěji objevila odpověď rozpad manželství z 31 %, druhou nejčastější 23 % byla odpověď jiný důvod, respondenti uváděli, že pili pro zábavu, kvůli přemíře problémů, velkému stresu, osamělosti nebo špatným zkušenostem se vztahy. Třetí nejčastější s 16 % byly finanční problémy. Ženy nejčastěji volily odpověď jiná, a to z 33 % uváděly jako jiné důvody ztrátu sebevědomí, nevěru manžela, týrání od partnera, co – alkoholismus nebo silné pocity méněcennosti. Druhou nejčastější odpovědí 18 % bylo úmrtí v rodině spolu s problémy v zaměstnání.

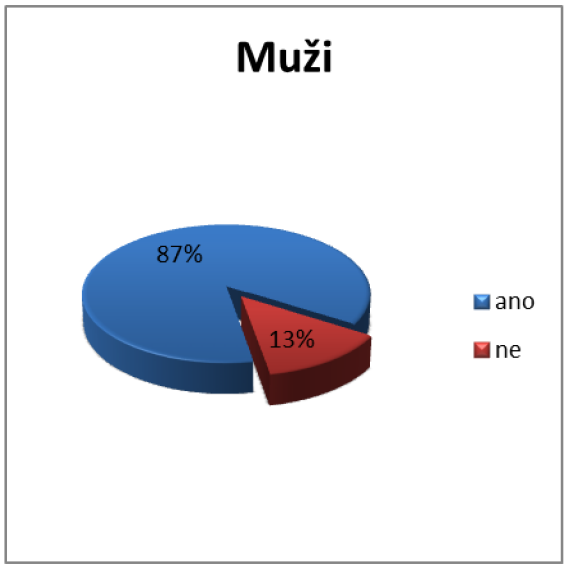
Otázka č. 22: Rozhodl/a jste se k léčbě alkoholismu sami?

Tab. 18: Rozhodnutí o léčbě

Rozhodnutí o léčbě	**ženy**	**muži**	**celkem**
ano	21	39	60
ne	3	6	9

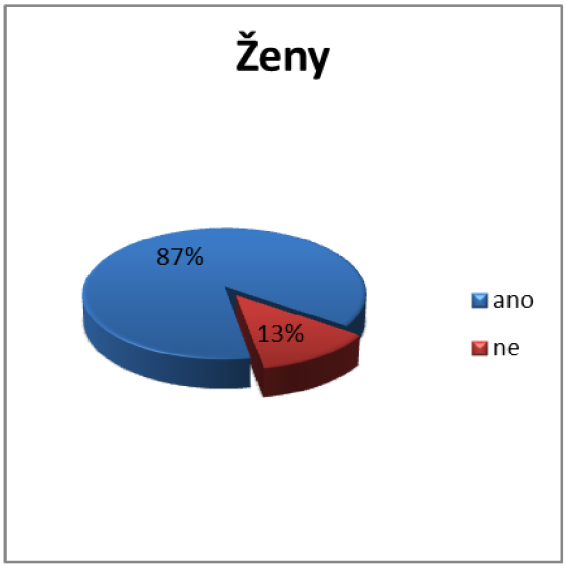
Zdroj: vlastní

Graf 35: Rozhodnutí o léčbě – muži



Zdroj: vlastní

Graf 36: Rozhodnutí o léčbě – ženy



Zdroj: vlastní

Z tabulky a grafů je zřejmé, že většina respondentů se rozhodla ke své léčbě alkoholismu samostatně. Procento bylo u mužů i žen stejné, a to 87 %, pouze 13 % (3) žen a 13 % mužů (6) se neléčí ze své vlastní vůle, tito respondenti uvedli, že jejich léčba je nařízená soudem.

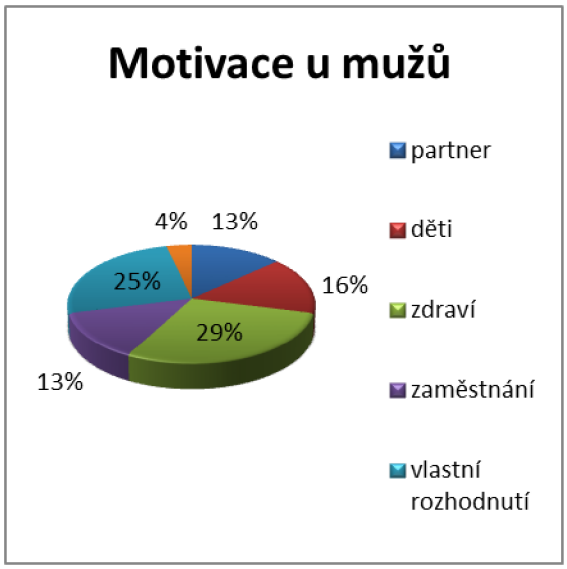
Otázka č. 23: Pokud ano, co vás k léčbě motivovalo? (možnost více odpovědí)

Tab. 19: Motivace k léčbě

Motivace k léčbě	ženy	muži	celkem
partner	9	11	20
děti	8	13	21
zdraví	10	24	34
zaměstnání	8	11	19
vlastní rozhodnutí	9	21	30
jiné	6	3	9

