

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Brno 2010

Renata Horňáková

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno

Umístění klientů s diagnózou
- závislost na alkoholu-
do domovů pro seniory a ústavů sociální péče

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:
MUDr. Juraj Tkáč

Vypracovala:
Renata Horňáková

Brno 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Umístění klientů s diagnózou závislost na alkoholu do domovů pro seniory a ústavů sociální péče zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této bakalářské práce.

Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

V Rantířově dne 21. 4. 2010

.....
Renata Hornáková

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu práce, panu MUDr. Juraji Tkáčovi za odborné vedení, cenné rady a metodickou pomoc, kterou mi poskytl po dobu zpracovávání mé bakalářské práce. Také bych na tomto místě ráda poděkovala své rodině, která mě po celou dobu studia morálně podporovala a vytvářela podmínky pro studium, čehož si velice vážím.

Renata Hornáková

Obsah

ÚVOD	3
1 Vliv alkoholu na člověka.....	5
1.1 Vznik a vývoj	5
1.2 Alkohol - charakteristika	6
1.3 Akutní intoxikace	7
1.4 Škodlivé užívání.....	7
1.5 Syndrom závislosti	7
1.5.1 Silná touha nebo pocit puzení užívat alkohol	8
1.5.2 Zhoršené sebeovládání.....	8
1.5.3 Somatický (tělesný) odvykací stav	9
1.5.4 Růst tolerance	9
1.5.5 Zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů	10
1.5.6 Pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých účinků	10
1.6 Odvykací stav a odvykací stav s deliriem.....	10
1.7 Psychotické poruchy	11
1.8 Amnestický syndrom včetně Korsakovova syndromu.....	11
1.9 Dílčí závěr.....	12
2 Dopady závislosti na alkoholu.....	13
2.1 Jedince a alkohol.....	13
2.1.1 Děti a závislý rodič	13
2.1.2 Manželství a partnerství s alkoholikem	15
2.1.3 Další vztahy a alkohol.....	16
2.1.4 Zaměstnání a alkohol	16
2.2 Společnost a alkohol	20
2.2.1 Vymezení pojmu bezdomovectví.....	21
2.2.2 Dělení bezdomovectví	22
2.2.3 Příčiny vzniku bezdomovectví.....	22
2.2.4 Základní pomoc bezdomovcům.....	24
2.2.5 Formy pomoci:.....	25
2.3 Dílčí závěr.....	26
3 Sociální služby poskytované závislým	28
3.1 Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách	28
3.2 Domovy pro seniory.....	29
3.3 Ústavy sociální péče	30

3.3.1	Funkce ústavu	30
3.3.2	Formy ústavní péče	31
3.3.3	Rizika ústavní péče	32
3.4	DÍLČÍ ZÁVĚR.....	33
4	PRAKTICKÝ PRŮZKUM	34
4.1	CÍL PRŮZKUMU.....	34
4.2	STANOVENÉ HYPOTÉZY	34
4.3	POUŽITÉ METODY	34
4.4	POPIS A CHARAKTERISTIKA A VYBRANÉHO VZORKU	34
4.5	ANALÝZA ŠETŘENÍ	36
	OTÁZKA Č. 1	36
	OTÁZKA Č. 2	37
	OTÁZKA Č. 3	38
	OTÁZKA Č. 4	40
	OTÁZKA Č. 5	41
	OTÁZKA Č. 7	43
	OTÁZKA Č. 8	44
	OTÁZKA Č. 9	45
	OTÁZKA Č. 10	46
	OTÁZKA Č. 11	47
	OTÁZKA Č. 12	48
	OTÁZKA Č. 13	49
4.6	VYHODNOCENÍ PRŮZKUMU	50
4.7	DOPLŇUJÍCÍ OTÁZKY	53
	ZÁVĚR	54
	RESUMÉ	55
	ANOTACE	56
	PŘÍLOHA.....	59

Úvod

V bakalářské práci se věnuji specifikaci závislosti na alkoholu a s tím souvisejícími problémy jeho uživatelů.

Když se řekne slovo alkohol a jeho konzumace, každý si pod tímto pojmem představí něco jiného. Někdo si představí jen významný okamžik v roce, kdy si připije skleničkou sektu nebo vína. Někdo hospodu, kde se každý pátek schází se svými přáteli a rozebírají spolu nad pivem uplynulý týden. Někdo každodenní popíjení alkoholu, jiný zase rozvrácenou rodinu, problémy v práci, bezdomovectví nebo protialkoholní léčebnu. Stále se setkáváme i s názorem, že popíjení alkoholu není vlastně vůbec problémem, který by stál za jakékoliv řešení.

Alkohol byl, je a pravděpodobně i bude jedním z prostředků, kterým si lidé dodávají odvalu, zvyšují své sebevědomí nebo snižují napětí a úzkost. Jen málokdo si dokáže připustit, že na alkoholu může být skutečně závislý. S tímto názorem se setkáme i mezi klienty, kteří dobrovolně podstupují protialkoholní léčeni.

Víme vůbec, jak vypadá závislost na alkoholu a jak nevratné změny ve zdravém organismu způsobuje? Jaké jsou důsledky požívání alkoholu, které se objevují v oblasti společenského života, rodiny, zaměstnání. Jak je složité umístit klienty s diagnózou závislosti na alkoholu do následné sociální péče?

Je nutné si uvědomit, že potřeba poskytování sociální péče u závislého na alkoholu nevznikne ze dne na den. Závislost na alkoholu jako taková se rozvíjí postupně a pomalu, ale velmi zásadně ovlivňuje život závislého. Proto i potřeba a požadavky na sociální péči v jakékoliv podobě přichází většinou až jako poslední možnost, jak může závislý prožít důstojně zbytek života.

Cílem práce je zjistit povědomí veřejnosti o rizicích spojených s požíváním alkoholu, jak veřejnost nahlíží na poskytování sociálních služeb klientům závislým na alkoholu, jak by měla tato poskytovaná sociální péče vypadat a co vůbec za sociální péči považují.

Možnosti poskytování sociálních služeb jsou pro tyto klienty velice omezené a skutečností je, že v současné době se tato „zátěž“ pro společnost řeší spíše individuálně, než globálně, jako celospolečenský problém.

Myslím, že důsledky nadměrného požívání alkoholu jsou stále podceňovány, přestože informovanosti a prevenci se věnuje stále více prostoru.

Hypotézy, které budou pomocí průzkumu dokazovány:

- Domnívám se, že lidé si neuvědomují dostatečně možná rizika spojená s požíváním alkoholu
- Předpokládám, že společnost má povědomí o tom co je to sociální péče
- Soudím, že lidé nechtějí, aby byli klienti závislí na alkoholu umístováni do běžných domovů důchodců a ústavů sociální péče
- Předpokládám, že většina veřejnosti si myslí, že stát by se na sociální péči pro alkoholiky neměl podílet, že je dostatečná

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá působením alkoholu na člověka včetně závislosti na alkoholu, dopady na život závislého i celé společnosti a možnostmi poskytování sociální péče. Praktická část obsahuje průzkum provedený mezi veřejností, který bude sloužit k ověření hypotéz. Ke splnění cíle práce a k ověření hypotéz je v praktické části využita metoda dotazníku.

1 Vliv alkoholu na člověka

Alkohol je jedna z mnoha látek, na které může být člověk závislý. Ovlivňuje ho v mnoha směrech. Negativně působí na zdravotní stav, ale i na psychiku a ovlivňuje chování. Není to problém týkající se pouze jednoho jedince, ale ve značné míře ovlivňuje jak blízké okolí, tak celou společnost. Lidé konzumující alkohol si mnohdy neuvědomují, do jaké míry alkohol jejich život nejen že ovlivňuje, ale pokud se na něm stanou závislími i od základu mění. Protože tyto změny nepříjdu náhle, ale „vkrádají“ se do života postupně, plíživě důsledky mnohdy vůbec nedomýšlejí. Protože bakalářská práce pojednává o poskytování sociálních služeb lidem dlouhodobě závislým na alkoholu, považuji za nutné zmínit se krátce jednak o historii vzniku a vývoje požívání alkoholu, co to alkohol vůbec je a o následném vlivu alkoholu na člověka.

1.1 Vznik a vývoj

V první řadě bychom se měli uvědomit, že sledovat dějiny užívání alkoholu znamená sledovat vývoj celého lidstva.

První zmínky o omamných nápojích lze vysledovat již v eposu o Gilgamešovi, který pochází z 3. – 4. tisíciletí př. n. l. Starověké národy Středního a Blízkého Východu vyráběly kvašené nápoje z různých surovin obsahujících cukr. Patrně první surovinou používanou k výrobě etanolu byl med. Medovinu znala většina národů evropského kontinentu. Národy východní části Středozevního moře uměly využít i datle, obiloviny, hrozny a další druhy ovoce.

Také Homér, Anakreón, Euripides a další vychvalovali výborné vlastnosti vína. Kdo však neznal míru v pití, pil a choval se nezřízeně, tím opovrhovali. V 6. st. př. n. l. vysvětluje Platón, jak se má správně pít. Do 18 let pití zakazoval, do 30 let povoloval umírněné pití, po 40 roce života se mohlo pít bez omezení. Zastával názor, že by si muži i ženy měli odepřít alkohol během noci, kdy mají v úmyslu počít dítě. Na chod hostinců v Athénách dohlíželi strážé a opilství na veřejnosti bylo trestáno.

O blahodárných účincích alkoholu najdeme svědectví v díle Hippokrata (440 – 370 př. n. l.) a Ibn Siny (Avicenna, 980 - 1037 n. l.). Alkohol používali při některých úrazech a chorobách.

Objev samotného alkoholu je připisován Arnaudovi de Villeneuve, který žil ve 13. století, ale někteří alchymisté jej dokázali patrně již izolovat dříve. Díky svým vlastnostem se látka v latině nazývala „spiritus“. V téže době objevil filosof a lékař Raymond Lulle povzbuzující vlastnosti této látky a nazval ji „aqua vitae“ – voda života.

Od roku 1498 prodávali lékárníci alkohol jako lék, ale díky neustále stoupající poptávce přešel později prodej alkoholu do rukou hostinských. (Sournia, 1999)

1.2 Alkohol - charakteristika

Alkohol - etanol - C_2H_5OH - je jednoduchá a malá molekula, která vzniká kvašením cukrů. Podle současných poznatků patří mezi psychoaktivní látky. Vře při $77^\circ C$ a tuhne při $-117^\circ C$. Má řadu pozoruhodných vlastností, mimo jiné, že kvasinky, které umožnily jeho vznik, nechá žít asi jen do koncentrace 14% alkoholu. Vyšší koncentrací kvasinky hubí.

Při pití alkoholických nápojů si někteří lidé neuvědomují, že neukájí pouze žízeň nápojem, který jim chuťově vyhovuje, ale že si tím i pěstují návyk na větší nebo menší pravidelnou konzumaci alkoholu. Chce-li někdo z nás uhasit žízeň, může svobodně volit mezi vodou, minerálkou, limonádou nebo pivem. Protože se však volba tekutiny váže na její určitou chuť, sáhne člověk v takovém případě nejspíše po tom, co dlouhá léta chuťově trénoval, tj. po půllitru piva. Takový chuťový návyk na pivo všemožně usnadňovaly nejrůznější okolnosti (cena, propagace), zatímco chuťový návyk na minerálku byl a je ztěžován jejím nedostatkem. Lidi, kteří požívají alkoholické nápoje, můžeme rozdělit do čtyř skupin podle toho, co od těchto nápojů žádají:

- abstinenti
- konzumenti
- pijáci

➤ závislí na alkoholu

(http://www.paveldanko.com/alkohol/index.htm#co_je_to_alkohol)

1.3 Akutní intoxikace

Akutní intoxikace je přechodný stav po požití alkoholu, který vede k poruchám na úrovni vědomí, poznávání, vnímání, emotivity, chování, nebo jiných psychofyziologických funkcí a reakcí. O akutní intoxikaci hovoříme, pokud se vyskytuje bez současných vážnějších nebo trvalejších problémů vyvolaných požíváním alkoholu.

Specifické antidotum není k dispozici, mírnění agresivních projevů tlumivými léky nebo antipsychotiky je v této fázi velice riskantní vzhledem k nepředvídatelným interakcím alkoholu a těchto látek. Často je nutné přistoupit spíše k fyzickému omezení intoxikovaného. Těmto stavům je třeba věnovat náležitou pozornost (riziko aspirace zvratků nebo zástava dechového centra). (Höschl, et al, 2002)

1.4 Škodlivé užívání

Je to vzorec užívání, který poškozuje zdraví. Poškození může být somatické (např. poškození jater) nebo duševní (např. depresivní poruchy). O škodlivém užívání hovoříme, pokud je následkem aktuální poškození duševního nebo somatického zdraví uživatele. Často je škodlivé užívání kritizováno okolím a vyvolává nepříznivé sociální důsledky. (Höschl, et al, 2002)

1.5 Syndrom závislosti

Syndrom závislosti je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) užívat psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Důkazem může být to, návrat k užívání látky po období abstinence vede

k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje.

Pro diagnózu závislosti je potřeba, aby byly během posledního roku přítomny alespoň tři nebo více z následujících jevů:

1.5.1 Silná touha nebo pocit puzení užívat alkohol

Člověk požívající alkohol velice často pociťuje silnou touhu a dochází u něj k pocitu puzení užívat látku znovu a znovu. Tomuto pocitu se říká bažení, craving. V takové chvíli jsou schopni proto, aby se k alkoholu znovu dostali a mohli se napít udělat opravdu cokoliv. Nejsou líní v noci vstát, jet si alkohol koupit do vzdáleného obchodu či na benzinovou pumpu. Krádeže aut nejsou ničím výjimečným. Usedají za volant mnohdy pod vlivem alkoholu a možná rizika jim nedochází. Často jsou účastníky dopravních nehod, pro alkohol jsou schopni fyzického napadení. Takovou aktivitu, kterou vyvinou proto, aby se dostali k alkoholu pro nic jiného, nejsou ochotni vyvinout.

Při bažení můžeme pozorovat objektivní znaky, které jsou často zvýšení tepové frekvence, oslabení paměti, prodloužení reakčního času, zvýšená funkce potních žláz, zvýšené slinění. Při bažení dochází k aktivaci mozkových center, která souvisejí s emocemi a pamětí. Bažení zhoršuje paměť a vede často k dennímu snění zaměřenému na alkohol a to odvádí pozornost od starostí normálního, běžného života. (Nešpor, 2007)

1.5.2 Zhoršené sebeovládání

Mezi další důsledky požívání alkoholu patří zhoršené sebeovládání. Dochází k tomu, že po požití několika dávek alkoholu člověk přestává ovládat sám sebe, špatně si uvědomuje sám sebe a své emoce, vše je mu jedno, problémy neřeší, hází je za hlavu, „topí je v alkoholu“. Věří, že se vyřeší bez jeho přičinění. Po vystřízlivění zjišťuje, že problémy se nejen, že nevyřešili, ale naopak narůstají. Toto zjištění vede k opětovnému útěku k pití. Množství alkoholu se neřídí vlastním rozhodnutím, ale často množstvím peněz, nebo tím, jak dlouho je člověk schopen pít, než někde usne nebo upadne do bezvědomí. Alkohol dodává mnoha lidem odvalu a sílu a často dochází k fyzickému napadení, které mnohdy končí úrazem, nutným lékařským ošetřením nebo často i institutem vykazání z domu či bytu. Lidé jakoby ztráceli zábrany a pustí se do „akcí“,

keré by ve střízlivém stavu nejen, že nevyhledávali, ale obloukem se jim vyhnuli. (Nešpor, 2007)

1.5.3 Somatický (tělesný) odvykací stav

Lidé požívající alkohol často trpí mnoha tělesnými příznaky, které svědčí o odvykacím stavu. Pociťují křeče, zvýšeně se potí, mají průjem, zvrací, střídají se u nich pocity chladu a horka, bolí je klouby, hlava. Když se snaží alkohol vysadit, jsou podráždění, nervózní, namlouvají si, že se musí napít, aby je tyto stavy přešly. Velice často se dostávají stavy únavy, ospalosti, chvění až třes. Mnohdy nemají vůbec chuť k jídlu, následně dochází k úbytku na váze. Výjimkou nejsou ani epileptické záchvaty. Skutečnost, že je pití s následným odvykacím stavem přímo ohrožuje na životě, si absolutně nepřipouští.

