



Univerzita Palackého v Olomouci

Cyrlometodějská teologická fakulta

Katedra křesťanské výchovy

**ALKOHOLOVÁ ZÁVISLOST V RODINĚ A JEJÍ PROŽÍVÁNÍ
RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY**

Bakalářská práce

Autor: Romana Šimíková

Vedoucí práce: PhDr. Kateřina Andrllová

Olomouc 2015

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci napsala sama za použití uvedené literatury a provedla vlastní výzkumné šetření.

V Olomouci dne

Poděkování:

Ráda bych poděkovala PhDr. Kateřině Andřlové za vedení mé práce a odborné rady. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, za jejich vstřícnost a souhlas s provedením rozhovorů.

Obsah

Úvod.....	5
TEORETICKÁ ČÁST	7
1 Závislost.....	7
1.1 Definice závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí	7
1.2 Definice závislosti podle Americké psychiatrické asociace (DSM – IV)	8
1.3 Faktory vzniku závislosti na alkoholu	9
1.3.1 Biologický faktor	9
1.3.2 Psychologický faktor.....	9
1.3.3 Sociální faktor	9
1.3.4 Spirituální faktor	10
2 Uživatelé alkoholu	11
2.1 Etylalkohol.....	11
2.2 Diagnostika typů závislosti na alkoholu	11
2.3 Specifika působení návykových látek u žen a mužů	12
2.4 Specifika působení návykových látek u dětí a mladistvých	13
2.5 Specifika působení návykových látek ve vyšším věku	13
3 Alkoholová závislost v rodině.....	14
3.1 Význam rodiny pro dítě	15
3.2 Děti rodičů závislých na alkoholu	16
3.2.1 Syndrom CAN.....	17
3.2.2 Fetální alkoholový syndrom.....	17
4 Následky užívání alkoholu	18
4.1 Sociální dopad	18
4.1.1 Ztráta meziosobních a mezigeneračních vztahů.....	18
4.1.2 Patologická rovnováha	19
4.1.3 Náhradní rodinná péče	19
4.1.4 Osvojení	19
4.1.5 Pěstounská péče	20

4.2	Zdravotní a psychické dopady	20
4.2.1	Akutní intoxikace	21
4.2.2	Delirium tremens.....	21
4.2.3	Amnestický syndrom	22
4.2.4	Korsakova psychóza.....	22
4.2.5	Disociace	22
5	Léčba alkoholové závislosti.....	24
5.1	Primární úroveň služeb	24
5.2	Sekundární úroveň služeb.....	24
5.3	Terciární úroveň služeb	25
5.4	Ústavní a ambulantní léčba.....	25
5.4.1	Ambulantní léčba	25
5.4.2	Ústavní léčba.....	25
5.5	Peer programy primární péče na školách	26
5.6	Svépomocné skupiny	26
5.6.1	Anonymní alkoholici.....	26
5.6.2	KLUS	27
6	Průzkum	28
6.1	Cíl průzkumu	28
6.2	Zvolené metody získávání dat:	28
6.3	Průběh průzkumu.....	30
6.4	Cílová skupina – respondenti	30
6.5	Analyzování dat.....	32
6.6	Diskuze	42
7	Závěr.....	44
	Literatura	46
	Přílohy	50

Úvod

Téma bakalářské práce jsme si vybrali z důvodu popsání a možnosti vzhledu do života jedinců žijících v rodině, kde se vyskytuje závislost na alkoholu. Bakalářská práce je kvalitativně zaměřena.

Alkoholová závislost v rodině narušuje nejen vztahy mezi partnery, ale nepříznivě působí i na celkový vývoj dětí, žijících v této ne příliš stabilní rodině. Děti mohou být ohroženy již v prenatálním stádiu, kdy jejich matka požívá alkohol ve větší míře.

Rodiny, jejichž členové či člen jsou závislí na alkoholu, bývají ohroženy psychickou či fyzickou újmou. Děti mohou být zanedbávány, nemají dostatek podnětů k pozitivnímu a zdravému vývoji. V důsledku toho mohou být odmítány okolím, především ze strany jejich kamarádů, spolužáků. Tyto děti bývají ohroženy šikanou ve školách a školských zařízeních. Všechny tyto okolnosti se mohou dále odrazit v pozdějším dospělém životě dítěte a to zejména v navazování vztahů s okolím a v navazování partnerských vztahů a zakládání vlastní rodiny. Nicméně psychickou újmou může být postihnut i partner/partnerka závislého jedince na alkoholu. Závislost člena rodiny ovlivňuje vnitřní i vnější fungování rodiny. Partneři se mohou mezi sebou hádat, nebo naopak přestanou komunikovat dočista. V rámci rodiny je nejdůležitější komunikace, důvěra, vzájemná podpora a soudržnost celé rodiny při vyskytnutí se jakéhokoliv problému.

Bakalářská práce je členěna na část teoretickou a část praktickou.