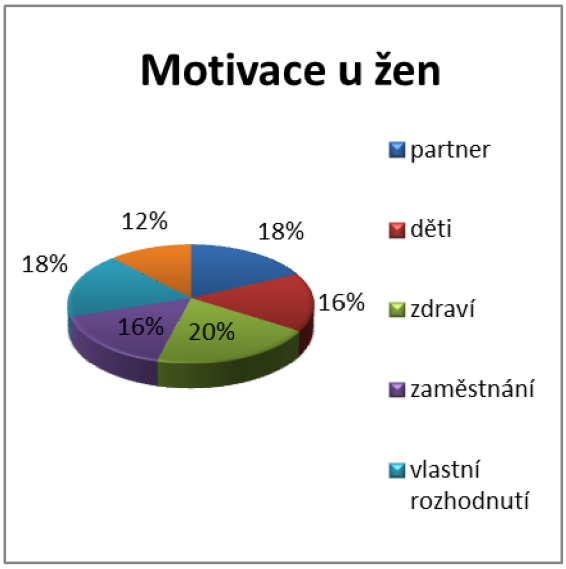
Zdroj: vlastní

Graf 37: Motivace k léčbě – muži



Zdroj: vlastní

Graf 38: Motivace k léčbě – ženy



Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří se rozhodli sami pro svoji léčbu, lze bylo možné vybrat více odpovědí. U mužů nejčastější motivací bylo zdraví 29 %, dále vlastní rozhodnutí 25 %, tedy motivací byli oni sami a z 16 % děti. U žen byly odpovědi podobné, nejčastěji také zdraví 20 %, partner a vlastní rozhodnutí 18 % a se stejným procentem 16 % skončilo i zaměstnání a děti . Obě pohlaví udávala mezi jiné rodinu celkově.

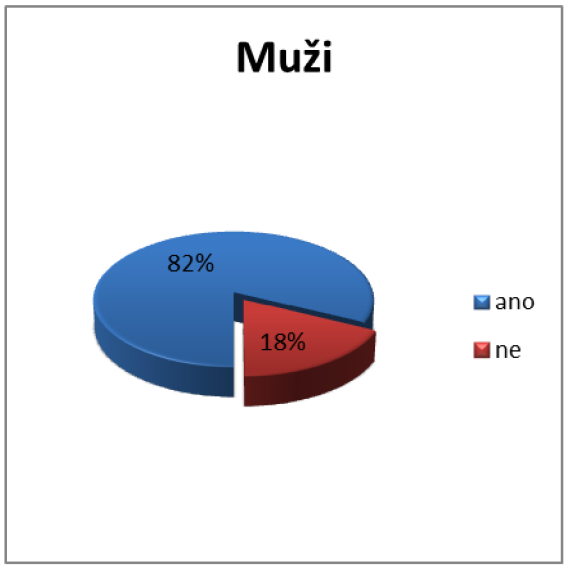
Otázka č. 24: Léčíte se pouze z alkoholismu?

Tab. 20: Léčba pouze z alkoholismu

Léčba pouze z alkoholismu	ženy	muži	celkem
ano	19	37	56
ne	5	8	13

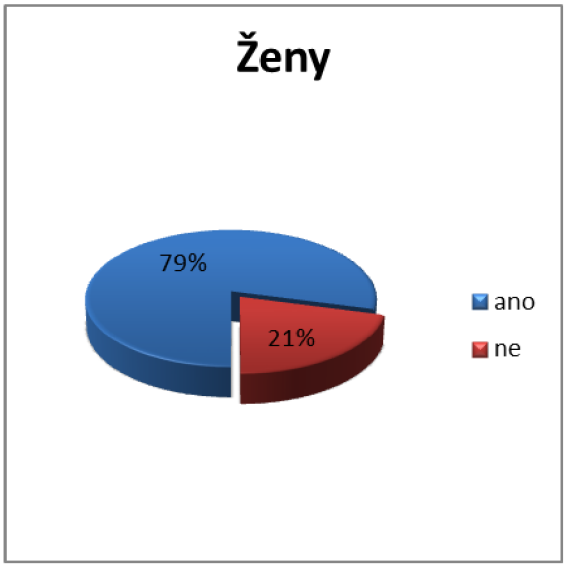
Zdroj: vlastní

Graf 39: Léčba pouze z alkoholismu – muži



Zdroj: vlastní

Graf 40: Léčba pouze z alkoholismu – ženy



Zdroj: vlastní

Z odpovědí vyhodnocených v grafech je zřejmé, že většina žen i mužů se léčí na psychiatrické léčebně pouze z alkoholismu. Ti, kteří uvedli, že se neléčí pouze z alkoholismu, uvedli jejich další závislost. U mužů uvedli 4 respondenti závislost na pervitinu a 4 na gamblerství. Z žen 3 respondentky uvedly závislost na lécích a 2 na pervitinu.

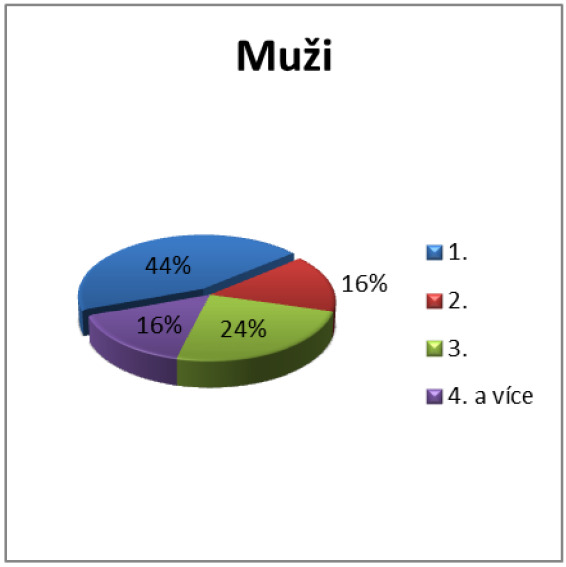
Otázka č. 25: Kolikátou absolvujete léčbu?