Všechny tyto příznaky ovlivňují chování závislého. Při nervozitě a podráždění dochází často k hádkám, nejsou přístupni jakémukoliv rozhovoru. Často chybují, ale své chyby nejsou ochotni přiznat. Neslyší na žádné signály od okolí. To se následně k takovému člověku začíná chovat odměřeně. Závislí si toto chování přebírá vztahovačně, racionálně není schopen tuto situaci vyhodnotit a opakovaně utíká znovu k pití. (Nešpor, 2007)

1.5.4 Růst tolerance

Tolerance znamená, že k dosažení stejného účinku je třeba vyšších dávek alkoholu nebo že stejné dávky mají nižší účinek, než na který byl konzument zvyklý.

Růst tolerance se projevuje tím, že z pití během dne člověk přechází k pití alkoholu nejen celý den, ale i celou noc, aby se dostavil účinek, který konzument chce. Jinak řečeno, aby se opil. Z dříve 5 piv se člověk dostane mnohdy i řádově za několik týdnů k množství 15 až 20 piv a tvrdý alkohol k tomu. Samozřejmě, že toto zvyšování dávek je spojeno s nutností, mít více finančních prostředků. Často bohužel lidé v tomto stadiu již nemají práci, mnohdy ani kde bydlet, nevydělávají a mnohdy je obstarávání financí na alkohol spojenou s kriminální činností.

Tolerance podstatně klesá v důsledku předchozí abstinence, v pokročilých stádiích rozvoje problému a také ve vyšším věku. Často k poklesu tolerance dochází i v souvislosti s onemocněními (např. jaterními) a při léčbě řadou léků. (Nešpor, 2007)

1.5.5 Zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů

Tento důsledek požívání alkoholu je velice často prvním signálem pro okolí, že se něco děje. Nevšimnout si toho, že člověk začíná zanedbávat sám sebe, osobní hygienu, ošacení, své záliby a koníčky asi zrovna nejde. Závislí lidé veškerý čas investují do shánění alkoholu, jeho konzumaci nebo zotavování se z jeho účinků (celý den prospí). Dochází k zanedbávání vztahů s rodiči, dětmi, přáteli, hromadí se hádky. Rodinné vztahy mají postupně se zvětšující trhliny. Mnohdy dochází po neúspěšných prosbách k výhrůzkám a ukládání ultimát. Potíže v rodině mnohdy končí rozvodem. Vztahy mezi závislým a okolím jsou nabourány.

1.5.6 Pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých účinků

Teoretické znalosti mnohých konzumentů alkoholu jsou na velice dobré úrovni, ale zde jejich snaha začíná a v mnoha případech i končí. Vědí od lékařů i ze svých osobních zkušeností, že pokračování v užívání alkoholu jim podlamuje zdraví (depresivní stavy, cirhóza jater u alkoholiků). Je spojeno s častými úrazy. Dobře vědí, o co všechno přijdou, pokud budou dále pít. Ničí tím nejen sebe, ale i rodinu, kolegy v práci veškeré své blízké okolí, ale přesto pijí dál. Velice často se díky svému pití dostávají do situace, že jsou vystěhováni z bytu, z domu a stávají se z nich bezdomovci. (Nešpor, 2007)

1.6 Odvykáací stav a odvykáací stav s deliriem

Je to skupina různě závažných a různě kombinovaných symptomů, k nimž dochází při úplném nebo relativním vysazení látky poté, co byla látka opakovaně nebo dlouhodobě užívána. Příznaky odvykáacího stavu jsou v souladu se známými známkami odvykáacího syndromu a nejsou vysvětlitelné tělesným onemocněním nebo jinou duševní poruchou. Odvykáací stav může být komplikován křečovými záchvaty nebo deliriem. (Höschl, 2002, str. 563)

U odvykacího stavu po alkoholu by měla postižená osoba vykazovat nejméně tři z následujících příznaků: bolest hlavy, pocení, vyšší tepová frekvence nebo krevní tlak, epileptické záchvaty, přechodné halucinace nebo iluze, pocit choroby a slabosti, nevolnost nebo zvracení, tělesný a duševní neklid, nespavost, třes jazyka, víček nebo prstů.

Je nutné si uvědomit, že u těžkých odvykacích stavů s epileptickými záchvaty nebo deliriem se ocitá člověk v bezprostředním ohrožení života a může končit i smrtí.

1.7 Psychotické poruchy

Psychotická porucha vzniká během nebo bezprostředně po požití alkoholu. Projevem jsou smyslově živé halucinace, sluchové nebo více smyslů, záměny osob, bludy (paranoidní, persekující), psychomotorické poruchy a abnormální emoce (od paniky po extázi). Případná doprovodná porucha vědomí je mírná, není přítomna zmatenost.

Zahrnuje alkoholickou halucinózu, psychózu, žárlivost, paranoiu a toxické psychózy. (Seifertová, et al, 2008, str. 55). Je velice nesnadné diferenciatně diagnosticky odlišit psychotickou poruchu od akutní intoxikace (ta odezní do 48 hodin) a psychotické poruchy s pozdním začátkem.

Při léčbě je v první řadě hlavní zásadou akutní péče zajistit bezpečné okolí pacienta, protože často může právě pod vlivem halucinací docházet k sebepoškození či zranění. Další část léčby zahrnuje podávání antipsychotik, která lze při dobré spolupráci a dodržování abstinence postupně vysadit.

1.8 Amnestický syndrom včetně Korsakovova syndromu

Je to syndrom sdružený s výrazným chronickým zhoršením krátkodobé paměti (dlouhodobá paměť je také někdy zhoršena) zatímco bezprostřední paměť je zachována. Obvykle jsou zřejmé poruchy časového prožívání a řazení událostí, zhoršuje se i schopnost učit se. Konfabulace mohou být výrazné, avšak nemusí být nutně přítomny. Obvykle bývají relativně dobře zachovány ostatní kognitivní funkce. V této souvislosti

stojí za zmínku nálezy mozkových atrofií při CT u závislých na alkoholu. (Höschl, et al, 2002, str. 566)

Je důležité si uvědomit, že pokud závislost dosáhne tohoto místa, nehovoříme zde tak moc o poskytování akutní zdravotní péče pro zvládnutí aktuálního stavu, ale jde především o poskytování trvalé sociální péče. Jde o lidi plně závislé na pomoci druhých, neschopné postarat se sami o sebe. Nedá se zde hovořit o léčbě ve smyslu slova navrácení do původního zdravotního stavu, ale alespoň o udržení dosud zachovaných schopností a jejich upevňování formou nácviku a důsledného opakování činností.

1.9 Dílčí závěr

Ne každý stav, který je spojen s konzumací alkoholu, je závislost. Popsané stavy způsobené alkoholem jsou různě závažné, vyžadují rozdílný přístup při jejich řešení. Některé jsou řešeny spíše zdravotníky, jiné psychoterapeuty, ale obzvláště ve fázi Amnestického syndromu nebo Korsakovova syndromu lze aplikovat zkušenosti sociální pedagogiky při nácviku a udržování zachovaných kognitivních funkcí i běžných sociálních návyků, případně snažení se o postupné učení se i nových věcí. Může se zdát, že toto sociálně pedagogické snažení nemá větší smysl, výsledný efekt není zřejmý během krátké doby, ale omyl je pravdou.

Díky tomuto aplikování znalostí do praxe je umožněno lidem s Amnestickým syndromem necítit se tak moc odlišnými od svého okolí a připadat si stále součástí společnosti i když v omezenější míře.

2 Dopady závislosti na alkoholu

Závislost na alkoholu je velice závažný problém, který je problémem jak pro jedince a jeho blízké okolí, tak i pro společnost. Následující část bakalářské práce je věnována právě důsledkům závislosti, se kterými se potýká jednak sám závislý a jeho blízcí a jednak důsledky, které se týkají celé společnosti a lze je chápat jako problém celospolečenský.

2.1 Jedince a alkohol

To, jak dlouhodobé požívání alkoholu působí na člověka lze rozdělit do dvou velkých skupin.

První skupinou jsou potíže v oblasti zdraví závislého. Zde se setkáme s velkým množstvím zdravotních problémů, které jsou více či méně vážné, ale v každém případě mohou některé vést k trvalému poškození organismu člověka, někdy i ke smrti.

Druhou skupinou jsou potíže ve společensko-sociální sféře života. Zprvu potíže jednotlivce začnou přecházet a ovlivňovat rodinný život, blízké okolí, zaměstnání.

2.1.1 Děti a závislý rodič

Velice často se setkáme s pověrou, že to, zda člověk pije je jen a čistě jeho věc. Ano, to skutečně je, ale je to také věc jeho manželky, zaměstnavatele, jeho přátel a také jeho dětí!

Je mnoho reakcí, se kterými se můžeme setkat u dětí, které vyrůstají v rodinách, kde jsou problémy s alkoholem. Ať už je to snaha zastat práci za pijícího rodiče, vzít si jí více na sebe, snaha ukázňovat mladší sourozence, nebo naopak šaškování a zesměšňování sebe sama, které vede k bezpečnějšímu pocitu, když se mu v rodině smějí, než by se hádali. Jiné děti reagují na pití rodičů tím, že se stáhnou do sebe, uzavrou se. Jiné začnou dělat problémy, např. chodit za školu, stýkají se s partou, kradou, experimentují s drogami.

Někdy rodiče vtahují děti do svých sporů a používají je jako nástroj proti tomu druhému. To rozhodně dětem neprospívá. Není divu, že děti z takovýchto rodin

předčasně odcházejí z domova na internáty, předčasně se vdávají či žení, přitahují je party.

Velice důležité je dětem problém srozumitelně vysvětlit, protože nelze předpokládat, že děti problém jednoho z rodičů nevnímají a nevidí. Není vhodné snižovat se k využívání dětí k přemlouvání, aby dotyčný s pitím přestal. Je nutné dávat velký pozor, aby nebyl v dětech vyvolán pocit viny za pití jednoho z rodičů. V případě, že se toto stane je možné se i v dospělosti setkat s lidmi, kteří trpí pocity viny za pití jednoho z rodičů. Tyto problémy se logicky promítají i do jejich dalších vztahů. (Nešpor, 1999)

Děti jsou přirozeně závislé na rodičích a odpoutat se z tohoto závislostního postoje k nim nemají potřebu. Vazba na rodiče a potřeba vyrovnat se svému otci nebo matce bývá v tomto období velmi silná. Chování dětí bývá ve většině případů reakcí na vnější impulsy, které jsou nejsilněji vnímány právě v primárním prostředí, tzn. v rodině. Zaměření se v tomto období pouze na pomoc dítěti, aniž bychom brali v potaz vliv a moc rodiny, bývá nedostatečné. Na první pohled je zřejmá náročnost této spolupráce. Požadavky a představy rodičů na chování a vývoj dítěte bývají často odlišné, než jaké jsou jeho reálné schopnosti a možnosti. (Kalina a kol., 2008)

Dítě žijící v rodině narušené alkoholem je často vystavováno strachu z opuštění, je stavěno před možnost, že jeho rodič zemře. Trpí pocitem hanby při představě, že se okolí dozví o problému s alkoholem. Ve vlastním zájmu doma mlčí, o problémech nemluví, své pocity a názory si nechává pro sebe. Ani mimo domov o těchto věcech spontánně nehovoří, má strach a mnohdy pociťuje nutnost být s rodiči loajální.

Neprožívají bezstarostné dětství, protože často vykonávají domácí práce, které jejich věku neodpovídají. Dobře vědí, že spolehnout se můžou pouze sami na sebe. Nejen, že žijí v nedůvěře doma, ale jsou nedůvěřiví i vůči okolí a o to těžší je těmto dětem včas poskytnout pomoc. (Ühlinger, Tschui, 2009)

2.1.2 Manželství a partnerství s alkoholikem

Další oblast, která díky alkoholu prochází velmi vážnými problémy, jsou partnerské a manželské vztahy. Reakce partnera či partnerky a zbytku rodiny na narůstající problémy lze schematicky řadit do časové posloupnosti následovně (Skála, 1988):

1. První reakce partnera a zbytku rodiny je popírání, že by v rodině byl nějaký problém, který by stál za jakékoliv řešením. Nepřipouští si, co se vlastně děje.

2. Následuje fáze, kdy se partner a zbytek rodiny snaží problém řešit vlastními silami. Proto, aby bylo udrženo alespoň zdání normality vzájemných vztahů rodiny, se vymlouvají a zapírají. Opakované vyhrožování odchodem, odcházení, ale opětovné vracení se, podávání žádostí o rozvod a opětovné stažení žádosti po té, co dal partner slib, že s pitím přestane, je v této fázi velice časté. Chybí zde důslednost. Pijící partner si je této skutečnosti vědom a proto znovu a znovu dané sliby porušuje. Snaha o zvrácení poměrů k normálu je málo účinná.

3. V tomto okamžiku je rodina zjevně v rozkladu, její členové trpí, nerozumí si, izolují se od společnosti. Především partner závislého se straní a společnost nevyhledává.

4. Protože předchozí způsob života není trvale možný a hlavně je neúčinný, rodina se od alkoholika odvrací, odchází od něj a do společnosti se vrací postupně zpět, ale už bez svého člena, který je závislý na alkoholu. Naprosto se od něj distancuje.

5. Pokud i přes tato opatření problém nadále trvá, manžel či manželka hledá pomoc a porozumění u druhých, ať už u jednotlivých osob nebo institucí.

6. Tento krok pomáhá získat zkušenosti, se kterými se daří znovu obnovit rovnováhu a provést reorganizaci ve zdravé části rodiny – již bez závislého.

7. Nastoupí-li závislý léčbu, která dobře probíhá, jeho partner při ní spolupracuje, dochází opět k novému uspořádání rodiny, tentokrát včetně jejího závislého – nyní abstinujícího člena. Tato fáze je velice těžká pro partnera alkoholika, protože předpokládá nové vytvoření vzájemných vztahů, které byly dlouhodobou

konzumací alkoholu značně deformované. Od partnera tato fáze vyžaduje značnou dávku schopnosti přizpůsobit se novým poměrům a nové rodinné rovnováze. Zde je pochopitelně rozhodující, do jaké míry zůstaly zachovány pozitivní citové vztahy k závislému partnerovi.

2.1.3 Další vztahy a alkohol

Často slyšíme od závislých: „Jsem hrozně sám“. Ztrácí kontakt s blízkými lidmi. Ve vztazích a vztazích se objevují „trhliny“. Co si představit pod vztahy?