V teoretické části nalezneme definice závislostí dle MKN-10 a DSM –IV, dále jsou to faktory závislosti na alkoholu. Tyto faktory se projevují individuálně, nemusí být u každého závislého jedince stejné. Mezi stěžejní kapitoly patří alkohol v rodině a uživatelé alkoholu, tyto kapitoly tvoří další důležité podkapitoly. Alkoholová závislost nechává určité stopy jak na lidech žijících v přítomnosti závislého jedince, tak i na samotném uživateli alkoholu. Proto se věnujeme i dopadům a následkům alkoholové závislosti

Závislý jedinec potřebuje nejen pomoc a podporu ze strany rodiny, ale také i ze strany odborníků zabývajících se závislostmi a léčením těchto závislostí. Odbornou pomocí zde rozumíme ambulantní a ústavní léčbu. Spolu s léčbou se věnujeme nejen prevenci relapsu jedinců závislých na alkoholu, ale i prevenci vzniku závislosti na návykových látkách dětí a mladistvých.

V praktické části jsou v rámci polostrukturovaných interview zachyceny důležité milníky života mladistvých žijících v rodinách, které byly ovlivněny závislostí na alkoholu. Respondenti odpovídali na předem stanovené otázky. Tyto otázky se týkaly jejich celkového vývoje a fungování nejen v rodině, ale i ve společnosti, ve škole. Dále se týkaly vztahů s jejich kamarády, spolužáky, popřípadě partnery.

Zjištěné informace v rámci průzkumu byly zpracovány metodou trsu a následně vyhodnoceny.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Závislost

V úvodu bakalářské práce budeme definovat závislost obecně.

Závislost můžeme definovat jako vzájemný vztah, kdy jeden objekt nebo jev nemůže plně či trvale existovat bez jiného objektu nebo bez podmínek, které jsou tímto objektem vytvářeny. (Jandourek, 2001, str. 278) V některých teoriích bývá závislost považována za potřebu. Pokud tato potřeba není uspokojena, může vést k neurotickým projevům. (Geis, 1992, str. 564)

1.1 Definice závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí

Centrálně popisnou charakteristikou závislosti jako takové je touha brát psychoaktivní látky, alkohol, nebo tabák. Dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10) se jedná o skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, kdy má užívání určité látky u daného jedince větší přednost, než jednání, kterého si daný jedinec cenil více. (Nešpor, 2011, str. 9)

V MKN-10 jsou kromě sedativ a hypnotik i další návykové léky, jakou jsou např. analgetika, anxiolytika a některé léky se stimulačním účinkem. Jedním ze společných účinků sedativ, anxiolytik a hypnotik je útlum centrální nervové soustavy. Po užití těchto látek dochází k postupné otupělosti, ospalosti a celkovému útlumu jedince. Může dojít i k vyhasínání reflexů, při předávkování jedinci hrozí upadnutí do bezvědomí. (Kalina, 2003, str. 187)

Diagnostická kritéria syndromu závislosti na psychotropních látkách dle MKN-10:

- velká touha či pocit puzení užívat látku;
- obtížné sebeovládání při užití látky;
- jedinec látku užívá s úmyslem zmírnit příznaky vyvolané předchozím užitím látky;

- jedinec začíná tolerovat účinky látky – vyžaduje vyšších dávek, pro dosažení účinku vyvolaného předchozím užitím nižších dávek;
- jedinec postupně zanedbává jiné potěšení nebo zájmy ve prospěch užívané látky;
- užívání látky přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků (např. poškození jater, depresivní stavy, toxické poruchy myšlení). (Procházka, 2011, str. 54)

Odvykací syndrom se vyskytuje při chybění návykové látky. Je charakterizován stavem, kdy je jedinec neklidný, trpí nespavostí, zvýšenou mrzutostí. Dále se mohou objevovat bolesti svalů, třes, průjem. (Kalina, 2003, str. 187)

1.2 Definice závislosti podle Americké psychiatrické asociace (DSM – IV)

Dle DSM – IV by měl pacient během 12 měsíců vykazovat alespoň tři z následujících sedmi uvedených příznaků:

- a) rostoucí tolerance užívání dané látky
- b) po vysazení látky nastanou odvykací potíže
- c) pacient přijímá látku delší dobu nebo ve větším množství
- d) dlouhodobá snaha či pokusy omezit přijímání látky
- e) trávení velkého množství času obstaráváním látky či zotavováním se z jejích účinků
- f) pacient zanechává pracovních, sociálních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky
- g) pacient dlouhodobě pokračuje v užívání látky navzdory opakujícím se psychologickým, sociálním či tělesným problémům. (Nešpor, 2011, str. 22)

1.3 Faktory vzniku závislosti na alkoholu

Faktory závislosti jsou u závislého jedince odlišné. U některých závislých jedinců se může objevovat jeden faktor, u jiných to může být kombinace více faktorů závislosti. (Millerová, 2011, str. 33)

1.3.1 Biologický faktor

Za některé biologické faktory se mohou považovat některé problematické okolnosti během těhotenství. Jedná se zejména o to, zda matka byla uživatelka alkoholu a zda se plod takto dostával do styku s účinky návykové látky ještě před narozením. Jedná se ale i o okolnosti během porodu, například pokud byly během porodu použity psychotropní tlumivé látky – což také ovlivňuje neurobiologii jedince, a celý psychomotorický vývoj dítěte v poporodním období. (Kalina, 2003, str. 91)

1.3.2 Psychologický faktor

Existuje celá řada psychologických faktorů, které vznikají jako důsledek abusu, a posilují většinou další abus, a to směřuje k závislosti jedince. Například alkohol má pro jedince antidepresivní účinek na počátku užívání, později se však sám alkohol stává příčinou úzkostných a depresivních stavů, které jedince stimulují k dalšímu pití. Tato situace se často stává v ústavní léčbě, kdy je pacient v prvních týdnech depresivní a úzkostný, tyto symptomy obvykle vymizí od čtvrtého týdne léčby. (Kalina, 2003, str. 92)