Tab. 21: Kolikátá léčba

Kolikátá léčba	ženy	muži	celkem
1.	13	20	33
2.	7	7	14
3.	1	11	12
4. a více	3	7	10

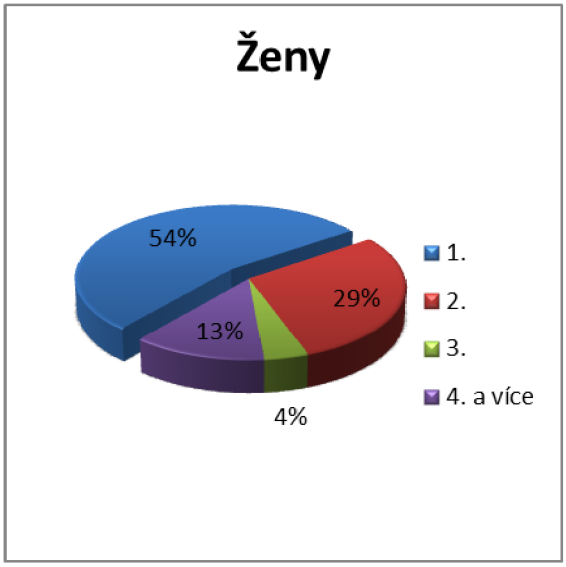
Zdroj: vlastní

Graf 41: Kolikátá léčba – muži



Zdroj: vlastní

Graf 42: Kolikátá léčba – ženy



Zdroj: vlastní

Tato otázka ukazuje, zda respondenti absolvují svoji první léčbu nebo zda se léčba opakuje. Celkově můžeme říci, že ženy ze zkoumaného vzorku z 54 % absolvují svoji první léčbu a muži ze 44 %. Druhý největší počet žen 29 % (7) se léčí z alkoholismu po 2. U mužů byla jako druhá nejčastější odpověď zjištěna 3. léčba a to 24 % (14) mužů.

Jako dodatek dotazníku, který jsem svým respondentům zadala, byla poslední dobrovolná otázka, zda je ještě napadá něco, co by mi rádi sdělili. K této otázce se mi vyjádřilo pouze 10 respondentů. Pár z nich bych ráda odcitovala.

1. Muž, věk 51–60, léčba pouze alkoholismu, 1. léčba

   „Alkohol je záludný nepřítel, nejhorší je, když se člověk propije do stavu, kdy to s alkoholem nejde a bez něj taky ne“.

2. Žena, věk 26–30 let, léčba pouze alkoholismu, 1. léčba

   „Mé dětství bylo hodně špatné, otec celé mé dětství pil alkohol. Mlátil nás a užíval fyzické tresty. Naučil mě, že alkohol je běžná věc v životě. Jako mladá, jsem měla smůlu na muže, skoro všichni pili. Já s nimi též. Nikdy by mě nenapadlo, že budu mít závislost na alkohol. Teď mám malinkou dceru a tohle ji předat za žádnou cenu nechci“.

3. Žena, věk 36–50 let, léčba pouze alkoholismu, 1. léčba

   „Veškeré problémy v životě i zklamání, se dají vyřešit, ale ne alkoholem nebo drogami. Život je dar a člověk by si ho měl vážit. Může být hezký a já pevně věřím, že po dokončení léčby bude“.

4. Muž, věk 36–50 let, léčba pouze alkoholismu, 1. léčba

   „Nikdy bych tomu neuvjeřil co dokáže spusobyt alkohol s psichykou člověka a teť už jsem to podle mého mínění pochopil a tím padem se tomu musím snažit vyvarovat požívat alkoholické napoje protože ty mě do tohoto stavu dostaly“.

5. Žena, věk 36–50 let, léčba pouze alkoholismu, 2. léčba

   „Nelhat! Ani sobě, ani rodině, prostě nikomu. Přijmout sebe sama, naučit se odpouštět. Přijímat dobré i špatné věci, tak jak přicházejí. Když ty špatné nepřijmeme, tak se na 100 % zopakují. Být vděční za to, co máme. Nevinit okolí, že může za naši závislost. Jsme na světě sami za sebe, tak přijmout odpovědnost za své konání. Mít pouze pozitivní myšlenky – funguje to, mám to vyzkoušené“.

7.4 Závěry výzkumu a diskuze výsledků

V předchozí kapitole byly přehledně zobrazeny a okomentovány výsledky výzkumu. Cílem praktické části bylo zjistit hlavní rozdíly v etiologii a průběhu

alkoholismu u mužů a u žen. V následující kapitole budou výsledky shrnuty a zhodnoceny, zda díky nim bude možné cíle bakalářské práce naplnit. K hlavnímu cíli bylo zadáno 6 dílčích podotázek, které určí strukturu získaných výsledků.