Nemluvíme zde jen o vztazích intimních, ale i o přátelských, o vztahu se známými, kolegy. Do intimních vztahů neřadíme vždy jen vztahy sexuální, vždyť sexuální vztah nemusí být zároveň intimní. Lidé v intimním vztahu jsou si blízcí kusem společně prožitého života, silnější náklonností, příbuzenskými vztahy, sdílením něčeho velmi podstatného. Většinou jsou k sobě otevřenější, nežli je tomu v jiných vztazích. U alkoholiků se objevuje v těchto vztazích napětí. Blízkým lidem se pít nelíbí, alkoholik se logicky, když pije, kontaktu s blízkými vyhýbá. Ve vztahu se objevují nespokojenost, odcizení, nevyslovené výhrady. Intimní vztahy ztrácí na intenzitě i okruh intimních vztahů se zužuje. (Nešpor, 2007)

Budování nových vztahů nebo záchrana současných není proces zaměřený jednostranně. Je to proces, který pomáhá zvládnout situaci – život se závislým – jak závislému, tak jeho okolí. Je zdoluhavý, výsledky nejsou vidět hned a je třeba velké trpělivosti a tolerance na obou stranách, než se vůbec dostaví.

Často se však stane, že ani závislý ani jeho okolí nechce spolupracovat na nápravě škod a vzájemných vztahů a společná cesta se rozchází.

2.1.4 Zaměstnání a alkohol

K dalším problémům zákonitě dochází i v zaměstnání. Protože Česká republika patří k zemím, které jsou charakteristické nejvyšší spotřebou alkoholu, musí se tato skutečnost projevit i v pracovním prostředí. Často dochází k tomu, že lidé přijdou do práce pod vlivem alkoholu nebo ho dokonce během pracovní doby konzumují. Problém

není jen samotné pití v práci, ale s tím související snižování kvality práce a produktivity.

Příznaky nadužívání alkoholu na pracovišti

Dle výzkumu, který provedl v USA Maxwell, lze podle 44 charakteristických příznaků bezpečně usoudit, kdy se jedná o člověka, který má potíže s alkoholem. Podle závažnosti výskytu uvádí Maxwell deset nejdůležitějších příznaků (Skála, 1988):

1. Kocovina při práci po předchozím požití alkoholu (bolest hlavy, malátnost, nesoustředěnost, snížení pracovního výkonu, deprese, touha po odpočinku a spánku apod.)
2. Zvýšená nervozita a podrážděnost
3. Nevrlost a popudlivost
4. Odkládání záležitostí
5. Zarudlé nebo zakalené oči
6. Méně vyrovnané, křečovitě pracovní tempo
7. Přecitlivělost na názory o pití
8. Třes rukou
9. Vyhýbání se nadřízeným a spolupracovníkům
10. Zanedbávání detailů v pracovním procesu

Všechny tyto příznaky jsou jasně viditelné pro okolí a spolupracovníci si jich často všimnou a upozorní na ně. Aby se závislý člověk vyhnul konfrontacím, často své absence řeší jednodenní dovolenou, často si nechávají vystavit pracovní neschopnost.

Tato skutečnost je v současné době stále častějším důvodem propuštění ze zaměstnání. Mnoho zaměstnavatelů těmito lidem dává zprvu jakési možnosti a čas k nápravě v podobě napomenutí a upozornění. Následují sankce v podobě snížení

finančního ohodnocení a důrazná upozornění, že při opakování přestupku dojde k výpovědi, z důvodu hrubého porušení pracovní kázně. Ani toto není však dostatečná motivace pro závislého, aby přestal pít.

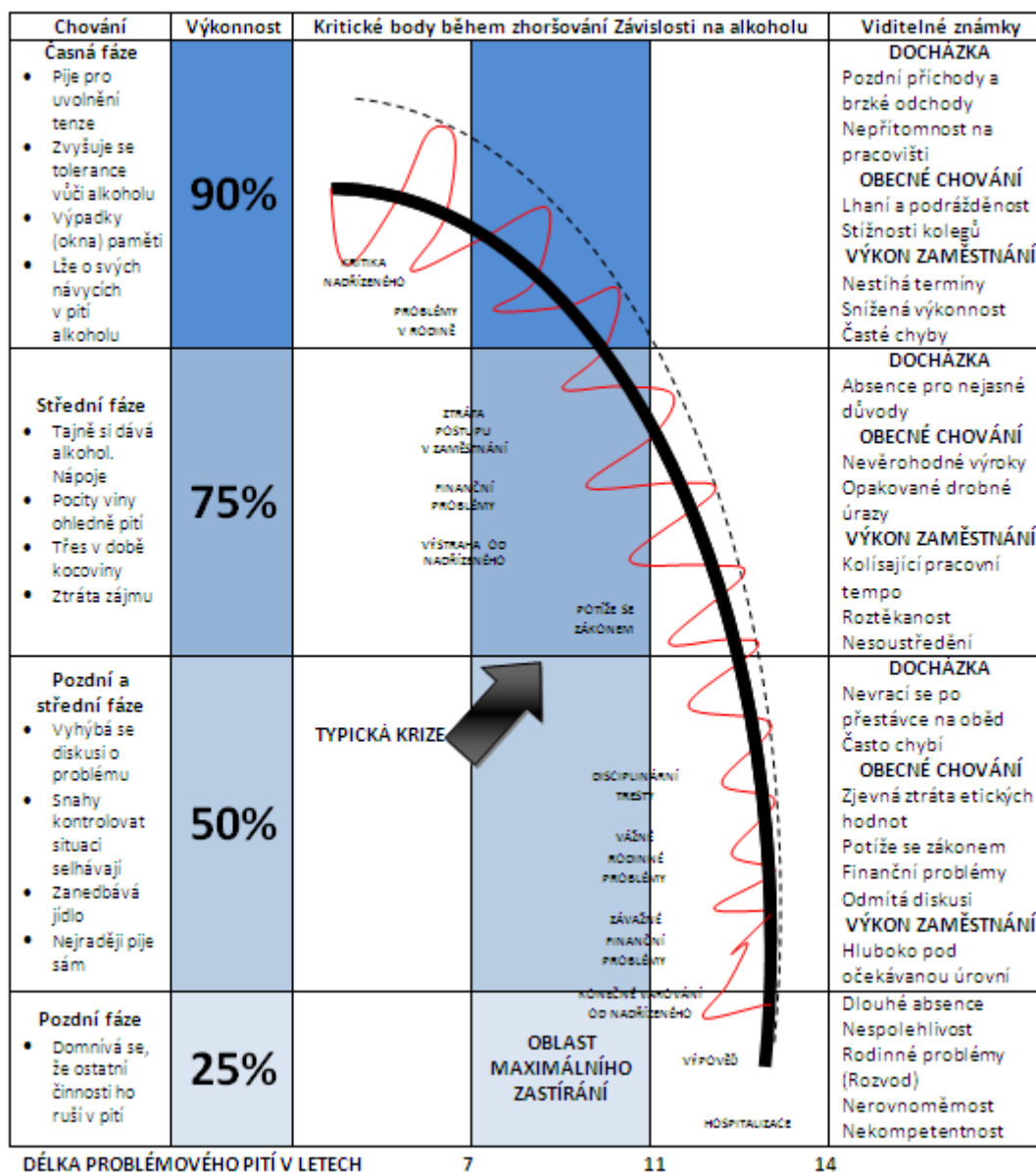
Je důležité si uvědomit, že v naší společnosti existují zaměstnání, kde je člověk vytaven vzniku a rozvoji alkoholismu více než u jiných. Ať už je to z důvodu náročnosti vykonávaného povolání – náročnost především psychická nebo zaměstnání, kde je dostupnost k alkoholu vyšší než u jiných. Dále k těmto zaměstnáním lze zařadit povolání, která vyžadují atypický způsob života a v neposlední řadě ta, která jsou spojena se sníženou sociální kontrolou.

Jako příklad uvádím výčet několika takových profesí:

- Lékaři
- Učitelé
- Řidiči
- Novináři
- Barmani
- Kuchaři
- Stavební dělníci

http://www.alkoholik.cz/zavislost/piti_v_zamestnani/pracovni_profese_predisp_onovane_k_alkoholismu.html)

Jak ovlivňuje pití výkonnost a pracovní nasazení je zobrazeno v následující tabulce:



Pokud dojde k ukončení pracovního poměru, dochází mnohdy k situaci, že závislý nemá o nic zájem a následně zanedbává i nutnost a povinnost evidovat se na úřadu práce. V tuto chvíli se začínají hromadit potíže, které závislému vůbec nedochází, a když chvilkově při vystřízlivění domýšlí co se děje, raději znovu uteče k pití alkoholu.

Absence evidence na úřadu práce vede k tomu, že začíná narůstat dluh na zdravotním pojištění. Řetězově narůstají dluhy nejen u zdravotní pojišťovny, ale i u

institucí, kterým dosud pravidelně platil smlouvené částky (nájem, splácení stavebních spoření, úvěry, půjčky, paušální platby za telefon, televizi, rozhlas apod.).

Jakmile instituce zjistí dlužnou částku, kontaktuje klienta a upozorní na povinnost platit. Protože je ale člověk pod vlivem alkoholu, poštu si nepřebírá. Pokud si poštu vůbec přečte, a třeba i je schopen domyslet důsledky toho všeho raději opět znovu uteče k pití. Začíná se pohybovat v bludném kruhu, nemá odhodlání s tím cokoliv dělat, svoje povinnosti často přenáší na okolí.

To je mnohdy zprvu ochotno nějakým způsobem pomoci, ale pokud nevidí dostatečnou snahu i o tuto pomoc člověk postupně přichází. To jsou bezprostřední důsledky, které zřídka alkoholikovi dojdou. To, že toto jeho chování ho ale ovlivňuje dlouhodobě ve smyslu absence potřebné doby pojištění pro případné žádání o starobní důchod, vůbec nevede v patrnosti. V tomto období dochází často k pokusům o léčení, které ale mnohdy po kratší či delší době selhávají.

Z těchto lidí se postupně stávají rozvedení, osamocení jedinci, bez rodiny, domova, finančního zajištění. Jsou nepřizpůsobiví, žijí na okraji společnosti, často se uchylují ke kriminalitě. Hledají možnosti a oporu v sociálních sítích, ale mnohdy ze své situace nenajdou sami cestu k nějakému řešení. Vyhledávají služby sociálních pracovníků, kteří mají ale velice omezené možnosti, které mohou těmto lidem nabídnout.

2.2 Společnost a alkohol

Mezi důsledky požívání alkoholu, o kterých lze hovořit jako o celospolečenském problému, patří v každém případě kriminalita, nezaměstnanost, dopravní nehodovost, úmyslné násilí proti vlastní osobě, sebevraždy, šikana a bezpochyby bezdomovectví.

Lidé – bezdomovci jsou velice často cílovou skupinou, která vyhledává sociální péči poskytovanou státem. Mnohdy však díky nezodpovědnému stylu života zjišťují, že možnosti poskytované v oblasti sociální péče mají velice omezené.

Právě bezdomovectví se dále věnuji podrobněji v bakalářské práci podrobněji. Kdo jsou to lidé bez domova, dělení, faktory, které jsou příčinou vzniku

bezdomovectví. Zmiňuji zde i faktory, které nutí klienty azylových domů k hledání jiného způsobu bydlení, jakou jsou např. Ústavy sociální péče. V závěru kapitoly jsou uvedeny základní formy pomoci lidem bez domova.

2.2.1 Vymezení pojmu bezdomovectví

Bezdomovectví lze považovat za sociální problém (jsou to lidé na okraji společnosti), který se u nás objevil počátkem devadesátých let. V České republice je bezdomovectví vnímáno jako negativní společenský jev. Podle výzkumů veřejného mínění vyvolávají bezdomovci v lidech především nedůvěru a soucit, ve značné míře strach nebo lhostejnost. Problém bezdomovectví bývá také formulován jako problém přizpůsobení (adaptace) některých jedinců na měnící se společenské prostředí.

Pojmem bezdomovec je označována osoba, nemající domov či možnost dlouhodobě využívat nějaké přístřeší. Domov pro člověka znamená víc než jen střechu nad hlavou, útočiště či jen přebývání určené k noclehu. Domov pro mnohé znamená pramen štěstí, opory, pozornosti, pramen čisté komunikace, místo spokojeného života a nejdůležitější pocit naší bytosti. Být bez domova je něco důležitějšího, hlubšího a bolestnějšího, než být bez střechy nad hlavou. Být bez domova, nemít kam jít, nemít se komu svěřit, to vede k zoufalství a sebedestrukci. (Hradecká, Hradecký, 1996)

Bezdomovci přežívají v neutěšených podmínkách, žijí na ulici či jiných veřejných místech (nádraží, park, podchody apod.), v neadekvátních bytových prostorech (sklepy, půda, squaty, dům určený k demolici, atd.)

Život bezdomovců je velmi těžký a životní podmínky jej vystavují zvětšujícímu se riziku onemocnění. Stačí jen pomyslet na změny klimatu, na samotu, na přerušení osobních vztahů. Jejich zdraví bývá podlamováno závislostí na alkoholu a toxických látkách, které jejich zdravotní problémy znásobuje. Tento handicap (nevýhoda, překážka, bariéra při vykonávání jakékoli žádoucí společenské úlohy) jim ztěžuje návrat do společnosti.

Alkohol u bezdomovců, který mimo jiné ničí jejich zdraví a život, je to, co jim paradoxně usnadňuje přežít jejich den. Problém bezdomovectví je často především v médiích, zužován pouze na otázku bydlení, což je značně zavádějící. Proces

marginalizace není vyvolán jen nedostatkem v oblasti bydlení nebo nedostatkem financí, ale i neschopností participovat na kvalitě života a přizpůsobit se ostatní společnosti. (Hradecká, Hradecký, 1996)

2.2.2 Dělení bezdomovectví

Bezdomovectví bývá nejčastěji rozděleno do tří základních skupin:

a) Zjevné bezdomovectví - je pokládáno za nejviditelnější a současně nejméně početnou skupinu bezdomovců. Patří sem osoby bez přístřeší, bez trvalého bydliště nebo bydliště, které je pouze fiktivní, bez osobních dokladů, žijící na ulicích, na nádražích. Do této skupiny se také počítají lidé ubytovaní v azylových domech a přespávajících v noclehárnách.

b) Skryté bezdomovectví - do této skupiny patří lidé, kteří sice nemají kde bydlet, ale z nějakého, jen jim známého důvodu nevyhledávají ubytování v azylových domech nebo se nacházejí v regionu, kde jsou tyto služby nedostupné, popř. kapacitně nedostatečné. Je třeba uvědomit si důležitou skutečnost, že některé ubytovny a azylové domy neposkytují své služby určitým skupinám lidí (odmítají osoby s většími zdravotními problémy, závislé na alkoholu či jiných drogách aj.)

c) Potencionální bezdomovectví – do této skupiny jsou zařazeni lidé, kteří sice žijí v místě svého bydliště, ale ztrátou bydlení jsou vážně ohroženi. Mohou žít v domech určených k demolici, v sociálních bytech tzv. holobytech. Do této kategorie se řadí také lidé, kteří čekají na propuštění z dětských domovů, vězení, ale také uprchlíci z jiných zemí a imigranti. (Klimentová, Kliment, 2002)

2.2.3 Příčiny vzniku bezdomovectví

Při hledání příčin bezdomovectví se můžeme často setkat s paušalizujícím odsouzením typu: *„Každý je přeci strůjcem svého štěstí, a kdyby nepil, tak by nepřišel o práci, nerozvedl by se, nepřišel o byt, neměl dluhy....“* Podle statistik alkohol není primární příčinou vzniku bezdomovectví.

Nelze říci, že vznik bezdomovectví má pouze jednu příčinu. Je to celý soubor příčin, které na jedince působí současně a následně dochází ke ztrátě domova.

Všeobecně vládne mezi veřejností názor, že bezdomovcem se stává člověk, který nechce pracovat, je líný, pohodlný.

Faktory vyvolávající bezdomovectví lze posuzovat z několika pohledů. Rozhodující je rozdělení na faktory subjektivní a objektivní.

Faktory objektivní jsou ovlivněny sociální politikou státu, sociálním zákonodárstvím.