1.3.3 Sociální faktor

Mezilidské vztahy jsou důležité pro zdravé formování jedince „Tyto vlivy zahrnují širokou škálu od nejobyčejnějších okolností jako je rasová příslušnost, společenský status rodiny, úroveň sociální zajištěnosti a prostředí, ve kterém jedinec žije.“ (Kalina, 2003, str. 92)

V dnešní době se stále častěji hovoří o rozpadu rodiny a nedostatku času dospělých pro mladé. Mladiství proto hledají identifikační vzory mimo rodinu, vyhledávají silné jedince nebo skupiny, ve kterých získají pocit sounáležitosti a přijetí. (Kalina, 2003, str. 92)

Dalším specifickým může být špatné využití volného času. Zejména u mladých lidí se setkáváme s trávením volného času v hostincích, kde tito mladí lidé stále častěji konzumují alkoholické nápoje. (Janík, Dušek, 1990, str. 68)

Specifická situace nastává, pokud dítě žije v rodině v těsné blízkosti se závislou osobou. Závislost rodiče na alkoholu může být tajena a místo o opilství se mluví o únavě, přepracování nebo nemoci. Život se závislým jedincem znamená žít disfunkční vztah. Jedinec, který se závislou osobou žije, může být vystavován fyzickému a emočnímu zneužívání. (Kalina, 2003, str. 93)

1.3.4 Spirituální faktor

Zde je nejdůležitějším krokem vzdát se svého „závislého Já“. Dále je to také učení pokornému naslouchání a přijetí možností, které život reálně naskytuje. Velmi časté jsou přístupy souvisejících s objevováním významu „jiných úrovní vědomí, než je konvenční na hmotnou realitu orientované vědomí,“ (Kalina, 2003, str. 93) Tyto stavy mohou přicházet spontánně, ve formě krize, nebo jsou reflektovány terapeutem v zrcadlícím empatickém rozhovoru. K navození vnímavosti pro spirituální rozměr a k aktivaci vnitřního ozdravného potenciálu lze využít mediace, jógická cvičení, relaxaci. (Kalina, 2003, str. 93)

2 Uživatelé alkoholu

Závislost na alkoholu značně ovlivňuje etylalkohol, proto budeme v úvodu této kapitoly definovat alkohol jako látku, resp. etylalkohol.

2.1 Etylalkohol

Příčina požívání alkoholu je v etylalkoholu. Etylalkohol patří mezi psychotropní látky, jsou to látky takové, které u člověka narušují nervovou činnost. (Janík, Dušek, 1990, str. 59)

Etylalkohol je připravován lihovým kvašením nebo synteticky. Nejrozšířenější způsob je alkoholové kvašení přírodních látek, jako je obilí, brambory a především různé ovoce. (J. Ehrmann, Schneiderka, Ehrmann, 2006, str. 13)

Po požití se část absorbuje do krve již v dutině ústní, dále v duodenu a žaludku. Ethanol snadno proniká do všech tělních tekutin a krví je rychle přenášen do centrální nervové soustavy. Z 90 až 98% je z těla odstraňován oxidačními procesy a z 10 až 2 % je vylučován močí, dechem, nepatrným množstvím i ve slinách žluči a potu. (J. Ehrmann, Schneiderka, Ehrmann, 2006, str. 15)

Alkohol narušuje nejvíce nervovou činnost a tím zhoršuje rozumové funkce. U člověka, který požil alkoholické nápoje, se objevuje mimo jiné i poruchu koordinace okohybných svalů a porucha vestibulárního aparátu ovlivňujícího koordinaci (Skála, 1986, str. 20)

2.2 Diagnostika typů závislosti na alkoholu

E. M. Jellinek v roce 1960 rozdělil typy závislosti dle vnitřní souvislosti do 5 základních typů:

- Typ Alfa – vyskytuje se většinou u lidí s nevyváženou psychikou, tito lidé alkoholem řeší aktuální vnitřní napětí. Po odeznění potíží odezní i nadměrné užívání alkoholu. U tohoto typu nedochází k rozvoji a vzniku závislosti na alkoholu.
- Typ Beta – nejčastěji se vyskytuje u lidí s vyšší sociální konformitou. Jedinec se nechce lišit od ostatních, takže se přidává k popracovnímu

popíjení, popíjení s přáteli na návštěvách, apod. Jedinec sám o sobě nemá potřebu pít. U tohoto typu také ještě nemusí nastat závislost na alkoholu.

- Typ Gama – má také primárně sociální charakter, podobně jako předchozí typ Beta, nicméně zde již nastává situace, kdy požívání alkoholu souvisí s vnitřním bažením. Zprvu má charakter psychické závislosti, poté přerůstá v závislost fyzickou.
- Typ Delta – jedná se především o samotářské pití. Zprvu se jedná o navození žádoucího stavu, posléze mizí schopnost základní kontroly. V důsledku utajenosti může unikat kontrole pozornosti okolí.
- Typ Epsilon – jedná se o epizodické nadměrné užívání alkoholu. Jedinec se po relativně dlouhé abstinenci opět vrací k požívání alkoholu v takové míře, že není schopen dodržet základní pravidla, většinou mizí od rodiny a propijí vše co má, jedinec je schopen se i zadlužit.