1. Kdo s alkoholem začíná dříve a u koho se dřív vyvine alkoholismus?

   Tuto otázku měla zodpovědět 5. a 6. otázka v dotazníku, kde se respondentů dotazuje na první konzum a na délku doby od požívání alkoholu k vytvoření závislosti. Největší procento respondentů u obou pohlaví uvedlo věk první konzumace 15–19. Je však zajímavé, že u mužů se stejným procentem byla označena odpověď 9–14 let. Oproti tomu, u žen byla jako druhá nejčastější odpověď 20–25 let. Dá se tedy říci, že většina mužů konzumuje alkohol v mladším věku než ženský vzorek ve výzkumu. U 6. otázky se u mužů nejčastěji objevila odpověď 7–10 let, druhá nejčastější 16–20 let a třetí 21–25 let. U žen tomu bylo trochu jinak, nejčastější odpověď byla 4–6 let, druhá 7–10 let a třetí nejčastější byly dvě odpovědi, a to 2 roky a 11–15 let. Podle těchto výsledků lze potvrdit tvrzení v kapitole 4.1, že se alkoholismus vytvoří rychleji u žen než u mužů (Kohoutek, 2007). Shrnutím lze tedy říct, že muži začínají s konzumem alkoholu dříve než ženy, a naopak vývoj alkoholismu u nich trvá delší dobu než u žen. Nicméně tento výsledek nevyšel ve výzkumu úplně jednoznačně, přisuzovala bych to tomu, že pacienti nedokáží přesně určit dobu, za kterou se u nich alkoholismus vyvinul, tuto otázku bych tedy příště směřovala spíše k jejich lékařům, kteří znají jejich přesnou diagnózu.

2. Mají problémy v dětství více ženy alkoholově závislé než muži?

   Odpověď na tuto otázku jsem posuzovala pomocí 7., 8., 9., 10. a 11. otázky v dotazníku. V otázce 7. bylo zjišťováno, v jaké rodině respondenti vyrůstali. Většina z nich vyrůstala v kompletní rodině, ale žen, které neměly kompletní rodinu bylo 38 % a mužů pouze 18 %. V dalším 8. bodu byli respondenti tázáni na šikanu v dětství. V mužském vzorku se s šikanou nesetkalo 69 %, setkalo přímo 24 % a nepřímo na sobě 7 %. U žen se šikana nevyskytovala u 50 %, dále 25 % žen šikanu zažilo na sobě a 25 % se setkalo, ale ne přímo na své osobě. V otázce č. 9 pacienti odpovídali na domácí násilí či týrání v dětství, pouze 13 % z respondentů zažilo domácí násilí či týrání, oproti tomu respondentky z 25 % na sobě a z 21 % se s ním pouze setkaly, ale ne přímo na sobě. V 10. otázce byli pacienti dotazováni na sexuální

zneužívání v dětství, celých 100 % z mužského vzorku nezažilo zneužívání, ale u žen se s ním setkalo 17 %. V poslední otázce se zjišťovaly traumatizující zážitky v dětství. Žen, které zažily traumatizující zážitek, bylo 67 % a mužů 44 %. Špatné dětství může souviset s budoucí závislostí na alkoholismu. Po shrnutí získaných výsledků lze usoudit, že ženy mají v dětství celkově více problémů se šikanou, domácím násilím či sexuálním zneužíváním než muži. Dále větší procento žen oproti mužům uvedlo, že zažilo traumatizující zážitek, který, jak zmiňuje Scémy a Nešpor (1996), je typickou etiologií pro ženský alkoholismus.

3. Koho více ovlivňuje sociální prostředí ve sklonu k alkoholismu?

K této otázce se vztahovaly body 12–16 v dotazníku. 12. otázka se dotazovala na alkoholismus u rodičů respondentů. Výskyt alkoholismu u rodičů potvrdilo 54 % žen a mužů 38 %. U 13. otázky se dotaz na alkoholismus rozšiřoval k příbuzným, výsledky dopadly stejně jako u předchozí otázky. Dá se tedy potvrdit tvrzení Hellera a Pecinovské (2011), že se u žen více než u mužů vyskytuje více příbuzných závislých na alkoholu. Dále 14. otázka se zaměřovala na okruh přátel pacientů, zda jejich přátelé pravidelně pili alkohol. Velká většina mužů i žen se pohybovala v okruhu přátel, kteří opakovaně pijí alkoholické nápoje. Předposlední otázka v tomto okruhu se dotazovala na konzumaci alkoholu v práci. Výsledky u mužů ze 71 % potvrdily konzumaci alkoholu v práci a u žen naopak konzumaci vyvrátily, protože 71 % alkohol nekonzumovalo. Poslední otázka se respondentů ptala, s kým nejčastěji popíjeli alkohol. Muži z 67 % konzumovali alkohol s přáteli, ženy z 58 % samy, což potvrzuje teorii v kapitole 4.1, kde se podle Kohoutka (2007) uvádí, že je pro ženy typické alkohol konzumovat o samotě a pro muže ve společnosti. Pokud získané výsledky shrneme lze říci, že se u žen vyskytuje více možných spojitostí s genetickými predispozicemi, dále konzumují alkohol převážně o samotě, nekonzumují alkohol v práci a pohybují se v okruhu přátel konzumujících alkohol stejně jako muži, takže tato sociální skupina může být sociálním faktorem ve vzniku alkoholismu. U mužů se naopak v rodině nevyskytovalo velké procento alkoholiků jako u žen, dále konzumují alkohol i v práci a převážně se svými přáteli.