Faktory subjektivní jsou ovlivněny jednotlivci, rodinami, společenskými skupinami, jejich schopnostmi, rysy, temperamentem, charakterem, věkem a podobně (Hradecká, Hradecký, 1996).

Faktory subjektivní lze uspořádat do čtyř kategorií:

- a) **faktory materiální** (ztráta bydlení, nejisté bydlení, ztráta zaměstnání, dlouhodobá nezaměstnanost, nedostatečné příjmy, zadluženost, neschopnost řídit vlastní rozpočet, ztráta živitele, majetku apod.);
- b) **faktory vztahové** (změny struktury rodiny, rodinné nebo manželské problémy, narušené vztahy mezi partnery, mezi rodiči a dětmi, rozvodovost, rozchod partnerů, násilí v rodině, sexuální zneužívání, osamělost apod.);
- c) **faktory osobní** (mentální retardace, duševní či tělesná choroba; nesamostatnost, invalidita, závislost, sociální nezralost a další),
- d) **faktory institucionální** (propuštění z ústavu, z vězení, opuštění dětského domova). (Klimentová, Kliment, 2002)

Jak faktory objektivní tak i subjektivní svým působením ovlivňují bezdomovecký fenomén v různých kombinacích a obměnách, odlišnou silou a zákonitostí. Každý případ bezdomovce je individuální.

Bezdomovec žije ze dne na den, z ruky do úst, má jiné hodnotové priority než člověk zaměstnaný, žijící v rodině. Má potřebu mít zajištěny základní potřeby, jimiž

jsou teplo, pití a jídlo. V závislosti na tom, jak dlouho je bezdomovcem, touží stále méně po stereotypu každodenního zaměstnání s každodenním návratem do známého prostředí domova. Postupně se adaptuje na své bezdomovectví. Jsou lidé, kteří žijí jako bezdomovci relativně spokojeně.

2.2.4 Základní pomoc bezdomovcům

V současné době existuje síť sociálních služeb pro bezdomovce. Typologicky jsou to ubytovací služby (azylové domy, noclehárny, domy na půli cesty), ambulantní služby (denní centra) a terénní služby (streetwork).

Pro pomoc přicházejí všichni jako „lidé bez domova“, ale primární příčina vzniku bezdomovectví bývá často zasunuta daleko a hluboko v jejich životě (ztížené dětství, chudoba, nemoc, smrt blízkého, špatný psychický nebo zdravotní stav, vzdor mladých vůči rodičům příliš dominantním, osamělost, zoufalství).

Existuje několik forem, jež mohou lidem bez domova pomoci. Každé zařízení má podle typu poskytované péče různé možnosti nabídnout základní pomoc, kterou potřebují a to zejména:

- pevnou oporu člověka, kterému se mohou svěřit
- teplé a suché ubytování, kde se mohou ohřát a najíst, odpočinout si v čistém a přívětivém prostředí
- vyšetření, ošetření nebo léčbu
- osobní asistenci při jednání s úřady, zprostředkování práce
- dobré slovo, nabídku spoluúčasti při řešení problémů klienta, osobní vztah. (Klimentová, Kliment, 2002)

Důležité je, aby tito lidé, kteří v životě selhali, našli nějaké zázemí, přiměřené bydlení, smysl života, obnovili rodinné vztahy, případně se léčili, abstinovali, pokud své řešení hledali v alkoholu nebo jiných nealkoholových drogách, zajistili si s pomocí zdroj příjmů a snažili se s nimi vyjít.

2.2.5 Formy pomoci:

Terénní práce (Streetwork)- je to práce vyhledávající, tzv. na ulici. Pracovník mezi jedince dochází do jejich přirozeného sociálního prostředí. Typické pro klientelu streetworku je, že mají nějaký důvod, proč ani v obtížích nevyhledávají pomoc příslušných institucí (neumí to, měli v minulosti špatné zkušenosti). Cíl této práce je nalezení cesty k odpovědné životní seberealizaci, minimalizace rizik jejich způsobu života.

Denní centra- zařízení s ambulantní (jedinci do těchto center dochází) či terénní službou poskytující služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku nebo zdravotního postižení, či osobám ohroženým závislostí.

Azylové domy- poskytují pobytové služby na přechodnou dobu osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení. Poskytují stravu nebo pomoc při jejím zajišťování, ubytování, pomoc při uplatňování práv, obstarávání osobních záležitostí.

Smyslem těchto zařízení bývá **spoluúčast** klienta na hledání životních cílů a společenského uplatnění. Ve službách, které poskytují pomoc pro lidi bez domova, se předpokládá, že nebudou pod vlivem alkoholu, pokud budou využívat služby těchto zařízení. Snaží se nějakým způsobem jejich pití korigovat, většinou tak, že mají nastavena poměrně přísná pravidla. Pokud někdo soustavně dochází pod vlivem alkoholu, je ze zařízení vyloučen (netýká se to programů terénních a denních center).

Někteří jedinci nechtějí využívat služeb azylových domů, protože dokud jsou schopni být bez této pomoci, mají pocit, že ještě neklesli tak hluboko, že se dokáží o sebe postarat sami a nepotřebují se nikde o pomoc doprošovat.

Jiná část jedinců bez domova nevyužívá služeb azylových domů z důvodů, protože se nechtějí podřizovat. Nejsou schopni dodržovat v zařízení řád, který bývá přísný a jehož porušení je důsledně sankcionováno (trestáno).

U jiných jedinců je důvodem nezájem jakkoli se podílet na provozu azylového domu (úklid, práce v areálu...) nebo nejsou dostatečně motivováni pro smysl života

nebo trpí nějakou chorobou, postižením či závislostí, které neumožňují přijetí do jmenovaných služeb. Takoví jedinci hledají jiné alternativní možnosti ubytování, jako je např. ústav sociální péče, domov důchodců.

Návrat těchto osob do společnosti je proces zdlouhavý a složitý. Procento pravděpodobnosti, že se jedinec – bezdomovec - závislý na alkoholu, navrátí do běžného života je velmi nízké. Většinou se nemají kam vrátit nebo jejich zdravotní stav po nadměrné konzumaci alkoholu jim již neumožňuje samostatnou péči o sebe.

Profesionální pomoc - je typická tím, že přichází tehdy, kdy ostatní způsoby, jimiž lidé řeší své problémy, ať už sami nebo za přispění svého okolí, přátel, selhávají nebo nejsou dosažitelné ať z osobních či společenských důvodů. Tam, kde končí možnosti běžné mezilidské pomoci, nastupuje pomoc profesionální. (Úlehla, 1999)

Pomáhající profese je soubor nejrůznějších povolání mající vztah k bezprostřední práci s lidmi. Spatřují v pomáhání svůj smysl a k jeho naplnění hledají způsoby, jak podpořit prospěch, zdraví nebo pohodu druhého člověka. Tato povolání jsou však více službou a posláním než rutinní prací. Jedná se o profese jako lékař, zdravotní sestra, pečovatel, psycholog, sociální pracovník, sociální pedagog aj. Vyznačují se širokou odborností, množstvím vědomostí a dovedností, které je potřeba si pro výkon daného povolání osvojit. Každá profese je v oblasti pomáhání jinak vymezena, má jiné hranice profesionality. Na rozdíl od jiných povolání hraje v těchto profesích velmi podstatnou roli ještě další prvek – lidský vztah mezi pomáhajícím profesionálem a jeho klientem. Klient potřebuje důvěřovat, cítit se bezpečně a plně přijímaný. Bez tohoto vztahu a profesionálního způsobu práce se práce pomáhajícího stává jen výkonem svěřených pravomocí. (Kopřiva, 1997)

2.3 Dílčí závěr

Konzumace alkoholu je v každém případě provázena mnoha komplikacemi, které tato závislost s sebou do života konzumenta přináší. Je třeba si říci, že často vidí problém s pitím okolí závislého dříve než sám konzument. Náhled na problém a vlastní uvědomění si problému je první předpoklad k úspěšnému zvládnutí závislosti na alkoholu. Ten bohužel mnoha závislým chybí a k uvědomění si potíží dochází často až v okamžiku, kdy přijdou vážné problémy v podobě ztráty partnera, známých,

zaměstnání a domova. V této fázi se problém týkající jen jich stává problémem společnosti. Následně se stávají klienty institucí poskytujících sociální služby.

3 Sociální služby poskytované závislým

Protože bakalářská práce se věnuje umístování klientů závislých na alkoholu do domovů pro seniory a ústavů sociální péče, budu se dále věnovat pouze těmto dvěma institucím poskytující sociální služby, přesto že je jich mnohem více. (Viz kapitola 2.2.4)

Před tím, než se budeme podrobněji této problematice věnovat, je třeba zdůraznit, že poskytování sociálních služeb má legislativní oporu v Zákoně 108/2006 Sb., O sociálních službách.

3.1 Zákon 108/2006 Sb., O sociálních službách

Vstoupil v platnost 1. ledna 2007. Je prvním zákonem dodržujícím lidsko-právní princip svobodné volby formy pomoci a typu služby na základě specifických potřeb klienta. Vymezuje obecné mantinely pro zařízení a nabízí klientovi větší možnosti výběru poskytnutí služby. Hlavním cílem zákona o sociálních službách je podporovat proces začleňování a sociální soudržnost společnosti.

V zákoně můžeme najít službu sociální péče nebo typ specializovaného zařízení, které zajišťují skutečné potřeby klienta úměrně jeho stavu, ať se stav zhoršuje nebo nevykazuje žádné závažné změny, které by vyžadovaly volbu jiné sociální služby.

Služby poskytované v oblasti sociální péče lze v podstatě považovat za celistvou síť, která je schopna pokrýt potřeby i občanům společensky nepřizpůsobeným (např. jedincům závislých na alkoholu, osobám po propuštění z výkonu trestu odnětí svobody apod.). Cílem péče je vytvářet aktivní vztah těchto občanů k práci a společnosti, napomáhat v oblasti poradenství, pomoc při ubytování apod. Nabízí se také možnost směřovat klienty k větší samostatnosti, větší možnosti rozvíjení specifických schopností, dovedností, nácviku běžných zvyklostí a tím je vést k sociálnímu začlenění.

Sociální služby jsou významné proto, že bez jejich působení by se významná část občanů nemohla podílet na všech stránkách života společnosti, bylo by tak znemožněno uplatnění jejich lidských a občanských práv a docházelo by k jejich sociálnímu vyloučení.

Sociální vyloučení - vymezuje zákon jako vyčlenění osoby mimo běžný život společnosti a nemožnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace (§ 3 ods. f, zákona 108/2006 Sb.)

Z dalších ustanovení zákona vyplývá, že všechna zařízení pro poskytování služeb sociální péče jsou určena pouze pro osoby, které zákon stanovuje a to osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění, zdravotního postižení včetně duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí i ostatními typy demencí. (§ 39 -52 zákona 108/2006 Sb.) Klienti chronicky závislí na alkoholu, kteří v důsledku závislosti přišli o všechno, co do té doby měli a po neúspěšných léčeních a životních selháních jsou již v chronickém stádiu nemoci, jsou odkázáni na pomoc společnosti. Jejich nemoc jim neumožňuje se o sebe postarat. Podle zákona o sociálních službách se těmto klientům nabízí ústavní péče v domovech se zvláštním režimem.

V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob. (§ 50, odst. 1, zákona 108/2006, Sb)

3.2 Domovy pro seniory

Umístování závislých klientů do domovů pro seniory, kde nemají oddělení se zvláštním režimem určené přímo pro závislé, není v dnešní době možné. Tito klienti jsou velice problémový, nedokáží dodržovat režim, pravidla, nejsou ochotni spolupodílet se na čemkoli. Opakovaně dochází ke konfliktům právě pro jejich neochotu se přizpůsobit. Dopouští se krádeží, mohou své spolubydlící využívat a parazitovat na nich. Spolupráce s takovými klienty je velice obtížná, tím více, když nároky a potřeby dalších klientů domova jsou naprosto odlišné.

Domovy důchodců a domovy pro seniory mají v dnešní době možnost si sami určit cílovou skupinu klientů. Na prvním místě často uvádějí, že závislost na alkoholu je kontraindikací k přijetí. Další častou kontraindikací jsou psychiatrická onemocnění.

Pokud do domova pro seniory podá žádost klient, který má v anamnéze závislost na alkoholu, je jeho žádost zamítnuta s tím, že nespadá do cílové skupiny vhodné k umístění do jejich zařízení.

3.3 ÚSTAVY SOCIÁLNÍ PÉČE

Existence ústavů sociální péče u nás je spojena s vývojem společnosti. Každý máme nějaký původní domov, rodný kraj, někteří lidé si k němu v průběhu života přidávají jiná místa, jiné kraje, na něž se cítí být vázáni. Být někde doma znamená být v prostředí, které cítíme jako svoje, jako to pravé, to normální, i když jiným lidem se totéž prostředí jeví jako cizí, zvláštní. (Matoušek, 1995)

Ústav má být sférou jistoty a to i v těch případech, kdy byl vybudován proto, aby chránil společnost, nikoliv lidi, kteří v něm přebývají. Ústav bývá většinou nositelem určitých funkcí, které slouží k jednomu účelu, jenž je někdy uveden v jeho názvu – v našem případě ústav sociální péče.

3.3.1 Funkce ústavu

Hlavní funkce ústavu je možno obecně shrnout do tří bodů:

a) Podpora a péče. Tato podpora je v popředí v zařízeních poskytujících náhradu za nefunkční nebo chybějící rodinu, v ústavech pro svobodné matky s dětmi, v zařízeních pro mentálně nebo fyzicky hendikepované lidi, v domovech pro bezdomovce, v domovech důchodců, v utečeneckých táborech apod. Ve všech takových zařízeních je poskytováno chybějící zázemí či péče, bez nichž se klient nemůže obejít. Kdyby tyto ústavy neexistovaly, kvalita života jejich klientů by byla nepřiměřeně nízká, v některých případech by nebyli schopni v běžných podmínkách přežít.

b) Léčba, výchova a realizace. Tato funkce je v popředí v nemocnicích, léčebných a rehabilitačních ústavech, v zařízeních pro rizikovou mládež,

v zařízeních pro propuštěné vězně atp. Společným jmenovatelem je úsilí o změnu stavu, předpokládá se, že klient opustí ústav v jiném stavu, než v jakém do něj přišel.

c) Omezení, vyloučení a represe. Tato funkce je v popředí ve věznicích, v psychiatrických zařízeních s nedobrovolnými pobyty, ve sběrných táborech pro uprchlíky apod. Kdyby tato zařízení neexistovala, společnost by byla ohrožena kriminálními osobami, lidmi trpícími akutní psychózou, neznámými cizinci. (Matoušek, 1995)

Z uvedených funkcí v zařízení ústavu sociální péče převládá **podpora a péče**. Podpora je v popředí, kde toto zařízení poskytuje náhradu za nefunkční nebo chybějící rodinu. Je zde poskytováno chybějící zázemí či péče, bez nichž se klient nemůže obejít. V ideálním případě se může jednat o cestu navození vztahu, která je podkladem pro další pomoc a to pomoc v podobě **léčby, výchovy a realizace**.

Kdyby tyto ústavy neexistovaly, kvalita života jejich klientů by byla nepřiměřeně nízká, v některých případech by nebyli schopni v běžných podmínkách přežít. Ústav se zaměřuje na kvalitu komplexní péče o klienty z hlediska jejich individuálních schopností, dovedností, potřeb a zájmů. O klienty pečuje, stará se o uspokojení jejich bio psycho sociálních potřeb.