(Řehan, 2007, str. 52)

2.3 Specifika působení návykových látek u žen a mužů

Alkoholické nápoje jsou požívány zejména ze dvou důvodů – individuálních a společenských. Je možné říct, že lidé zprvu požívají alkohol čistě ze společenských důvodů, později vznikají motivace i důvody individuální. (Kvaplík, 1985, str. 30)

Návykové látky působí u žen mnohem rychleji než u mužů, je to z důvodu toho, že ženy mají menší játra. Játra žen ve větší míře metabolizují hormony. Zdravotní problémy způsobené návykovými látkami nastávají u žen dříve než u mužů. U žen bývá méně častá porucha osobnosti, za to trpí více depresemi a úzkostí než muži. Ženám záleží na tom, jak vypadají na veřejnosti před známými a přáteli, proto je u žen častější samotářské pití, kdežto mnozí muži se na veřejnosti dokáží propít až do deliria. (Nešpor, 2011, str. 55)

Většina žen, na rozdíl od mužů, se snáze dokáže odpoutat od nevhodné společnosti lidí, závislých na alkoholu či jiných návykových látkách. Specificky ženským problémem je riziko poškození plodu v těhotenství v důsledku požívání návykových látek. Kromě fetálního alkoholového syndromu dochází u dětí i k čtyřikrát častějším méně nápadným postižením, které se může projevovat nižším intelektem, poruchou chování, později i poruchou osobnosti, vyšší kriminalitě či sexuálními poruchám. (Nešpor, 2011, str. 56)

2.4 Specifika působení návykových látek u dětí a mladistvých

U dětí a mladistvých existuje vyšší riziko těžkých otrav plynoucí z nižší tolerance. Děti a mladiství mají menší zkušenost s danou látkou, je u nich typický sklon k riskování. V tomto období se projevuje vyšší riziko nebezpečného jednání pod vlivem dané látky. Závislost na návykové látce se vytváří daleko rychleji než u dospělých. U dospělých může závislost vzniknout během několika let, u dětí a mladistvých může závislost vzniknout i během několika měsíců. U dětí a mladistvých se můžeme setkat se zaostáváním v psychosociálním vývoji. Jedná se o oblasti vzdělávání, sebekontroly, sociálních dovedností a taky v oblasti citového vyžrání. Závislost na alkoholu narušuje v období dospívání vytváření sítí v mozkových buňkách, a to vede ke znevýhodňování dospívajících. (Nešpor, 2011, str. 53) Nešpor a Csémy (1994, str. 21) uvádí, že se dítě postupem času odděluje od rodiny, vytváří si předpoklady pro budoucí samostatný život, především v dospívání bývá tento vývoj doprovázen vzpourou. Pro mladé lidi v tomto období je velmi důležitá skupina vrstevníků, která jim může pomoci se drogám a alkoholu vyhnout, ale i naopak může představovat nebezpečí.

2.5 Specifika působení návykových látek ve vyšším věku

Ve vyšším věku se setkávám se závislostí na alkoholu méně často než u lidí ve středním věku. Mezi alkoholově závislé v mladším a středním věku značně převažují muži, ve vyšším věku se poměr mužů a žen závislých na alkoholu vyrovnává. Starší lidé se musejí vyrovnávat se ztrátou svých blízkých a přátel, mění se jejich společenské postavení, mnohdy se obávají o svůj zdravotní stav, odcházejí do domovů pro seniory. To vše může představovat značné zatížení adaptačních schopností starého člověka. (Kvaplík, 1985, str. 148)

Ve vyšším věku odolnost vůči návykovým látkám klesá. Lidé ve vyšším věku bývají dlouhodobě léčeni různými léky, např. kvůli cukrovce, srdečním nemocem, vysokému krevnímu tlaku. Tyto léky mohou způsobovat spolu s alkoholem zdravotní komplikace. Ke zdravotním komplikacím dochází mnohem rychleji než ve středním věku. Lidem ve vyšším věku se po užití alkoholu zvyšuje krevní tlak, a tím hrozí i riziko cévních mozkových příhod. (Nešpor, 2011, str. 57)

„ Pro dlouhodobou stabilizaci stavu je důležité pomoci staršímu pacientovi vytvořit fungující síť sociálních vztahů. „ (Nešpor, 2011, str. 58)

3 Alkoholová závislost v rodině

K základním funkcím rodiny patří naplňování potřeb jejích členů v oblasti psychického, sociálního, fyzického a ekonomického zabezpečení. Mezi tyto funkce dále zařazujeme uspokojivé prostředí pro podporu, socializaci a vzdělávání dětí. Problémová konzumace alkoholu v rodině může mít negativní vliv na tyto funkce. (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001, str. 4)

Alkohol se v rodině stává organizujícím principem, který umožňuje stabilitu rodiny, ovšem tato stabilita nebývá ani zdaleka uspokojivá. Nezřídka představuje závislost na alkoholu pokus jednoho člena rodiny řešit problém, který se týká celé rodiny. Závislost na alkoholu brání pružnému a tvůrčímu rozhodování, sám se stává problémem, který brzdí pokrok ve zdolávání vývojových stádiích, typických pro rodinný život. (Skála, 1987, str. 90)