4. Před vznikem alkoholismu bývají emočně nestabilní více ženy nebo muži?

K získání výsledků byly použity otázky 17–20. První z nich se dotazovala na pocity méněcennosti. Odpovědi mužů a žen se velmi lišily, ženy uvedly pocity méněcennosti v 79 % a muži pouze v 36 %. Další otázka se zaměřovala na deprese a pocity úzkosti, jako u předchozí otázky uvedla většina žen 71 %, že tyto pocity zažívaly a muži tyto pocity uvedly ze 40 %. 19. otázka se zaměřovala na psychické či fyzické týrání od partnera. Podle výsledků odpovědí většina respondentů týrání nezažila, ale procento, žen, které týrání potvrdilo, bylo 42 % a mužů pouze 13 %. Skutečnost, že ženy bývají mnohem častěji týrané než muži či jsou obětmi domácího násilí, potvrzuje tvrzení Nešpora (2011), které je uvedeno v kapitole 4.1. Poslední otázka se dotazovala na uzavřenost do sebe. 71 % žen označilo, že bylo uzavřeno do sebe, u mužů to bylo procento nižší a to 47 %. Podle získaných výsledků lze usoudit, že se potvrdilo, že větší emoční nestabilitou trpí pacientky oproti pacientům, jak uvádí Nešpor (2011).

5. Jaké jsou u mužů a žen nejčastější důvody propadnutí alkoholu?

K této podotázce se vztahovala v dotazníku pouze otázka č. 21. Respondenti měli možnost označit více odpovědí. U žen největší procento označilo odpověď jiné, z toho důvodu jsem po vyhodnocení vytvořila další dvě skupiny, které nejčastěji v odpovědi jiné pacientky uváděly. První z nich jsem nazvala psychické problémy, protože se zde objevovaly odpovědi typu: deprese, malé sebevědomí, pocity méněcennosti. Psychické problémy uvedlo 15 % respondentek. Druhá z nich byla vytvořena z odpovědí týkajících se partnerských vztahů např. týrání od partnera, nevěra partnera, co – alkoholismus atd. Proto jsem skupinu nazvala problémy s partnerem, do této kategorie spadalo 18 % respondentek. Po tomto rozdělení vyšly jako nejčastější důvody u žen k nadužívání alkoholu problémy v práci (18 %), úmrtí v rodině (18 %) a problémy s partnerem (18 %). Toto rozdělení jsem provedla i u mužského vzorku, přidala jsem skupinu psychické problémy (13 %) a pití pro zábavu (10 %). Při konečném vyhodnocení vyšly mezi třemi nejčastějšími důvody nadužívání alkoholu u mužů rozpad manželství či vztahu (31 %), finanční problémy (16 %) a úmrtí v rodině (14 %). V literatuře najdeme, že je typické pro ženy nepřímo určitá etiologie, kterou

můžeme ve v tomto výzkumu potvrdit, protože nejprve ženský vzorek označil odpověď jiné z 33 %, kde se právě nacházely blíže neurčené důvody. U mužů se naopak vyskytují nejčastěji problémy ve vztazích, financích či problémy v práci (Scémy, Nešpor, 1996).

6. Jaké jsou hlavní motivace a u jaké skupiny je léčba komplikovanější?

U poslední otázky se výzkum zaměřoval na motivaci k léčbě a její komplikovanost. Vztahovaly se k ní v dotazníku body 23–25. První z nich zjišťovala, zda se k léčbě rozhodli sami nebo jim byla léčba ústavně nařízena. U obou pohlaví 87 % respondentů uvedlo, že je jejich léčba dobrovolná. Druhá otázka se dotazovala na hlavní motivace, které vedly pacienty k terapii. U mužů byla nejčastější odpověď zdraví (29 %), dále vlastní rozhodnutí (25 %) a jako třetí nejčastější odpověď byla děti (16 %). U žen byly výsledky hodně podobné, jako první také zdraví (20 %), druhé děti (18 %) a vlastní rozhodnutí (18 %). Můžeme tedy pozorovat velkou podobnost v motivaci mužů a žen, literatura ovšem uvádí, že u žen bývají nejčastější důvody k léčbě zdraví a rodina a u mužů ne tolik často. Toto tvrzení Scémy a Nešpora (1996) podle tohoto výzkumu nemůžeme potvrdit. Předposlední otázka se respondentů dotazovala, zda se léčí pouze z alkoholismu či z další závislosti. Velká většina žen (79 %) i mužů (81 %), uvedla pouze léčbu z alkoholismu. Ostatní dotazovaní, kteří měli léčbu kombinovanou, uvedli, z jaké další závislosti se léčí. U mužů to byl pervitin a gamblerství a u žen pervitin a léky – tuto častou kombinaci závislostí u žen zmiňuje i Trávníčková (2001) ve své publikaci. Poslední bod se zaměřoval, kolikátou léčbu pacienti absolvují. U mužů na 1. léčbě bylo 44 % pacientů, a na opakující se 56 % pacientů. U žen tomu bylo naopak 54 %, co absolvovalo první léčbu a 46 % několikátou. Nelze tedy obecně říci, u jakého pohlaví je léčba úspěšnější.