3.3.2 Formy ústavní péče

Ústav poskytuje dlouhodobou pobytovou péči. Klienti jsou v něm trvale umístěni a finančně se podílejí na úhradě za pobyt. Úhrada se hradí za poskytnutí ubytování, stravu a péči poskytovanou ve sjednaném rozsahu. Za pobyt v zařízení, celodenní stravu klient hradí částku stanovenou na den. Podle toho, jak je klient sociálně nepřizpůsobivý, lze rozdělit ústavní péči na klasický model, rehabilitační a pečovatelský.

V případě chronické závislosti jedince na alkoholu lze mluvit o ústavu podle pečovatelského modelu (přehnaná péče, která z klientů dělá ještě více nesamostatné klienty). Zde však hrozí, že klienti budou ještě hendikepovanější, než byli před vstupem do zařízení.

Současný trend spočívá ve zřizování malých ústavů sociální péče, tzv. rodinného typu, kde by existovaly lepší podmínky pro poskytování komplexní péče a udržování vztahů mezi klienty navzájem a mezi klienty a personálem. Sociální práce má tendenci spíše jít za klientem do jeho prostředí, než pro něj vytvářet nové umělé prostředí. Program v zařízení se uvolňuje a klienti mají možnost navrhnout a volit mezi různými nabízejícími se možnostmi náplně dne.

Ústav nabízí také možnost volby a plynulého přechodu od bydlení až k ošetřovatelské péči na lůžku, kterou poskytuje příslušný personál.

3.3.3 Rizika ústavní péče

Nejzávažnějším rizikem dlouhodobého pobytu v ústavu je tzv. **hospitalismus**, tedy stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky doprovázené snižující se schopností adaptace na neústavní „civilní“ život. V ústavu má klient plné zaopatření, někdo pro něj vaří, stará se o jeho finance, někdo mu pere, žehlí, uklízí a obstarává předměty potřebné k životu. Klient se stýká s omezeným počtem spoluobytel ústavu a s obvykle nepočetným týmem profesionálů. Pohybuje se v omezeném prostoru a jeho blízkého okolí.

Další riziko, které ústavní péči provází je **šikanování** (šikana znamená zlomyslné obtěžování, týrání, sužování, pronásledování, ale také vyhrožování, fyzické napadení, sexuální zneužívání, agrese, násilné chování klientů vůči klientům). V ústavech, které jsou „směsí klientů“ (jedinci závislí na alkoholu, jedinci psychotičtí, senioři), se násilí stává pozitivně hodnoceným způsobem uplatnění potřeb a práv jednotlivce. Obětí šikany se v tomto případě stávají jedinci nesebevědomí, slabí, zakřiknutí. Pro personál je to signál o skutečnosti, že se něco děje a zároveň impuls, se kterým musí dál pracovat.

Nemalým problémem, který se v ústavní péči projevuje, je **ztráta soukromí**. Někde je soukromí omezeno jen málo. Ale často jsou klienti nuceni sdílet malý prostor s jinými lidmi, bez možnosti vlastní volby. Pokoje jsou převážně vícelůžkové, standardně vybavené. Klienti ústavu se musí přizpůsobovat jednak režimu, jednak

potřebám spolubydlících. Nemůže zhasínat ani rozsvěcet, kdy by chtěli. Nemůžou poslouchat hlasitě hudbu, někdy nemůžou číst, protože jsou rušeni činnostmi jiných.

Klient zde bydlí s jasným vědomím, že je nutné dodržovat zvláštní pravidla: hygienické normy, nesmí si sám vzít léky (může podat jen zdravotnický personál), mít v pokoji vlastní elektrický spotřebič (platí bezpečnostní pravidla). To také vede k omezování soukromí a osobní svobody.

Přes všechna omezení nachází mnoho klientů v ústavech sociální péče jakýsi „druhý domov“.

Domov se dá definovat jako místo, kde můžeme být nejvíce sami sebou a nejméně musíme dodržovat konvenci svých společenských rolí. V tomto smyslu ústav domovem nikdy nebude. (Matoušek, 1995)

Ústředním problémem ústavní péče je rozdíl v očekáváních a postojích mezi klienty a personálem. Personál je v ústavu zaměstnán jako v jakékoliv jiné organizaci a většinou považuje klienty za objekt své práce. Zaměstnanci velice často bývají stavěni do nových situací, které někdy vyžadují zásah jiného činitele, např. Policie ČR. Stěží rozpoznají, co je pro klienta potřebné a jakou formu pomoci mu nabídnout.

3.4 Dílčí závěr

V současné době ústavy sociální péče prochází složitým procesem změn, které souvisejí s neustálým vývojem a potřebami společnosti. Posláním ústavů sociální péče je vytváření příležitosti k tomu, aby klienti mohli být sami sebou. Rozhodnutí musí vycházet vždy ze vzájemného porozumění, přitom dodržovat Etické principy a Listinu základních práv a svobod.

Klienti ústavů sociální péče jsou často vnímání společností negativně. Klíčem pro přijetí těchto lidí do společnosti je změna přístupu k nim.

4 Praktický průzkum

4.1 Cíl průzkumu

Cílem empirické části této bakalářské práce je provést šetření ve vzorku běžné populace a zjistit, jaké povědomí společnost má o alkoholu, o jeho škodlivých účincích a hlavně následcích jeho konzumace, která vede často až k potřebě vyhledat pomoc nějaké instituce poskytující sociální služby. Zároveň se pokusit zjistit, co si veřejnost o sociálních službách myslí a co vůbec za sociální služby považuje.

4.2 Stanovené hypotézy

Hypotézy:

- Domnívám se, že lidé si neuvědomují dostatečně možná rizika spojená s požíváním alkoholu
- Předpokládám, že společnost má povědomí o tom co je to sociální péče
- Soudím, že lidé nechtějí, aby byli klienti závislý na alkoholu umístováni do běžných domovů důchodců a ústavů sociální péče
- Předpokládám, že většina veřejnosti si myslí, že stát by se na sociální péči pro alkoholiky neměl podílet, že je dostatečná

4.3 Použité metody

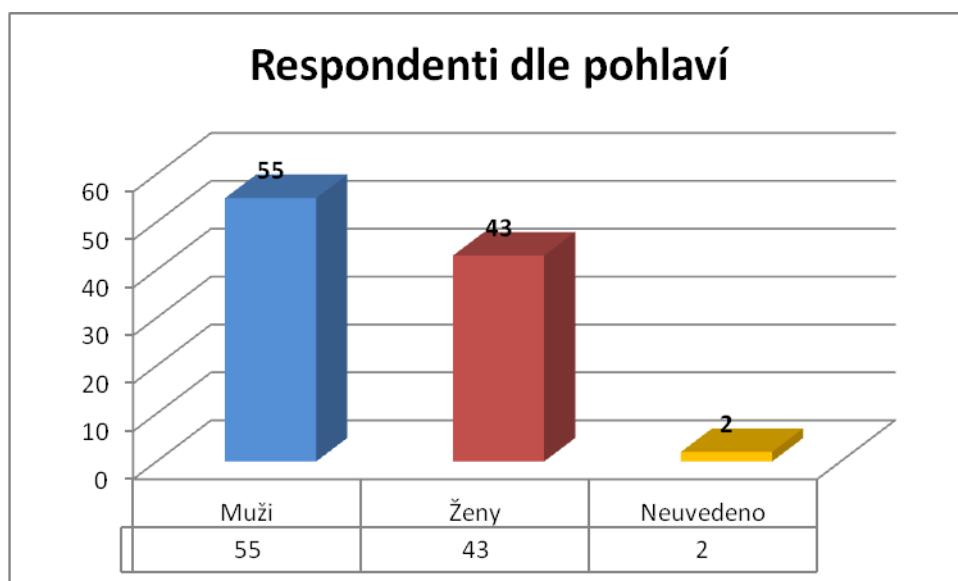
Průzkum je proveden prostřednictvím vlastního, nestandardizovaného a anonymního dotazníku, který vyplnil vzorek široké veřejnosti bez bližší specifikace. Obsahoval 13 otázek, přičemž jako odpověď měla být vždy označena pouze jedna možnost. Otázky, u nichž byla označena více než jedna odpověď, nebyly vyhodnocovány.

4.4 Popis a charakteristika a vybraného vzorku

Dotazník byl rozdán 100 respondentů. Vzorek byl vybrán z široké veřejnosti bez ohledu na věk, povolání, pohlaví. Jediný limitující údaj byla plnoletost dotazovaných. Všechny dotazníky byly vráceny zpět vyplněné. Celkem bylo vyhodnocováno 55

dotazníků vyplněných muži a 43 dotazníků vyplnily ženy. U 2 dotazníků nebylo pohlaví uvedeno. Tyto dotazníky nebyly zahrnuty do vyhodnocení.

Graf 1



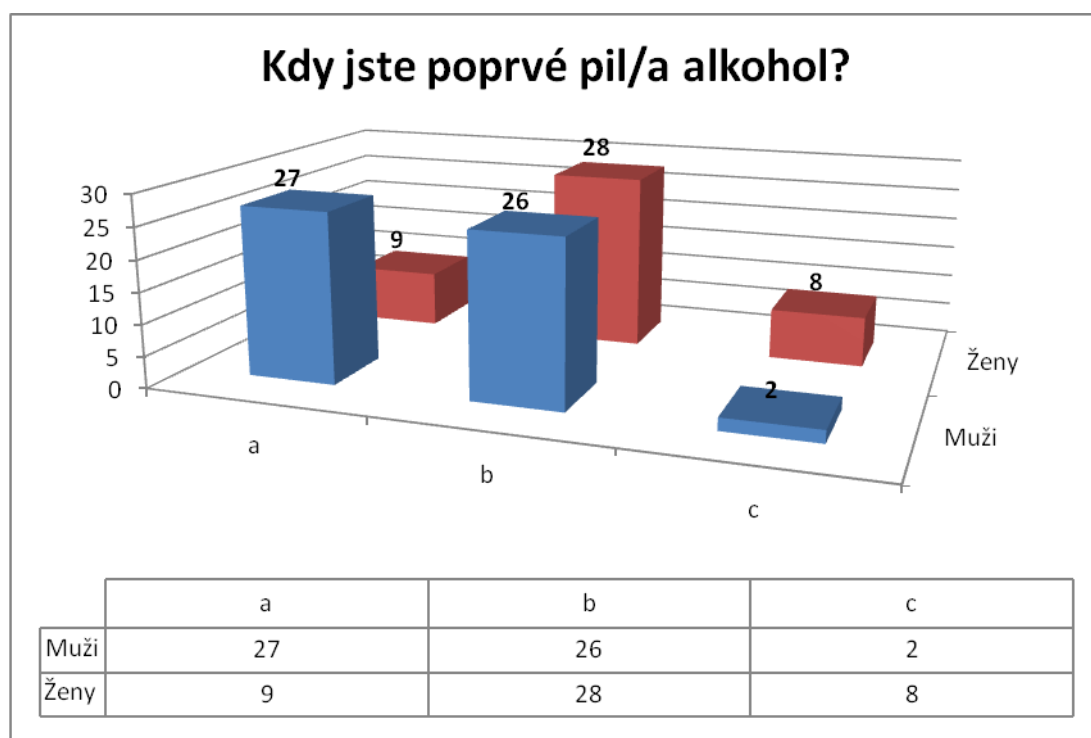
4.5 Analýza šetření

Otázka č. 1

Kdy jste poprvé pil/a alkohol?

- a) dříve než v 15. letech
- b) mezi 15 - 18 lety
- c) po 18. roce

Graf 2



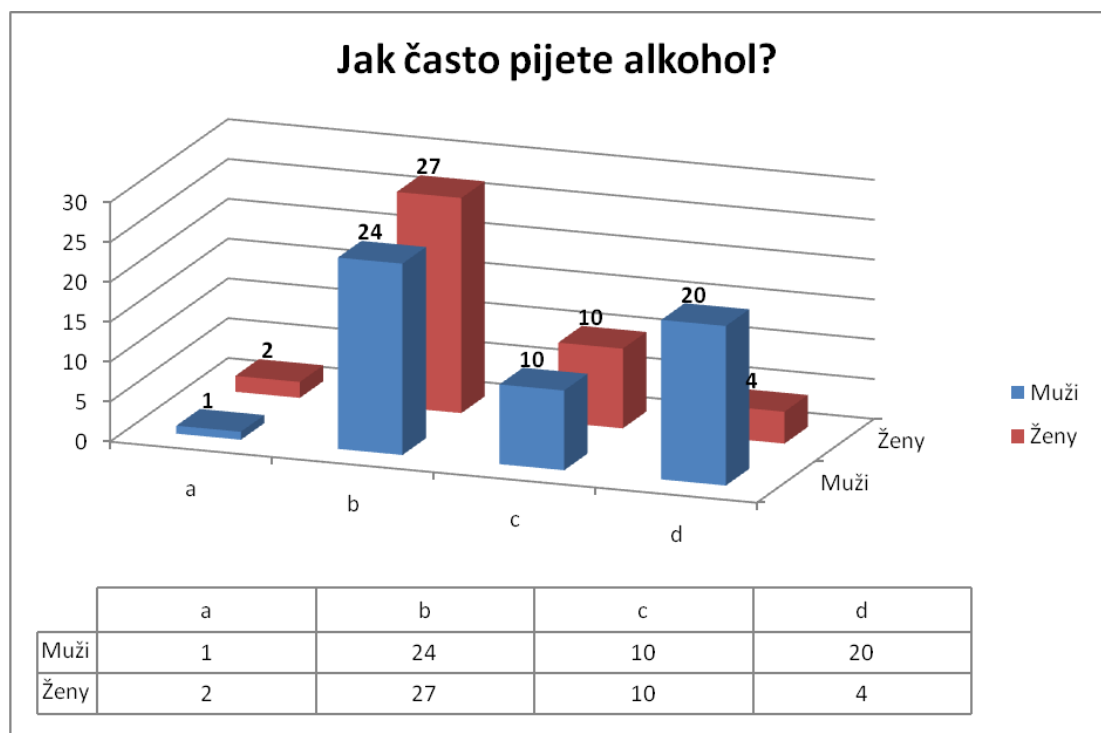
27 mužů uvádí první kontakt s alkoholem před 15 rokem života. 26 uvedlo první konzumaci mezi 15 a 18 lety. Pouze 2 muži uvádějí první zkušenost až po 18. roce. Oproti tomu 28 žen uvádí první zkušenost mezi patnáctým a osmnáctým rokem. Muži začínají s konzumací alkoholu dříve než ženy. Alarmující je skutečnost, že po 18. roku života pilo alkohol poprvé pouze 6 žen a 2 muži. Když si uvědomíme, že prodej alkoholických nápojů je u nás možný až po dosažení 18. let, přesto se 90 respondentů poprvé setkala s alkoholem před dovršením této věkové hranice.

Otázka č. 2

Jak často pijete alkohol?