Příbuzní a přátelé bývají vmanipulováni do výmluv alkoholově závislých jedinců, tyto domnělé výmluvy závislé jedince mají krýt. Přestože sliby alkoholově závislých netrvají dlouho, věří se jim. Rodina bývá postižena, když přátelé či známí nedokáží déle tolerovat důsledky alkoholizmu a začnou se osobě závislé na alkoholu a jeho rodině vyhýbat. Rodina je přímo postižena chováním závislého jedince. Členové rodiny mohou uvíznout v důsledku této nemoci a stanou se sami emočně nemocnými. (Woitzová, 1998, str. 17)

V roce 2001 byl vypracován projekt, který byl zaměřen na problémy se závislostí na alkoholu v rodině. Jednalo se o společný projekt COFACE (Konfederace organizací pro rodinu v Evropské unii) a EURO CARE. Projekt byl vypracován jako zpráva pro Evropskou unii. Na základě dánských a finských odhadů bylo v rámci projektu zjištěno, že 4,5 milionů dětí v Evropské unii žije v rodinách, které jsou negativně ovlivňovány alkoholovou závislostí rodiče či rodičů. Nicméně autoři poukazují na to, že tento údaj vychází z dánského lékařského výzkumu a je třeba ho brát jako údaj, který je založen více na společenském pohledu. Skutečná čísla dětí žijících v takto problémových rodinách mohou být mnohem vyšší. (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001, str. 10)

Mnoho studií vypracovaných v rámci projektu poukázalo na fakt, že děti žijící v rozvrácených nebo v nestandardních rodinách (chybí zde jeden z rodičů) mají větší sklon k užívání drog, alkoholu a kouření cigaret. (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001, str. 13)

Alkoholová závislost má vliv i na rozvodovost, ve Velké Británii se odhaduje, že v jedné ze tří žádostí o rozvod je alkohol determinujícím faktorem. Ve Francii je alkohol determinující faktor mnoha společenských problémů, od problémů v zaměstnání až po kriminální chování. V Nizozemsku bylo zaznamenáno až 30% případů násilí vůči partnerkám či manželkám, kdy byl násilník v době činu pod vlivem alkoholu. (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001, str. 19)

Děti rodičů závislých na alkoholu byly předmětem mnoha studií v řadě zemí. Jednotlivé studie soustavně ukazují na zvýšené riziko problémů dětí. U těchto dětí se může vyskytovat agresivní chování, hyperaktivita, psychosomatické poruchy, noční pomočování, deprese. V rámci školy mohou mít problémy s učením, špatné soustředění, špatný prospěch, a mnoho dalších problémů. (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001, str. 24)

Závěr tohoto projektu poukazuje na nutnost zřízení speciálních kampaní, které budou zaměřeny na boj proti závislosti na alkoholu. Úkolem národních vlád se stává realizování promyšleného celostátního postupu, který povede ke snižování problémů souvisejících s alkoholem. Dále je to snaha zajistit, aby národní vzdělávací programy o alkoholu nabízely informace nejen o alkoholu a škodách, které působí na zdraví jedinců, ale také o alkoholu jako potenciálním společenském problému, který narušuje zejména rodinné vztahy. (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001, str. 72)

3.1 Význam rodiny pro dítě

Výchova dětí není jednoduchá věc, kterou hravě zvládne každý z rodičů. Jedná se o dovednost, k níž někteří rodiče mají přirozené vlohy, ostatní se jí musí naučit. Rodinní terapeuti navzájem souhlasí s tím, že sami rodiče potřebují umět dvě základní schopnosti - být ke svému dítěti laskaví, ale přitom přísní. Rodič by měl umět obě tyto schopnosti používat ve správnou chvíli, aby si z toho děti odnesly co nejvíce do jejich zdárného osobního vývoje. (Lovasová, 2006, str. 16)

Rodina má pro dítě rozhodující význam v rozvoji jeho osobnosti, a to především v oblasti sociální, duševní a tělesné. Dítě si do určité míry vytváří svůj vlastní vnitřní obraz světa, tento obraz do jisté míry odpovídá tomu, jak vychovatelé či rodiče dítěti předkládají realitu a jak ho do této reality uvádějí. Rodina teda pro dítě může znamenat určitý mikrosvět, ve kterém si dítě osvojuje návyky, dovednosti, základní vzorce chování a strategie, které jsou důležité pro jeho orientaci ve společnosti, zejména pak v interpersonálních vztazích. Pro

zajištění optimálního vývoje dítěte, by měla rodina uspokojit jeho základní potřeby. Jedná se o potřeby sociální, psychické, biologické a vývojové. (Lovasová, 2006, str. 7)

Mezi biologické potřeby zařazujeme řádnou výživu, čisté prostředí, teplo. Psychosociální potřebou je láska, pocit bezpečí, dostatek podnětů pro osobní rozvoj, vědomí o své identitě, potřeba mít otevřenou budoucnost. Vývojové potřeby souvisí s vývojovými kroky, tyto jednotlivé kroky umožňují a usnadňují člověku osobní růst. (Zelená, Klégrová, 2006, str. 7)

3.2 Děti rodičů závislých na alkoholu

Vyskytuje se mnoho dětí, které jsou postiženy tím, že žijí v rodině, kde se objevuje závislost na alkoholu u jednoho nebo u obou rodičů.