Výzkum na protialkoholním oddělení tedy potvrdil a někdy se naopak jeho výsledky lišily od již získaných poznatků. Zjistil, že muži začínají nepatrně dříve s alkoholem a vývoj alkoholismu u nich trvá delší dobu než u žen. Potvrdilo se, že ženy závislé na alkoholu za sebou nemají úplně šťastné dětství a nesou si z dětství traumatizující zážitek ve větším procentu než muži. Dále se prokázalo, že u žen se v rodině vyskytuje více alkoholiků než u mužského vzorku. Pro muže je oproti ženám, které alkohol v zaměstnání nekonzumují a většinou ho pijí o samotě, typické konzumovat alkohol v práci a ve společnosti přátel. Ve výzkumu se ukázala jasná

emoční nestabilita a rozladěnost žen, u mužů se tato skutečnost neukázala. U hlavních příčin nadužívání alkoholu se obecně nedá říct nejčastější příčina jak u mužů, tak u žen. Každý jedinec je velmi individuální a důvodů proč lidé s alkoholem začínají je mnoho a nedá se to jednoznačně určit, proto se rozdíly u žen a mužů nenalezly. Respondenti obou pohlaví ve většině případů nastupují na léčbu sami, motivace k terapii se u žen a mužů také příliš nelišila, bylo to hlavně zdraví, kvůli sobě samému a dětem. Většina ženských i mužských pacientů absolvovala svoji první léčbu, ve výzkumu se ukázalo větší procento mužů, kteří jsou na opakované léčbě. Přesně se ovšem nedá určit, u koho více bývá léčba úspěšná.

Podle mého názoru se povedlo díky výzkumu najít určité rozdíly v příčinách a průběhu alkoholismu u mužů a u žen. Ve výzkumu bych určité ráda pokračovala v mé diplomové práci, ve které bych zvolila kvalitativní výzkum a polostrukturované rozhovory, díky kterým by se problematika dala lépe přiblížit a určit.

8 Závěr

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit rozdíly v příčinách a průběhu alkoholismu u pacientů léčících se v psychiatrické léčebně na protialkoholním oddělení, dále byly stanoveny vedlejší podotázky, které tyto cíle pomohly naplnit. Celá práce byla rozdělena do dvou částí. První z nich – teoretická část se zabývala pěti hlavními oddíly. První z nich popisoval alkohol, jeho účinky na člověka, definoval opilost a její stádia a byly zde uvedeny údaje z výzkumu o konzumaci alkoholu populace v České republice.

Druhý oddíl definoval alkoholismus, symptomy, které jsou klíčové při diagnostikování této závislosti. Dále popisoval dělení alkoholové závislosti, jeho typy a samotný průběh vytvoření alkoholismu a s ním spojená vývojová stádia. Důležitou kapitolou tohoto oddílu byly faktory vzniku závislosti na alkoholu, kde se rozebírala samotná etiologie problematiky, která byla dále rozdělena na čtyři nejdůležitější faktory – genetické, biologické, psychické a sociální faktory. V souvislosti s etiologií zde byly zmíněny rizikové skupiny, které mohou být více náchylné k nadužívání alkoholu.

Třetí z nich se zabývá velmi důležitou tématikou pro tuto práci, tedy alkoholismem u žen. Shrnuje historický vývoj ženského postavení ve společnosti a s ním měnící se vztah žen k alkoholu. Jsou zde velmi podrobně popisována specifika nadužívání alkoholu žen a následně porovnávána s muži. Obsahuje také část, která srovnává odlišnosti v průběhu léčby žen a mužů.

Čtvrtý oddíl je věnován důsledkům nadměrného užívání alkoholu. Jsou rozděleny do dvou kapitol, první z nich řeší somatická postižení, která jsou spojená s poruchou orgánů, jako jsou játra, žaludek nebo ledviny. Ve druhé kapitole tohoto oddílu je popsáno psychické postižení, pro které jsou charakteristické psychózy např. delirium tremens nebo Korsakova alkoholická psychóza.

Poslední tedy pátý oddíl se zabývá důležitostí léčby alkoholismu a jsou zde uvedeny hlavní formy léčby, kterou pacienti závislí na alkoholu mohou podstoupit.

Výzkumná část charakterizovala metodiku, cíle, průběh a výzkumný vzorek, který se zúčastnil dotazníkového šetření. Následně zde byla provedena interpretace analyzovaných výsledků pomocí tabulek a grafů pro přehlednost. V kapitole závěry výzkumu a diskuze výsledků byly výsledky do hloubky rozebírány a stanovovány odpovědi na vedlejší otázky, z kterých bylo provedeno shrnutí, které popisovalo

odpověď na hlavní výzkumnou otázku bakalářské práce. Ve výzkumu byly prokázány některé odlišnosti v příčinách a průběhu alkoholismu. Ženy provází více problémů a traumatizujících zážitků z dětství více jak muže. Je pro ně typické konzumovat alkohol o samotě a v utajení, oproti tomu muži pijí na veřejnosti a s přáteli. U žen byla velmi viditelná psychická nepohoda a pocity méněcennosti, u mužů jsme tyto aspekty nepozorovali. Co se týče samotných příčin nadužívání alkoholu, neshledaly se velké odchylky u mužů a žen, ale naopak se potvrdilo, že každý jedinec je speciální, a tudíž u většiny respondentů se jednalo o individuální důvody a můžeme tedy potvrdit, že etiologie je u alkoholismu multifaktoriální.

Resumé

Bakalářská práce se věnuje problematice alkoholismu. Jejím cílem je zjistit rozdíly v příčinách a průběhu alkoholismu u mužů a u žen. Práce je rozdělena do dvou částí – teoretické a výzkumné. První z nich se zabývá samotným alkoholem, jeho účinky a opilostí. Definuje pojem alkoholismus, dále rozděluje závislost, popisuje typy závislosti a její vývojová stádia. Věnuje se problematice ženského alkoholismu, který srovnává s mužským alkoholismem, dále charakterizuje důsledky nadužívání alkoholu a popisuje léčbu této závislosti. Výzkumná část je věnována kvantitativnímu výzkumu. V této části je uvedena metodika, průběh, cíle a výzkumný vzorek zkoumání. Hlavní částí je interpretace získaných poznatků a následné vyhodnocení a diskuze výsledků výzkumu.