- a) vůbec
- b) příležitostně (oslavy, výjimečné události)
- c) jedenkrát týdně
- d) několikrát do týdne

Graf 3



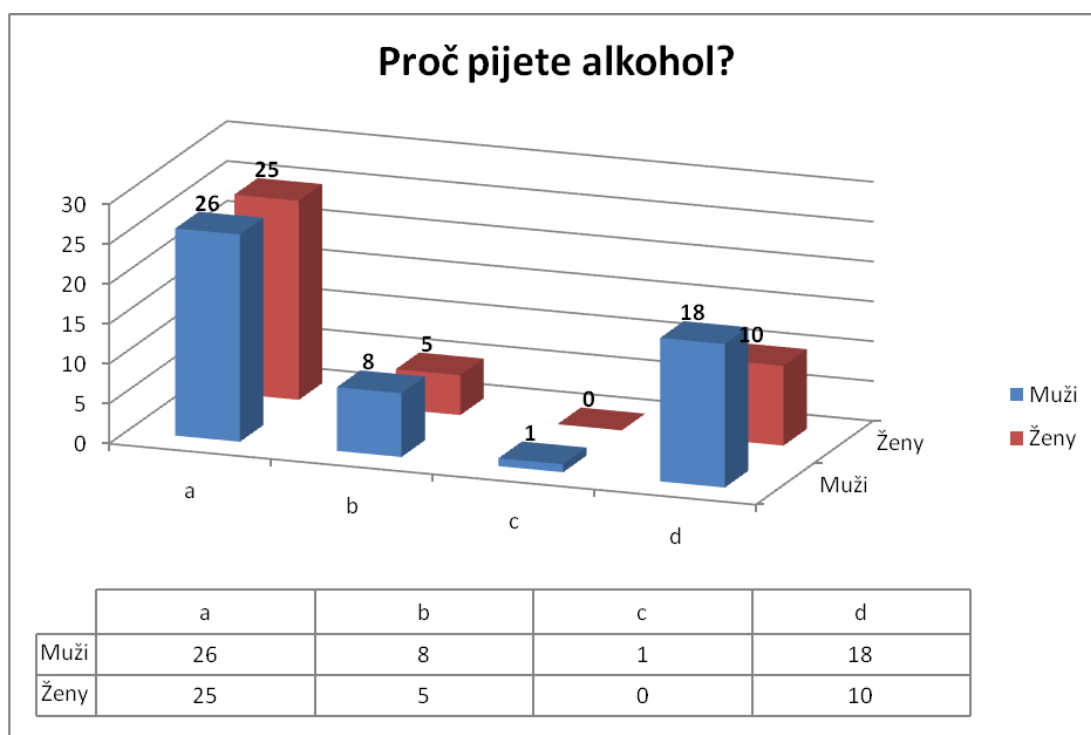
Na tuto otázku odpovědělo 10 mužů i 10 žen, že pijí jedenkrát týdně. Příležitostné pití uvádí 24 mužů a 27 žen. 20 mužů uvádí konzumaci alkoholu několikrát do týdne. Za zamyšlení stojí skutečnost, že pokud jsou zaměstnaní, jistě nejsou celý pracovní týden v práci, aniž by nebyli pod vlivem alkoholu. V tomto případě vystavují riziku nejen sebe, ale i ostatní. Důsledky požívání alkoholu jim patrně plně nedochází.

Otázka č. 3

Proč pijete alkohol?

- a) chutná mi
- b) přináší mi úlevu od problémů
- c) zvyšuje mi sebevědomí
- d) jiný důvod

Graf 4



26 mužů a 25 žen na tuto otázku odpovědělo, že alkohol jim prostě chutná. Tato odpověď byla nejčastější. Pokud jde pouze o „chutnání a nechut“ lze namítnout, že jsou jistě chutné i nealkoholické nápoje. Dle Nešpora na pití alkoholu je vždy něco, co považuje konzument za pozitivní, co mu pití přináší a dává a právě proto pije. Není to jen ona chuť alkoholu.

Oproti tomu pití alkoholu z důvodu zvyšování si sebevědomí uvedl pouze 1 muž a žena žádná. Nejčastější důvod uvedený v dotazníku u varianty d) byl u mužů ve všech 18 odpovědích, že pijí proto, aby mohli posedět s přáteli a kamarády. U žen se tato

odpověď z 10 objevila v 8 případech, 1x bylo důvodem pití, aby netrhali partu a 1 odpověď byla, aby se vyrovnali kamarádce.

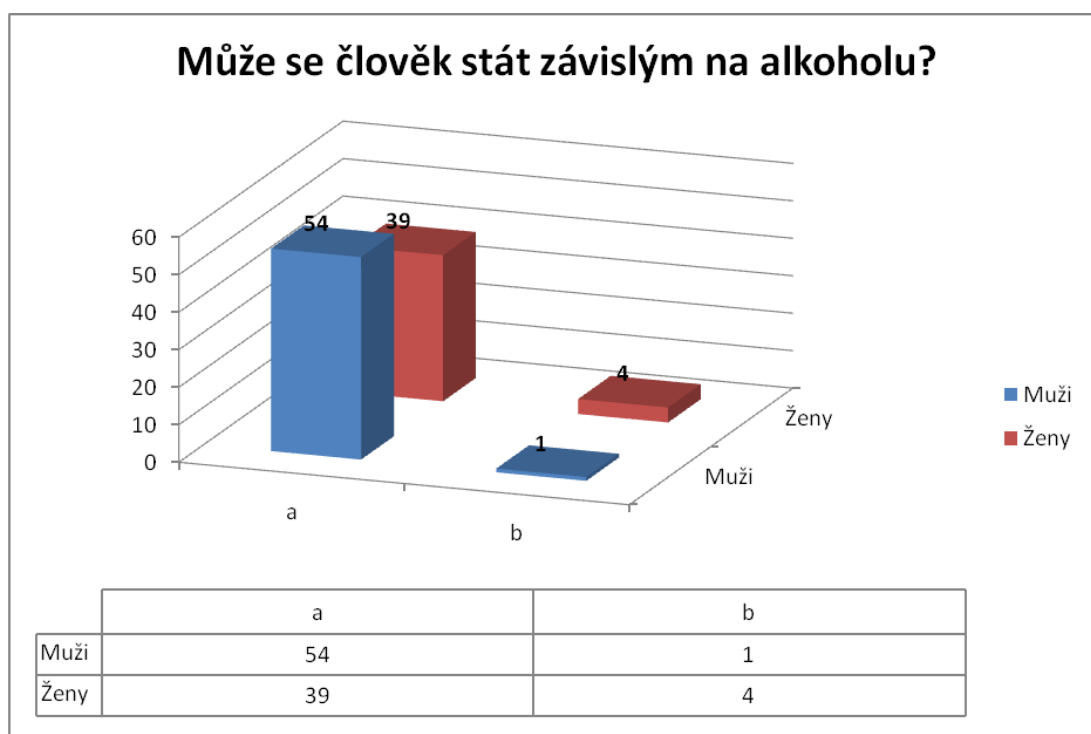
5 respondentů na tuto otázku neodpovědělo vůbec.

Otázka č. 4

Myslíte si, že se člověk může stát závislým na alkoholu?

- a) ano
- b) ne

Graf 5



54 mužů a 39 žen si myslí, že na alkoholu se člověk může stát závislým. Pouze 1 muž a 4 ženy si myslí, že to není pravda.

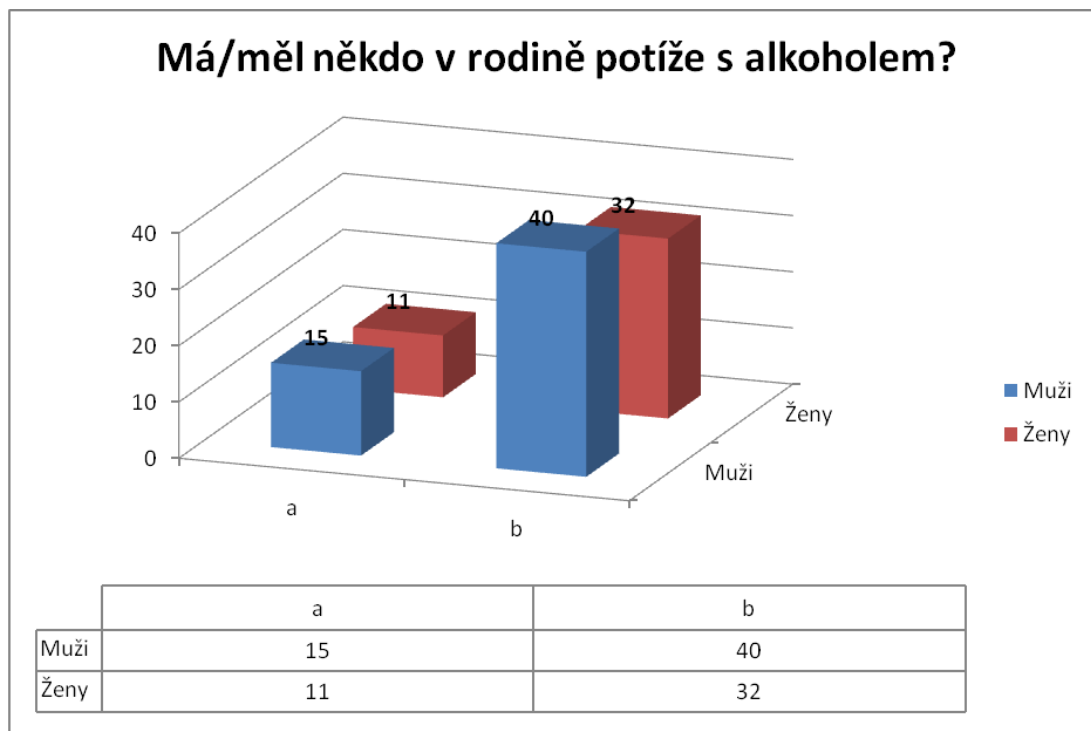
Otázka č. 5

Má nebo měl někdo u vás v rodině problémy s nadměrným pitím alkoholu?

a) ano

b) ne

Graf 6



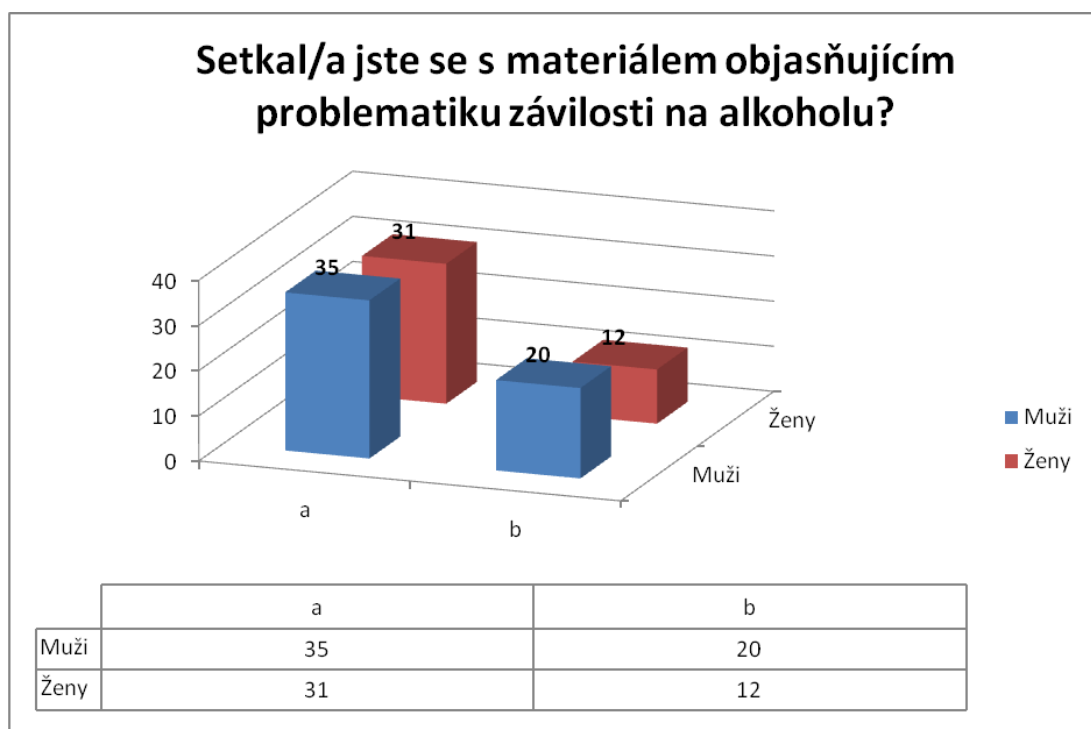
Potíže s pitím alkoholu v rodině uvedlo 15 mužů a 11 žen. Oproti tomu 40 mužů a 32 žen potíže s alkoholem v rodině neudává. Je zajímavé, že při bližším prostudování dotazníků bylo zjištěno, že 15 mužů, kteří uvedli potíže s alkoholem v rodině uvedli současně u otázky jak často pijí ve 12 případech odpověď několikrát do týdne. U žen byla tato otázka s otázkou jak často pijí alkohol v poměru 11 : 4.

Otázka č. 6

Setkal/a jste se někdy s informačním materiálem, který by objasňoval problematiku užívání alkoholu a jeho možné důsledky?

- a) ano
- b) ne

Graf 7



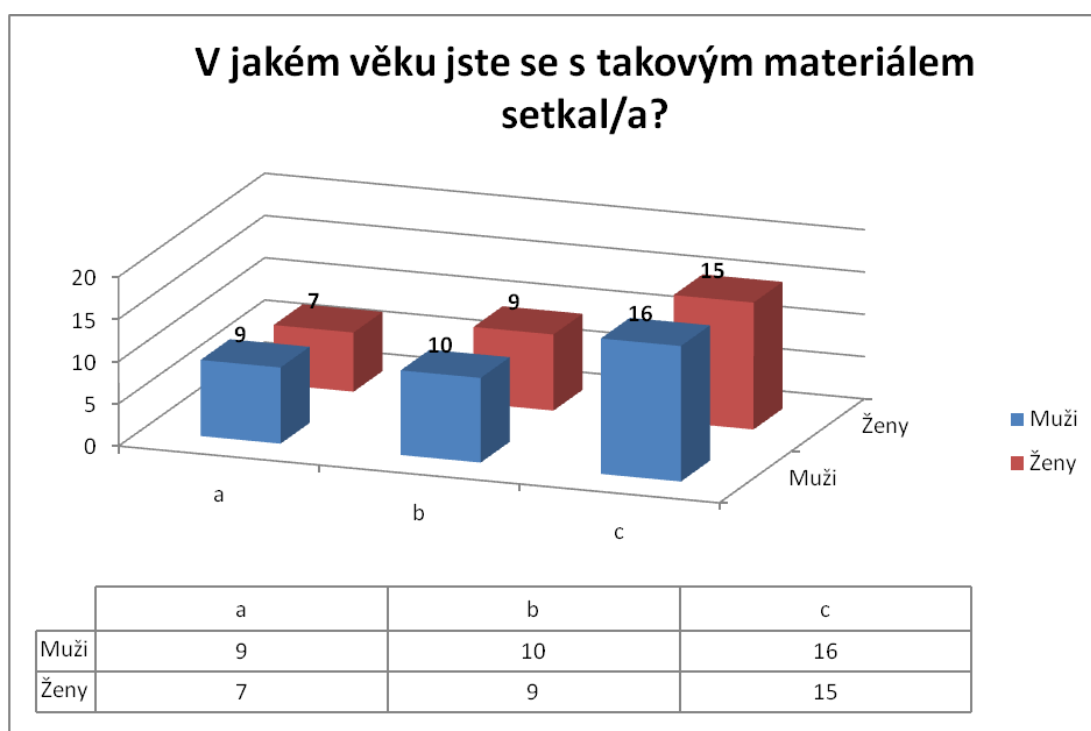
35 mužů a 31 žen se s informacemi o alkoholu setkali. Ve 20 případech u mužů a ve 12 u žen je odpověď záporná.

Otázka č. 7

Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a ano, v kterém věkovém období vašeho života?