Dítě může na alkoholovou závislost v rodině reagovat rozličně. Může se stát rodinným hrdinou, který přebírá nároky za problémového rodiče, což přirozeně přesahuje možnosti dítěte. V dospělosti toto dítě může trpět pocitem méněcennosti, i když se po vnější stránce jeví celkem úspěšné. Dalším případem může být dítě „ztracené“, takové dítě bývá uzavřené do sebe, málo komunikativní, které si žije ve vlastním světě. Opakem může být dítě klaun. Toto dítě se snaží v rodině vyvolávat veselí, a tím odvádět pozornost od problému. Nicméně dítě na sebe může upozorňovat i jako „černá ovce“, zlobí, je u něj patrné delikventní chování, čímž se také snaží odpoutat pozornost od problému v rodině. (Nešpor, 2011, str. 85)

V rodinách s výskytem alkoholové závislosti nastávají situace, kdy jsou zájmy a potřeby dítěte zanedbávány. Dítě v takové rodině trpí nedostatkem pozitivní komunikace, je ignorováno, jsou přehlíženy jeho ambice a přání. Dítě může cítit neustálý strach, může si vzít vinu na sebe, stejně tak ale může získat pocit zklamání. Pro tyto děti bývá častá úzkost, nedostatečné sebehodnocení a deprese. Nedbalý postoj k dětem může předurčit poruchy jejich psychického zdraví, problém s komunikací, vzděláváním, může vést i k rozvoji delikvence a k jiným negativním jevům. (Gudžinkienė, Gedminienė, 2011)

Pokud v rodině dojde k narušení vztahů mezi rodičem a dítětem, kdy ze strany rodičů je jasný nezáměr a zanedbávání dítěte, jak po stránce psychické tak fyzické, může u dítěte vzniknout deprivacní či subdeprivacní syndrom. V případech, kdy dochází nejen k zanedbávání, ale i k týrání, může nastat u dítěte syndrom CAN. (Zelená, Klégrová, 2006, str. 27)

3.2.1 Syndrom CAN

Syndrom CAN je v anglosaské literatuře obecně označován Child Abuse and Neglect. Tímto syndromem bývá označován týrané, zneužívaný a zanedbávaný dítě. Jedná se tedy o soubor negativních důsledků špatného zacházení s dítětem. Tyto příznaky mohou vznikat v důsledku aktivního ubližování, ale také z nedostatečné péče, kdy nejsou životní potřeby dítěte uspokojované. Dítěti je nejčastěji ubližováno ze strany rodičů, nebo ze strany dalších členů rodiny. Toto zneužití můžeme chápat jako zneužití psychické nadřazenosti či fyzické síly a moci dospělého nad závislým a podřízeným dítětem. (Sedláková, a kol., 2010, str. 13)

Riziko týrání dětí je zvýšeno v rodinách, ve kterých jsou vztahy mezi jednotlivými členy narušené. Osoby v těchto rodinách spolu dostatečně nekomunikují, nejsou schopni řešit problémy, převažuje nespokojenost a napětí, chybí zde vzájemná podpora. Problémy bývají řešeny násilným způsobem. Agrese vůči dítěti může být jedním z projevů nakumulovaného napětí, což právě vyplývá z neschopnosti rodiny řešit problémy. (Sedláková, a kol., 2010, str. 15)

3.2.2 Fetální alkoholový syndrom

Jak jsme již v předchozí kapitole uvedli, děti mohou trpět i tzv. fetálním alkoholovým syndromem, pokud jejich matky v době těhotenství požívají v nadměrné míře alkohol.

Alkohol volně prostupuje placentární bariérou a v krvi plodu může dosahovat vyšší hladiny než u samotné matky. Alkohol byl zjištěn v dechu právě narozených dětí, v pupečnickové krvi, a ve tkáních mrtvě narozených dětí. Sedmý měsíc těhotenství je období nejrychlejšího růstu mozku dítěte, vysoká koncentrace alkoholu v tomto období nepříznivě působí na CNS, vývoj intelektových funkcí a v budoucnu zavinit poruchy chování. (Skála, 1987, str. 101)

4 Následky užívání alkoholu

Soužití s jedincem, který je závislý na alkoholu přináší do rodinného systému a jeho funkcí plno negativních jevů, které mohou mít dopad nejenom na děti, ale i na společnost. I jedinec sám je ohrožen a to jak psychicky tak zdravotně.

4.1 Sociální dopad

Jednání pod vlivem alkoholu neumožňuje přirozenou, normální komunikaci intoxikovaného jedince s ostatními rodinnými příslušníky. Alkohol negativně ovlivňuje situaci v rodině i v době, kdy jsou všichni střízliví. Zkresluje správnou představu rodičovské role a tím narušuje identifikaci dítěte s daným rodičovským modelem. Nicméně alkoholová závislost jednoho z rodičů nemusí vždy ovlivňovat negativně chod rodiny, v takových případech je zapotřebí, aby druhý z rodičů byl dostatečně silnou osobností, zvládl zajistit chod domácnosti a zdárně vychovával děti. Ovšem takových rodin je velmi málo. (Lovasová, 2006, str. 15)

Rodina se může přímo nebo nepřímo podílet na vzniku a rozvoji závislosti některého člena rodiny. Rodina však může rozvoji závislosti předcházet a pomoci závislému členu rodiny překonat jeho problém. (Nešpor, 2011, str. 58)