Resume

The bachelor thesis deals with the issue of alcoholism. Its aim is to find out the differences in causes and course of alcoholism in men and women. The thesis is divided into two parts - theoretical and research. The first one deals with alcohol itself, its effects and drunkenness. It defines the term alcoholism, further divides dependence, describes the types of dependence and its developmental stages. It deals with the issue of female alcoholism, which compares with male alcoholism, further characterizes the consequences of alcohol abuse and describes the treatment of this addiction. The research part is devoted to quantitative research. This section outlines the methodology, the course, the objectives and the research sample. The main part is interpretation of acquired knowledge and subsequent evaluation and discussion of research results.

9 Použitá literatura

Český statistický úřad, 2017. Propuštění a zemřelí z psychiatrických lůžkových zařízení podle skupin psychiatrických diagnóz MKN-10 a pohlaví. *Czso.cz* [online]. 2017 [cit. 2019-02-11]. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/10180/60622084/300002180209.pdf/33f64080-1c09-4d38-951c-9cb78426be17?version=1.0

GAVORA, P., 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Přeložil Vladimír JŮVA a Vendula HLAVATÁ. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-185-0.

HELLER, J. a O. PECINOVSKÁ, eds., 2011. *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga. ISBN 978-80-87258-62-0.

HENDL, J., 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.

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

KOHOUTEK, R., 2007. *Patopsychologie a psychopatologie pro pedagogy*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-4434-0.

KVAPILÍK, J. a kol., 1985. *Člověk a alkohol*. Praha: Avicenum, 1985.

MARHOUNOVÁ, J. a K. NEŠPOR, 1995. *Alkoholici, feťáci a gambleři*. Praha: Empatie. ISBN 80-901618-9-8.

MLČOCH, Z., 2017. Léčba alkoholismu, protialkoholní léčba – postup. *Alkoholik.cz* [online]. © 2003-2019 [cit. 2019-02-19]. Dostupné z: http://www.alkoholik.cz/zavislost/lecba_alkoholismu/lecba_alkoholismu_protialkoholni_lecba_postup.html

MÜHLPACHR, P., 2008. *Sociopatologie*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-4550-7.

NEŠPOR, K. a L. CSÉMY, 1996. *Léčba a prevence závislostí: příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-52-2.

NEŠPOR, K., 2011. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 4., aktualiz. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-908-8.

POLÁCH, L., 2015. Akutní intoxikace a opilost. *Upsychiatra.cz* [online]. 2015. [cit. 2019-01-22]. Dostupné z: http://www.upsychiatra.cz/akutni-intoxikace-a-opilost/

SCÉMY, L. a H. SOVINOVÁ, 2012. *Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2012* [online]. Praha: Státní zdravotní ústav [cit. 2019-02-08]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/zavislosti/Uzivani_tabaku_a_alkoholu_v_Ceske_republice_2012.pdf

SKÁLA, J. a kol., 1987. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum, 1987.

TRÁVNÍČKOVÁ, I. *Specifické aspekty zneužívání drog u žen* [online]. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2001 [cit. 2019-02-15]. ISBN 80-86008-92-4. Dostupné z: http://www.ok.cz/iksp/docs/267.pdf

VÁGNEROVÁ, M., 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. 3., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.

10 Seznam grafů a tabulek

10.1 Seznam grafů

Graf 1: První konzumace 36
Graf 2: První konzumace alkoholu – ženy 36
Graf 3: Doba požívání – muži 37
Graf 4: Doba požívání – ženy 37
Graf 5: Rodina – muži 38
Graf 6: Rodina – ženy 38
Graf 7: Šikana v dětství – muži 39
Graf 8: Šikana v dětství – ženy 39
Graf 9: Násilí v dětství – muži 40
Graf 10: Násilí v dětství – ženy 40
Graf 11: Sexuální zneužívání – muži 41
Graf 12: Sexuální zneužívání – ženy 41
Graf 13: Traumatizující zážitek – muži 42
Graf 14: Traumatizující zážitek – ženy 42
Graf 15: Závislost rodičů – muži 43
Graf 16: Závislost rodičů – ženy 43
Graf 17: Závislost u příbuzných – muži 44
Graf 18: Závislost u příbuzných – ženy 44
Graf 19: Požívání alkoholu u přátel – muži 45
Graf 20: Požívání alkoholu u přátel – ženy 45
Graf 21: Alkohol v zaměstnání – muži 46
Graf 22: Alkohol v zaměstnání – ženy 46
Graf 23: Četnost konzumace – muži 47
Graf 24: Četnost konzumace – ženy 47
Graf 25: Pocit méněcennosti – muži 48
Graf 26: Pocit méněcennosti – ženy 48
Graf 27: Deprese a pocity úzkosti – muži 49
Graf 28: Deprese a pocity úzkosti – ženy 49
Graf 29: Týrání od partnera – muži 50

Graf 30: Týrání od partnera – ženy 50
Graf 31: Uzavření do sebe – muži 51
Graf 32: Uzavření do sebe – ženy 51
Graf 33: Co vedlo k užívání alkoholu – muži 52
Graf 34: Co vedlo k užívání alkoholu – ženy 52
Graf 35: Rozhodnutí o léčbě – muži 53
Graf 36: Rozhodnutí o léčbě – ženy 53
Graf 37: Motivace k léčbě – muži 54
Graf 38: Motivace k léčbě – ženy 54
Graf 39: Léčba pouze z alkoholismu – muži 55
Graf 40: Léčba pouze z alkoholismu – ženy 55
Graf 41: Kolikátá léčba – muži 56
Graf 42: Kolikátá léčba – ženy 56