- a) na základní škole
- b) na střední škole
- c) později

Graf 8



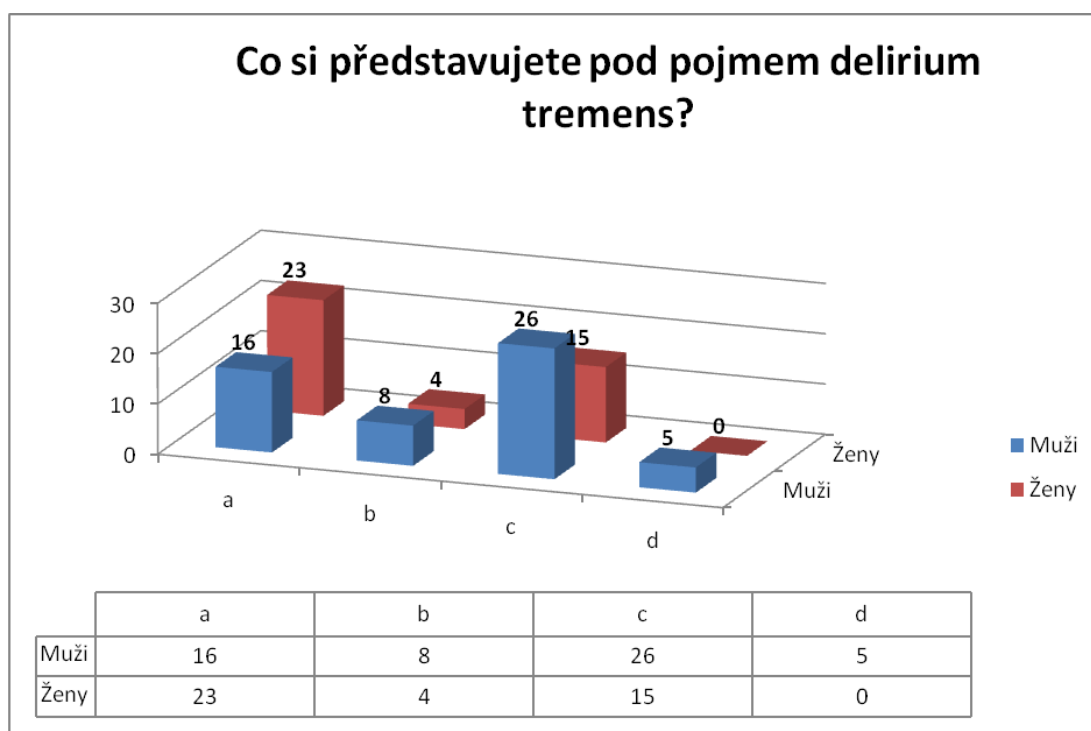
Na tuto otázku odpovídali pouze ti, kteří na předchozí odpověděli, že se s takovým materiálem někdy v životě setkali. Bylo to celkem 66 respondentů (35 mužů a 31 žen, viz otázka č. 6). Spektrum odpovědí je vyrovnané jak u mužů, tak u žen. Na základní škole se s materiálem o alkoholu setkalo 9 mužů a 7 žen. Na střední škole to bylo u mužů v 10 případech a u žen v 9 případech. 16 mužů a 15 žen uvedlo, že se s materiálem setkali v pozdějším věku.

Otázka č. 8

Pod pojmem delirium tremens si představujete?

- a) reakci organismu na nedostatek přísunu alkoholu
- b) chronické onemocnění způsobené užíváním alkoholu
- c) stav po požití nadměrného množství alkoholu
- d) nevím, o co se jedná

Graf 9



16 mužů a 23 žen ví, co je to delirium tremens. 8 mužů a 4 ženy si myslí, že je to chronické onemocnění způsobené pitím alkoholu. 26 mužů a 15 žen si myslí, že je to stav, který následuje po požití velkého množství alkoholu. (záměna se stavem akutní intoxikace). 5 mužů neví co si pod tímto pojmem představit.

1 respondent nevedl odpověď vůbec.

Otázka č. 9

Za závislého na alkoholu považujete člověka, který:

- a) chodí často do hospody
- b) pije pravidelně po obědě jedno pivo
- c) s nadměrnou konzumací alkoholu ztrácí sebeovládání
- d) má tělesné projevy (třes, pocení) pokud alkohol nemá

Graf 10



41 mužů a 31 žen uvádí, že za závislého člověka považují takového, který s nadměrným užíváním na alkoholu ztrácí sebeovládání. Jak vypadá člověk, který je skutečně závislý na alkoholu odpovědělo správně 7 mužů a 7 žen. 4 muži a 3 ženy považují za závislého člověka toho, který chodí často do hospody. 1 muž považuje za závislého takového člověka, který si po obědě dá jedno pivo.

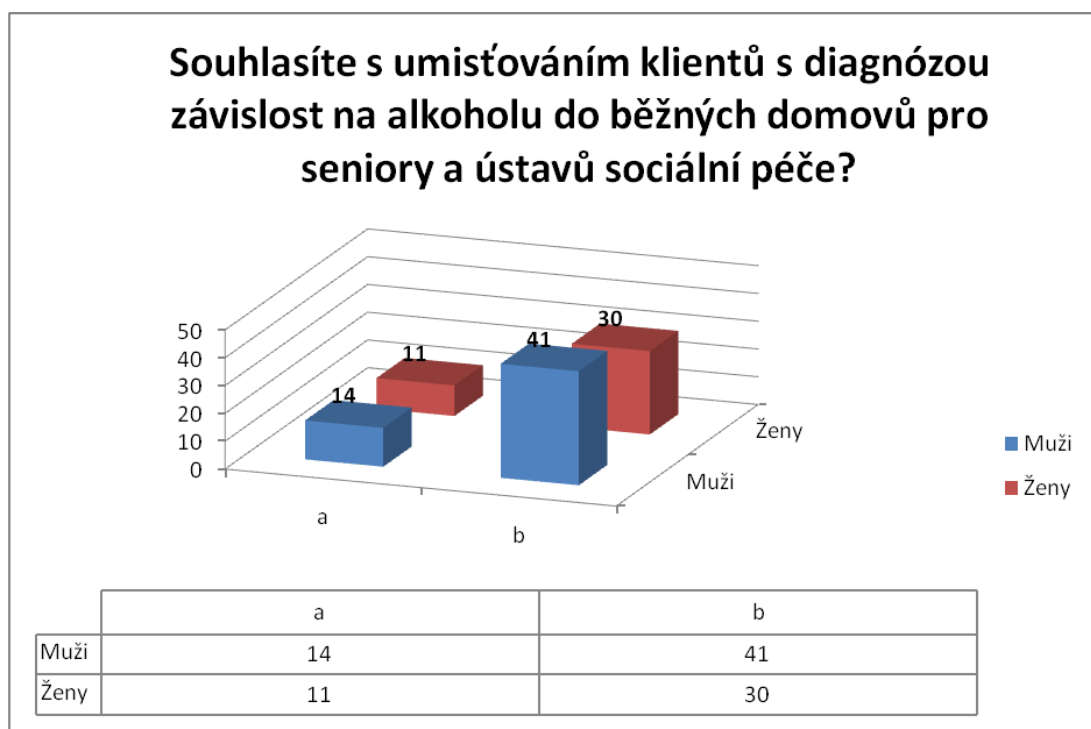
4 respondenti neuvedli odpověď vůbec.

Otázka č. 10

Souhlasíte s umístěním klientů s diagnózou závislost na alkoholu do běžných domovů pro seniory a ústavů sociální péče?

- a) ano
- b) ne

Graf 11



41 dotazovaných mužů a 30 dotazovaných žen nesouhlasí, aby závislý člověk byl umístěn v běžných domovech pro seniory a ústavech sociální péče. 14 mužů a 11 žen uvedlo, že by jim tato skutečnost nevadila.

2 respondenti na tuto otázku neodpověděli vůbec.

Otázka č. 11

Co si představíte pod pojmem „sociální péče o závislé na alkoholu“?

- a) protialkoholní léčení ve zdravotnických zařízeních
- b) umístování do domovů pro seniory a ústavů sociální péče
- c) poskytování finančních prostředků prostřednictvím dávek státní sociální podpory
- d) nevím

Graf 12



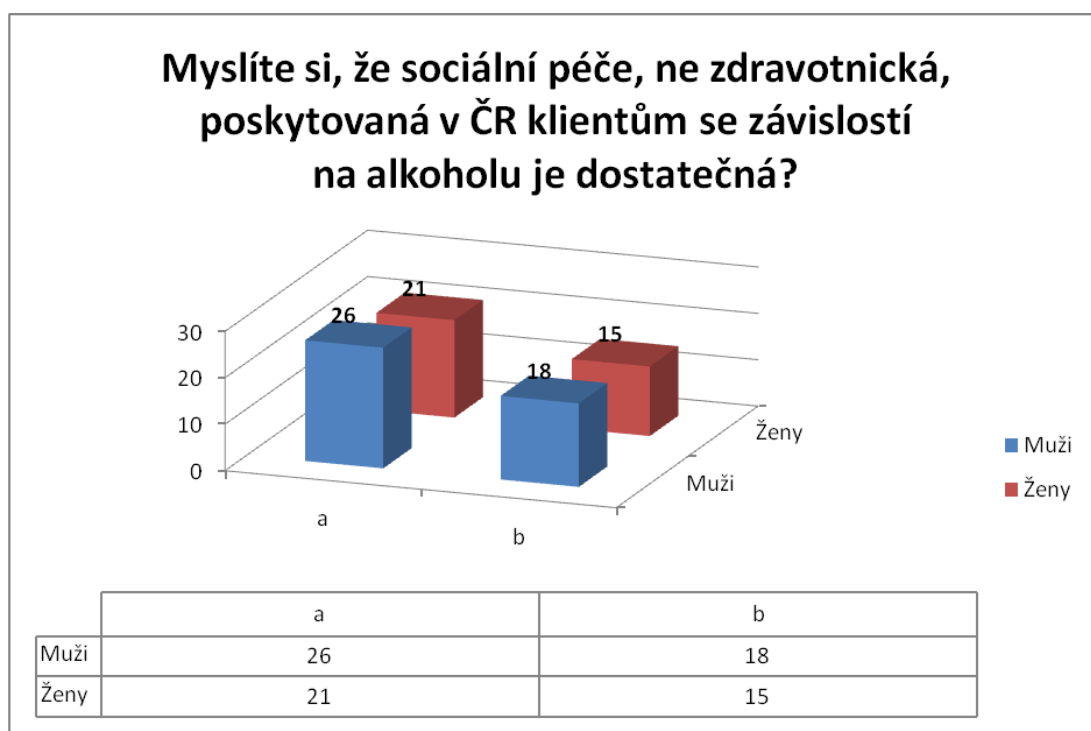
U této otázky uvedlo 37 mužů a 27 žen, že pod „sociální péčí“ si představují protialkoholní léčení ve zdravotnických zařízeních. 8 mužů a 7 žen uvedlo, že sociální péče je umístování do domovů pro seniory a ústavů sociální péče. 1 muž a 2 ženy si myslí, že sociální péče o závislé je poskytování dávek státní sociální podpory. Celkem 14 dotazovaných neví co to sociální péče je. 2 respondenti na tuto otázku neodpověděli vůbec.

Otázka č. 12 (odpovídali pouze ti, co v otázce č. 11 označili variantu a-c)

Myslíte si, že sociální péče, ne zdravotnická, poskytovaná v ČR klientům se závislostí na alkoholu je dostatečná?

- a) ano
- b) ne

Graf 13



Na tuto otázku mělo odpovídat 82 respondentů, ale odpověď označilo 80 z nich.

26 mužů a 21 žen si myslí, že péče je dostatečná.

18 mužů a 15 žen si myslí, že dostatečná není.

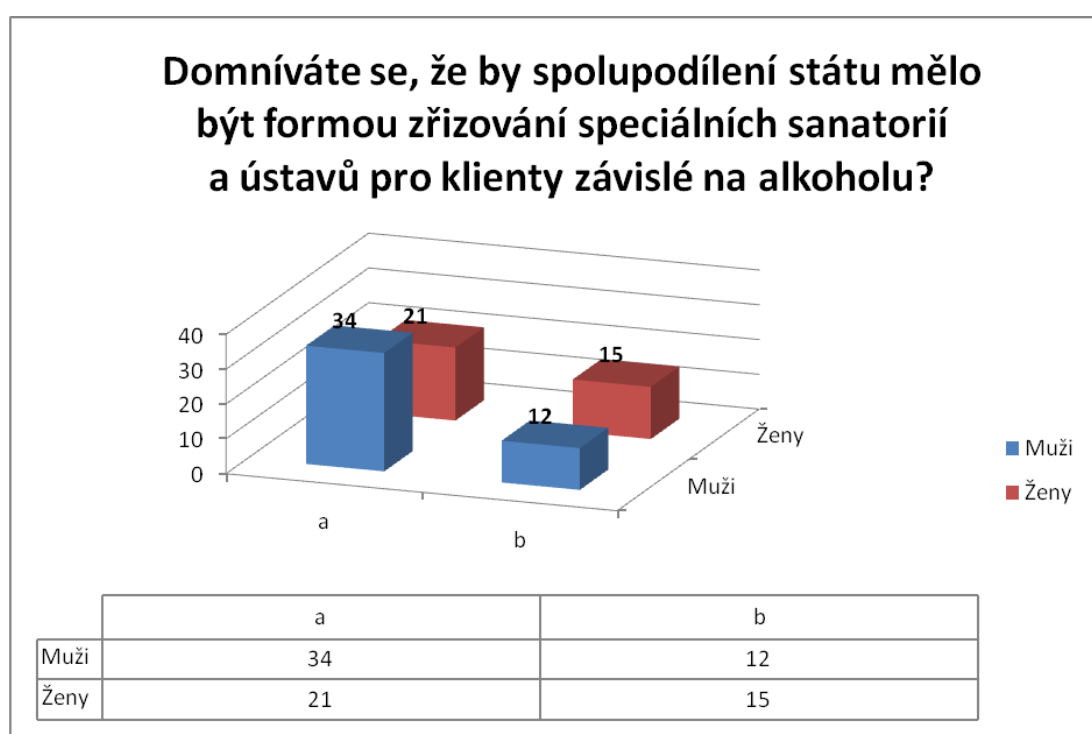
2 respondenti na tuto otázku neodpověděli vůbec.

Otázka č. 13 (odpovídali pouze ti, co v otázce č. 11 označili variantu a-c)

Domníváte se, že by spolupodílení státu mělo být formou zřizování speciálních sanatorií a ústavů pro klienty závislé na alkoholu?

- a) ano
- b) ne

Graf 14



34 mužů a 21 žen si myslí, že forma spolupodílení státu na poskytování sociální péče by měla být formou zřizování speciálních sanatorií a ústavů pro tyto klienty.

12 mužů a 15 žen s tímto nesouhlasí.

Na tuto otázku odpovědělo všech 82 respondentů, kteří na ni odpovídat měli.

4.6 Vyhodnocení průzkumu

Hypotéza:

- Domnívám se, že lidé si neuvědomují dostatečně možná rizika spojená s požíváním alkoholu

K ověření této hypotézy byly v dotazníku uvedeny otázky č. 1, 2, 3, 4, 8, 9, které se zabývají tím, co lidé o alkoholu ví, kdy poprvé pili alkohol, proč a jak často ho pijí, jak vypadá podle nich závislý člověk.

První pití alkoholu před patnáctým rokem uvedlo 27 mužů a jen 9 žen. Z toho je patrné, že muži s pitím alkoholu před patnáctým rokem začínají častěji než ženy. První pití alkoholu mezi 15. až 18. lety je u mužů i u žen poměrně vyrovnané 26 mužů proti 27 ženám. Pití alkoholu až po dovršení plnoletosti, tedy po 18. roce uvádí pouze 2 muži a 6 žen.

Z vyhodnocených dat vyplývá, že první zkušenost s alkoholem před 18. rokem má 90 respondentů z 98 dotázaných.

Z výsledků dále vyplývá, že 20 respondentů - mužů a 4 ženy uvedly pití alkoholu několikrát do týdne. Zde je třeba si uvědomit, že pokud pijí několikrát do týdne, nutně musejí, pokud pracují, být v zaměstnání občas i pod vlivem alkoholu. Což je skutečnost alarmující. 10 žen a 10 mužů, uvedlo pití alkoholu jedenkrát do týdne.