4.1.1 Ztráta meziosobních a mezigeneračních vztahů

Problémové pití často mění role členů rodiny vůči sobě navzájem, ale i k okolnímu světu. Stane-li se člen rodiny závislý na alkoholu, může se díky tomu zhroutit dosavadní rozdělení práce. Tento problémový rodič často přestává plnit svoji funkci živitele rodiny, nedohlíží na děti a nepodílí se na péči o ně, ztrácí zájem podílet se na domácích pracích a rekreačních aktivitách. Tyto funkce nejsou naplněny vůbec, nebo přechází na jiného člena rodiny, především partnera. Nastávají i situace, kdy tyto povinnosti převezme nejstarší dítě v rodině, například při výkonu domácích prací. (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001, str. 17)

V rodinách, kde se vyskytuje návykový problém jednoho z rodičů, může docházet k tomu, že se rodič s návykovou nemocí dostává do pozice zlobivého dítěte, a naopak dospívající dítě přebírá rodičovskou roli a uzavírá pomyslnou koalici s druhým z rodičů. V takovém případě je důležité překonat návykový problém, je důležité, aby problémový rodič opět převzal své přirozené role a posílil si svou autoritu. Dobré rozdělení úkolů a rolí s jasně stanovenou odpovědností povede k posílení zdravých hranic v rodině. (Nešpor, 2011, str. 83)

4.1.2 Patologická rovnováha

V rodinách, kde se vyskytuje závislost na alkoholu, existují vztahy „něco za něco“. Pití jednoho partnera je tolerováno tím, že druhý z manželů má mimomanželský vztah, trpí duševní nemocí, má závislost na jiné návykové látce. Zkrátka dělá něco jiného, co by mu pijící partner za normálních okolností netoleroval. Tyto typy vztahů jsou obzvláště destruktivní. (Nešpor, 2011, str. 84)

4.1.3 Náhradní rodinná péče

Jako důsledek alkoholové závislosti může být odebrání dítěte z rodiny. Tato situace nastává v okamžiku, kdy si rodiče nejsou schopni plnit své funkce a vychovávat své dítě.

Nejvíce dětí v náhradní rodinné péči je z rodin matek závislých na alkoholu. U takových dětí se projevují poruchy sociální adaptace a deprivací projevy. (Kunda, 1988, str. 89)

Děti žijící v pěstounské, ústavní nebo adoptivní péči mají společné to, že ztratily své biologické rodiče, nebo jsou od svých biologických rodičů odloučeny. Mnoho z těchto dětí, má zkušenost s tím, že byly svými rodiči odmítány, zneužívány a zanedbávány. Děti v náhradní rodinné péči mají často biologické rodiče, kteří nedokáží chápat chování a potřeby druhých, co se týká jejich pocitů, myšlenek, tužeb. Někteří z těchto rodičů si nesou nevyřešené problémy ze svých vlastních zážitků rodinné výchovy, tyto negativní emocionální reakce mohou být právě vyvolávány jejich vlastními dětmi. (Cameron, Magin, 2012, str. 40)

4.1.4 Osvojení

Při osvojení přijímají jednotlivci či manželé z hlediska práva dítě za své vlastní, a tím získávají plnou rodičovskou zodpovědnost. Osvojením vzniká mezi osvojence a osvojitele vztah jako mezi rodičem a dítětem. Veškerá práva a povinnosti mezi osvojencem a jeho původní rodinou zanikají. Ze zákona jsou osvojitelé zapsáni do matriky, dítě tím získá příjmení jeho nových rodičů. Mezi osvojencem a osvojitelem by měl být věkový rozdíl menší než 16 let. Rozhodnutí o osvojení podává soud. Před soudním rozhodnutím o osvojení musí být dítě v péči osvojitele po dobu 6 měsíců. Po tuto dobu hradí náklady péče sám osvojitel. V současnosti lze osvojit i zletilého, pokud tato skutečnost není v rozporu s dobrými mravy (Adopce, 2010)

4.1.5 Pěstounská péče

Pěstounská péče je jednou z forem náhradní rodinné péče, kdy pěstoun o dítě pečuje a je zodpovědný za jeho výchovu. Z hlediska právního vzniká mezi pěstounem a dítětem takový vztah, jako mezi rodiči a dítětem. Pěstoun zastupuje dítě v běžných věcech, k mimořádným záležitostem musí pěstoun požádat o svolení zákonného zástupce, nebo soud. Tato forma náhradní rodinné péče je státem podporována. Stát pěstouna podporuje dávkami, které slouží k zajištění hmotného zabezpečení dítěte. Samotnému pěstounovi náleží adekvátní odměna, za péči o dítě. Pěstoun je povinen podporovat styk dítěte s jeho biologickými rodiči a blízkou rodinou. Od 1. ledna 2013 je v platnosti novelizovaná právní úprava, která se vztahuje k pěstounské péči na přechodnou dobu. Jedná se o dobu, po kterou nejsou biologičtí rodiče schopni vychovávat své dítě. Jedná se zejména o dobu, kdy rodiče jsou ve výkonu trestu, ze zdravotních důvodů, atd. O svěřeni dítěte do přechodné péče rozhoduje soud na základě návrhu orgánu sociálně právní ochrany dětí. Pěstounská péče na přechodnou dobu trvá nejdéle rok. (Adopce, 2010)