10.2 Seznam tabulek

Tab. 1: První konzumace alkoholu 36
Tab. 2: Doba požívání alkoholu 37
Tab. 3: Rodina 38
Tab. 4: Šikana v dětství 39
Tab. 5: Domácí násilí v dětství 40
Tab. 6: Sexuální zneužívání v dětství 41
Tab. 7: Traumatizující zážitek v dětství 42
Tab. 8: Závislost rodičů 43
Tab. 9: Závislost u příbuzných 44
Tab. 10: Požívání alkoholu u přátel 45
Tab. 11: Alkohol v zaměstnání 46
Tab. 12: Četnost konzumace 47
Tab. 13: Pocit méněcennosti 48
Tab. 14: Deprese a pocity úzkosti 49
Tab. 15: Týrání od partnera 50
Tab. 16: Uzavření do sebe 51
Tab. 17: Co vedlo k užívání alkoholu 52

Tab. 18: Rozhodnutí o léčbě 53
Tab. 19: Motivace k léčbě 54
Tab. 20: Léčba pouze z alkoholismu 55
Tab. 21: Kolikátá léčba 56

11 Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 1

Vážené dámy, vážení pánové,

prosím Vás o vyplnění dotazníku, který je samozřejmě zcela anonymní. Výsledky z dotazníku poslouží pouze k účelům zpracování mé bakalářské práce na téma: Rozdíly v příčinách a průběhu alkoholismu u žen a mužů. Pokud není uvedeno jinak, vždy označte pouze jednu odpověď. Předem velice děkuji za Váš čas a Vaši ochotu.

Markéta Požárová, studentka Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity v Brně

1) Pohlaví:
   - muž
   - žena
2) Věk:
   - 18–25 let
   - 26–35 let
   - 36–50 let
   - 51–60 let
   - 60 a více
3) Nejvyšší dosažené vzdělaní:
   - základní
   - střední odborné (výuční list)
   - střední škola s maturitou
   - vysoká škola
4) Rodinný stav:
   - druh, družka
   - ženatý/vdaná
   - rozvedený/rozvedená
   - vdovec/vdova
   - svobodný/svobodná
5) V jakém věku jste poprvé konzumoval/a alkohol:
   - 0–8
   - 9–14
   - 15–19
   - 20–25
   - 25 a více
6) Jak dlouhá byla doba od začátku požívání alkoholu do stádia závislosti?
   - 1 rok
   - 2 roky
   - 3 roky
   - 4–6 let
   - 7–10 let
   - 11–15 let
   - 16–20 let
   - 21–25 let
   - nedokážu posoudit

- jiná odpověď:

7) V jaké rodině jste vyrůstali:
   - kompletní s oběma rodiči
   - pouze s jedním rodičem
   - s prarodiči
   - s příbuznými (teta, strýc,…)
   - v dětském domově
   - jiná odpověď:
8) Zažili jste v dospívání či dětství šikanu ve škole:
   - ano, byl jsem šikanován
   - ano, ale ne na sobě
   - ne
9) Zažili jste v dětství domácí násilí či týrání:
   - ano, na sobě
   - ano, ale ne na sobě
   - ne
10) Zažil/a jste na sobě v dětství sexuální zneužívání:
    - ano
    - ne
11) Zažil/a jste v dětství nějaký traumatizující zážitek (úmrtí blízkého, rozvod rodičů, autonehoda, znásilnění…)
    - ano
    - ne
12) Byl někdo z Vašich rodičů alkoholově závislý:
    - ano
    - ne
13) Byl někdo z Vašich blízkých příbuzných (sourozenci, prarodiče,…) alkoholově závislý:
    - ano
    - ne
14) Pohyboval/a jste se v okruhu přátel, kteří pravidelně pili alkohol:
    - ano
    - ne
15) Konzumoval/a jste alkohol i v zaměstnání?
    - ano
    - ne
16) S kým jste nejčastěji konzumoval/a alkohol?
    - s přáteli
    - partnerem
    - sám
    - jiná odpověď:
17) Zažíval/a jste často pocit méněcennosti?
    - ano

- ne

18) Měl/a jste často deprese a pocity úzkosti?
    - ano
    - ne
19) Zažíval/a jste psychické či fyzické týrání od svého partnera/partnerky?
    - ano
    - ne
20) Byl/a jste často uzavřen/á do sebe?
    - ano
    - ne
21) Jaká/é situace vás vedli k užívání alkoholu? (možnost více odpovědí)
    - rozpad manželství (vztahu)
    - finanční problémy
    - problémy v zaměstnání
    - časté konflikty
    - úmrtí v rodině nebo blízké osoby
    - jiné:
22) Rozhodl/a jste se k léčbě alkoholismu sami?
    - ano
    - ne
23) Pokud ano, co vás k léčbě motivovalo? (možnost více odpovědí)
    - partner
    - děti
    - zdraví
    - zaměstnání
    - vlastní rozhodnutí
    - jiné:
24) Léčíte se pouze z alkoholismu?
    - ano
    - ne
    - pokud ne, z jaké další závislosti:
25) Kolikátou absolvujete léčbu?
    - 1.
    - 2.
    - 3.
    - 4. a více

Napadá vás ještě něco/cokoli, co byste rádi napsali?