Celkem tedy 44 dotazovaných pije minimálně jednou týdně nebo častěji.

Důvodem, proč lidé vůbec alkohol pijí je dle dotazníku fakt, že alkohol jim prostě chutná. Tuto skutečnost uvedlo 26 mužů a 25 žen.

51 dotazovaných respondentů pije proto, že jim alkohol chutná.

V otázce zda se může stát člověk na alkoholu závislým, odpovědělo 54 mužů a 39 žen jednoznačně, že ano. Přesto 4 ženy a 1 muž si myslí, že závislost na alkoholu vzniknout nemůže.

Z údajů vyplývá, že 93 dotazovaných ví, že na alkohol může vzniknout závislost.

Otázka č. 8 řešila, zda veřejnost ví, co je to delirium tremens.

Celkem 58 dotazovaných z 97 neví, co tento pojem znamená.

Koho považují dotazovaní za závislého člověka. 80 respondentů z 94 je názoru, že závislým je člověk tehdy, když s nadměrnou konzumací alkoholu ztrácí sebeovládání. Skutečnost je ovšem taková, že závislý člověk má tělesné projevy závislosti (třes, pocení, apod.) pokud alkohol nemá. Tuto odpověď označilo shodně 7 mužů a 7 žen.

Pouze 14 respondentů z celkových 94 ví, jak se závislost na alkoholu na člověku projevuje.

Přestože většina respondentů připouští, že na alkohol může vzniknout závislost, průzkum dokládá, že rizika spojená s užíváním alkoholu si dostatečně neuvědomují.

Hypotéza byla potvrzena.

Hypotéza:

- Předpokládám, že společnost má povědomí o tom co je to sociální péče

Na základě vyhodnocení otázky č. 11 jsem došla k těmto závěrům:

Muži v 37 případech uvedli, že sociální péčí je poskytnutí protialkoholního léčení ve zdravotnických zařízeních. 1 muž si myslí, že sociální péče znamená poskytování dávek státní sociální podpory a 8 dotazovaných neví vůbec, co sociální péče znamená. Pouhých 8 mužů uvedlo správně, že sociální péče je umístování závislých do domovů pro seniory a ústavů sociální péče.

Ženy odpovídali následovně: 27 žen si myslí, že sociální péče je protialkoholní léčba ve zdravotnickém zařízení. 2 ženy uvedli, že je to poskytování dávek státní sociální podpory a 6 žen neví, co tento termín znamená. Pouze 7 žen ví, co to sociální péče je.

Názory mužů i žen na tuto otázku jsou počtem odpovědí u daných možností podobné. Skutečnost je však taková, že celkový počet správných odpovědí je pouhých 15. Jen 15 dotazovaných má představu o tom, co je to sociální péče. Z této otázky je patrné, že 64 respondentů z řad veřejnosti nevidí rozdíl mezi zdravotnickou péčí a péčí sociální.

Z provedeného průzkumu vyplývá, že respondenti nemají povědomí o tom, co je to sociální péče.

Hypotéza byla průzkumem vyvrácena.

Hypotéza:

- Soudím, že lidé nechtějí, aby byli klienti závislý na alkoholu umístováni do běžných domovů důchodců a ústavů sociální péče

Dle výsledků získaných průzkumem bylo zjištěno, že 14 mužů uvedlo, že by jim tato skutečnost nevadila, zatímco 41 mužů nechce, aby tito klienti byli umístováni v běžných domovech pro seniory a ústavech sociální péče.

Ani ženy v 30 případech nesouhlasí, aby závislý člověk byl umístěn do běžného domova důchodců. Oproti tomu pouhých 11 žen uvedlo, že by nebyly proti.

Celkově 71 respondentů z 86 nesouhlasí, aby závislý člověk byl umístěn v běžném domově pro seniory a ústavu sociální péče.

Hypotéza byla potvrzena.

Hypotéza:

- Předpokládám, že většina veřejnosti si myslí, že stát by se na sociální péči pro alkoholiky neměl podílet, že je dostatečná

K ověření této hypotézy byly určeny otázky č. 12. a č. 13.

Dle výsledků daných odpovědí bylo zjištěno, že 26 mužů a 21 žen si myslí, že sociální péče v ČR pro tyto klienty je dostatečná. Celkově má tento názor 47 respondentů z dotazovaných 80.

Co se týká názoru na to, zda se stát má spolupodílet na poskytování sociální péče závislým formou zřizování speciálních sanatorií a ústavů si 34 mužů a 21 žen uvádí, že by to tak mělo být. Celkem 55 respondentů si myslí, že stát by tuto otázku měl řešit. Že závislý člověk není schopen starat se o sebe sám a měl by být umístěn ve speciálním zařízení k tomu určeném. Stát by měl tuto otázku řešit formou spoluúčasti.

Přestože si 47 respondentů myslí, že sociální péče poskytovaná těmto klientům je dostatečná, 55 dotázaných soudí, že stát by se měla na poskytování sociálních služeb spolupodílet formou zřizování speciálních zařízení určených právě jen pro tyto klienty.

Hypotéza byla potvrzena pouze v části, že sociální péče poskytovaná závislým je dostatečná. Část hypotézy, že stát by se neměl podílet na poskytování sociální péče, byla vyvrácena.

4.7 Doplnující otázky

V dotazníku byly uvedeny otázky, které mě v souvislosti se závislostí na alkoholu zajímaly.

Otázka č. 5 zjišťovala, zda měl někdo v rodině problémy s nadměrným pitím alkoholu. 26 respondentů z 98 uvedlo, že ano. Častější odpověď byla, že ne. A to u 40 mužů a 32 žen.

Otázka č. 6, č. 7 - zda se setkali s informačním materiálem objasňujícím problematiku užívání alkoholu a jeho možné důsledky, pokud ano, kdy to bylo.

Z celkového počtu oslovených se s informačním materiálem o alkoholu setkalo 66 respondentů. Z tohoto počtu bylo 35 mužů a 31 žen.

Skutečnost, že z 66 respondentů se k informacím o alkoholu dostalo v průběhu základní školy pouze 16, svědčí o tom, že prevence není dostatečně včasná.

Závěr

Tato bakalářská práce si kladla za cíl zjistit povědomí veřejnosti o rizicích spojených s požíváním alkoholu, jak veřejnost nahlíží na poskytování sociálních služeb klientům závislým na alkoholu, jak by měla tato poskytovaná sociální péče vypadat a co vůbec za sociální péči považují.

V úvodu práce jsem formulovala hypotézy, které jsem se v praktické části bakalářské práce pomocí vlastního, nestandardizovaného a anonymního dotazníku pokusila potvrdit nebo vyvrátit.

K dosažení cíle jsem si stanovila tyto konkrétní hypotézy:

- Domnívám se, že lidé si neuvědomují dostatečně možná rizika spojená s požíváním alkoholu
- Předpokládám, že společnost má povědomí o tom co je to sociální péče
- Soudím, že lidé nechtějí, aby byli klienti závislí na alkoholu umístováni do běžných domovů důchodců a ústavů sociální péče
- Předpokládám, že většina veřejnosti si myslí, že stát by se na sociální péči pro alkoholiky neměl podílet, že je dostatečná

Pomocí vyhodnocených údajů uvedených v dotazníku jsem hypotézy potvrdila a jednu zcela vyvrátila.

Myslím si, že cíle práce byly naplněny zjištěním skutečného stavu povědomí veřejnosti (skupina 100 respondentů) o problematice závislosti na alkoholu a následném poskytování sociální péče závislým jedincům.

Resumé

Bakalářská práce Umístění klientů s diagnózou závislost na alkoholu do domovů pro seniory a ústavů sociální péče má za úkol objasnit, co může alkohol způsobit, jak ovlivňuje život jedince i celé společnosti a jaké možnosti mají závislí na alkoholu v oblasti poskytování sociální péče. Dále má prokázat, jaké povědomí o této problematice má veřejnost.

Bakalářská práce obsahuje čtyři základní kapitoly a řadu podkapitol. První tři kapitoly jsou teoretické a věnované vlivu alkoholu na člověka, dopadům závislosti na alkoholu na jedince i na společnost a možnostem poskytování sociálních služeb závislým na alkoholu. Čtvrtá kapitola obsahuje praktický průzkum prováděný mezi veřejností. Cílem průzkumu je provést šetření, které objasní jaký názor na závislost veřejnost má, a co si myslí o sociální péči a jejím poskytování.

Anotace

Tématem mé bakalářské práce je Umístění klientů s diagnózou závislost na alkoholu do domovů pro seniory a ústavů sociální péče. Popisuje vznik a vývoj závislosti na alkoholu, její dopady na jedince a na společnost. Dále se zabývá možnostmi poskytování sociálních služeb těmto klientům. Praktická část obsahuje průzkum mezi veřejností týkající se závislosti na alkoholu a otázek poskytování sociálních služeb.

Klíčová slova

Alkohol, bezdomovectví, domovy pro seniory, pracovní poměr, rodina, sociální péče, společnost, ústav sociální péče, vztahy, závislost na alkoholu

Annotation

The theme of this Bachelor's thesis is the Placement of patients diagnosed with alcohol dependency into care homes for senior citizens and social care departments. The thesis describes the initiation and development of alcohol dependency and the impact upon the individual and society. The options of social care for alcohol dependent patients are examined. The practical element of the thesis involves research of the general public's view of alcohol dependency and provision of social care for those affected.

Keywords

Alcohol, homeless, old people's homes, employment, family, social care, society, social care department, relationships, alcohol dependency

Literatura a prameny

1. HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J.: Psychiatrie, 1. vyd. TIGIS s.r.o., Praha, 2002, 855 s., ISBN 80-900130-1-5
2. HRADECKÁ, V., HRADECKÝ I. Bezdomovství – extrémní vyloučení, 1. vyd., Občanské sdružení Naděje, Praha, 1996, 107 s., ISBN 80-902292-0-4
3. KALINA, K., a kol. Základy klinické adiktologie, 1. vyd., Grada Publishing, a.s., Praha, 2008, 392 s., ISBN 978-80-247-1411-0
4. KLIMENTOVÁ, E., KLIMENT, P. Sociální deviace, 1. vyd., Univerzita Palackého, Olomouc, 2002, 130 s., ISBN 80-244-0556-4
5. KOPŘIVA, K. Lidský vztah jako součást profese, 5. vyd., Portál, Praha, 2006, 147 s., ISBN 80-7367-181-6
6. MATOUŠEK, O. Ústavní péče, 2. vyd., Sociologické nakladatelství, Praha, 1999, 159 s., ISBN 80-85850-76-1
7. MÜHLPACHR, P. Kapitoly ze sociální patologie, Institut mezioborových studií, Brno, 2003, 84 s.
8. NEŠPOR, K.: Návykové chování a závislost 3. vyd. Portál, s.r.o., Praha, 2007-05-17, 161 s., ISBN 978-80-7367-267-6
9. NEŠPOR, K.: Jak překonat problémy s alkoholem, Sportpropag, Praha, 1999, 118 s.
10. POKORNÝ, V., TELCOVÁ, J., TOMKO, A., Patologické závislosti, 2. vyd., Ústav Psychologického poradenství a diagnostiky r. s. Brno, 2002, 193 s., IBSN 80-86568- 02-04
11. ROTGERS, F., a kol. Léčba drogových závislostí, 1. vyd., Grada Publishing, spol. s.r.o., Praha, 1999, 264 s., ISBN 80-7169-836-9
12. SEIFERTOVÁ, D., PRAŠKO, J., HORÁČEK, J., a spol., Postupy v léčbě psychických poruch, 2. vyd., MEDICAL TRIBUNE CZ, Praha, 2008, 398 s., ISBN 978-80-87135-10-5
13. SOURNIA, J. Dějiny pijáctví, 1. vyd., Garamont, Praha, 1999, 299 s., ISBN 80-86379-01-9
14. SKÁLA, J. ...až na dno!?, 4. vyd., Avicenum, Praha, 1988, 139 s.
15. ÚLEHLA, I. Umění pomáhat, 1. vyd., Sociologické nakladatelství, Praha, 1999, ISBN 80-85850-69-9
16. ŮHLINGER, C., TSCHUI,M. Když někdo blízký pije. Rady pro rodiny osob závislých na alkoholu, 1. vyd. Portál, Praha, 2009, 144 s. ISBN 978-807367-610-0

Elektronické publikace

1. MLČOCH, Z. Pracovní profese predisponované k alkoholismu, online, citace ze 4. 4. 2010, dostupné z: http://www.alkoholik.cz/zavislost/piti_v_zamestnani/pracovni_profese_predisponovane_k_alkoholismu.html
2. DANKO, P. Alkohol, online, citace z 6. 3. 2010, dostupné z: <http://www.paveldanko.com/alkohol/>
3. 2006/108 Sb. Zákon o sociálních službách, online, citace z 2. 3. 2010, dostupné z: <http://www.atre.cz/zakony/page0048.htm>

Příloha č. 1

Příloha

DOTAZNÍK – veřejnost

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku.

Dotazník je anonymní, nevypisujte, prosím, Vaše jméno. Výsledky budou využity pouze ke studijním účelům. Je zaměřen na problematiku závislost na alkoholu. U každé otázky označte pouze jednu odpověď.

Děkuji za spolupráci a Váš čas.

Renata Horňáková, sociální sestra PL Jihlava

MUŽ x ŽENA x

1. Kdy jste poprvé pil/a alkohol?

- a) dříve než v 15 letech
- b) 15 – 18 let
- c) po 18 letech

2. Jak často pijete alkohol?

- a) vůbec
- b) příležitostně (oslavy, výjimečné události)
- c) jedenkrát týdně
- d) několikrát do týdne

3. Proč pijete alkohol?

- a) chutná mi
- b) přináší úlevu od problémů
- c) zvyšuje mi sebevědomí
- d) jiný důvod (uved'te)

4. Myslíte si, že se člověk může stát závislým na alkoholu?

- a) ano
- b) ne

5. Má nebo měl někdo u Vás v rodině problémy s nadměrným pitím alkoholu?

- a) ano
- b) ne

Příloha č. 1

6. Setkal/a jste se někdy s informačním materiálem, který by objasňoval problematiku užívání alkoholu a jeho možné důsledky

a) ano

b) ne

7. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a ano, v kterém věkovém období Vašeho života

a) na základní škole

b) střední škola

c) později

8. Pod pojmem delirium tremens si představujete:

a) reakci organismu na nedostatek přísunu alkoholu

b) chronické onemocnění způsobené užíváním alkoholu

c) stav po požití nadměrného množství alkoholu

d) nevím, o co se jedná

9. Za závislého na alkoholu považujete člověka, který:

a) chodí často do hospody

b) pije pravidelně po obědě jedno pivo

c) s nadměrnou konzumací alkoholu ztrácí sebeovládání

d) má tělesné projevy (třes, pocení) pokud alkohol nemá

10. Souhlasíte s umístováním klientů s diagnózou závislost na alkoholu do běžných domovů pro seniory a ústavů sociální péče

a) ano

b) ne

11. Co si představíte pod pojmem „sociální péče o závislé na alkoholu“?

a) protialkoholní léčení ve zdravotnických zařízeních

b) umístování do domovů pro seniory a ústavů sociální péče

c) poskytování finančních prostředků prostřednictvím dávek státní sociální podpory

d) nevím

Příloha č. 1

dále pokračuje ve vyplňování pouze ten, kdo označil v otázce č. 11 variantu a-c

12. Myslíte si, že sociální péče, ne zdravotnická, poskytovaná v ČR

klientům se závislostí na alkoholu je dostatečná?

a) ano

b) ne

13. Domníváte se, že by spolupodílení státu mělo být formou zřizování speciálních sanatorií a ústavů pro klienty závislé na alkoholu?

a) ano

b) ne