4.2 Zdravotní a psychické dopady

V roce 2007 v souvislosti s alkoholem činily přímé zdravotní náklady ze zdravotního pojištění částku 2,6 mld Kč. Téměř třetina z těchto nákladů 32,6% se týkala kardiovaskulárních onemocnění, 23,9 tvořila nádorová onemocnění, 26 % nákladů bylo vynaloženo na poruchy způsobené samotným užívání alkoholu, 11,1% se týkalo neuropsychických onemocnění, především se jednalo o zhoršení epileptických stavů, zbytek nákladů souvisel s onemocněním trávicího traktu. (Zábranský, 2011, str. 22)

V přepočtu na dny strávily osoby ve zdravotnických zařízeních celkem 997 394,2 dní v důsledku onemocnění přiřaditelných alkoholu, nelegálním drogám a tabáku. Pokud se jedná o alkohol, více než čtvrtina hospitalizací (28,2 %) souvisela s kardiovaskulárním onemocněním, o něco méně (26,4 %) souvisela s nádorovým onemocněním, 14,6% dní strávených v hospitalizaci bylo v rámci léčby závislosti na alkoholu, 13,4% bylo v důsledku onemocnění zažívacího traktu a posledních 12,2% hospitalizačních dní se týkalo epileptických stavů, které plynuly ze závislosti na alkoholu. (Zábranský, 2011, str. 58)

V roce 2010 byl prováděn odhad a následná analýza, která se zabývala konzumací alkoholu a jeho vlivem na úmrtnost v ČR. Výsledky tohoto výzkumu poukazují na fakt, že požívání alkoholu má největší vliv na onemocnění trávicího ústrojí, jedná se zejména o

cirhózu a fibrózu jater, způsobuje ostatní chronické záněty jater a jícnu. Konzumace alkoholu způsobuje 80% úmrtí mužů a přes 60% úmrtí žen na výše uvedené příčiny. (Kohoutová, 2013, str. 20)

4.2.1 Akutní intoxikace

V rámci akutní intoxikace se dají prokázat jasné známky aplikace látky v blízké minulosti. Akutní intoxikace bývá hlavní diagnózou v případech, kdy se neprokáže např. škodlivé užívání látky či závislost na ní. (Nešpor, 2011, str. 24) Příznaky a znaky akutní intoxikace odpovídají typickým účinkům požití návykové látky. Na její podobu má vliv, velikost dávky, způsob požití látky, tělesné či duševní onemocnění i tělesná konstituce. (Kalina, 2003, str. 290)

Při těžší opilosti může u jedince docházet ke vzniku tzv. alkoholových okének. Jedná se o stav, kdy si jedinec nepamatuje určité momenty v době, kdy byl pod vlivem alkoholu. (Janík, Dušek, 1990, str. 68)

Alkoholová intoxikace může končit kómatem, aspirací zvratků, depresí dechového centra (Kalina, 2003, str. 296)

Centrálně popisnou charakteristikou syndromu závislosti na alkoholu je silná touha přijímat alkohol. Přijímání alkoholu má pro jedince přednost, než jiné jednání, které bylo pro něj kdysi mnohem více cenné. Člověk takto jedná z důsledků psychických, kdy mu touha po alkoholu nedovoluje správný úsudek. (Nešpor, 1999, str. 10)

4.2.2 Delirium tremens

Na vrcholu závislosti na alkoholu se objevuje delirium tremens. Jedná se o nejobávanější a nejčastější alkoholickou psychózu. (Skála, 1987, str. 68)

Delirium tremens postihuje převážně muže, především starší 40 let a pak ty, kteří pijí déle než 10 let. Vznik deliria tremens určuje předchozí tělesná a duševní zátěž, jako jsou předchozí horečnatá onemocnění, úrazy či nucené vysazení pití alkoholu, např. při pobytu v nemocnici. Při lehké formě deliria tremens se u pacienta objevuje podrážděnost, třesy, nespavost, pocení, mírná časová dezorientace. Těžká forma deliria tremens je doprovázena zastřeným vědomím, smyslovými přeludy, velkou úzkostí, zrychlenou srdeční činností, pocením. V jedné třetině případů předchází deliriu tremens epileptický záchvat. Stav deliria

tremens nastupuje po 3 – 4 dnech nucené abstinence, trvá v rozmezí od 4 do 8 dnů. Vzpomínky na tento stav jsou pro jedince mlhavé. (Kvapilík, 1985, str. 163)

4.2.3 Amnestický syndrom

Syndrom je sdružený s výrazným chronickým zhoršením krátkodobé paměti. (Nešpor, 2011, str. 25) Pacient si dokáže vzpomenout jen na část z položek, které dostal za úkol zapamatovat si. Pacient si některé z položek nedokáže vybavit ani za pomoci nápovědy. Objevují se konfabulace, pacient uvádí položky, které mu prokazatelně nebyly zadány k zapamatování. Uvedeným nepravdivým položkám sám pacient věří, a považuje je za správně uvedené. Paměť je tedy postižena jak v ukládání informací, tak i ve vyvolání paměťových stop. (Ústav patologické fyziologie, 2013)

4.2.4 Korsakova psychóza

Může se objevovat nepodmíněně v průběhu závislosti na alkoholu, nebo jako vyústění probíhajícího alkoholického deliria. Korsakova psychóza má za následky poruchy paměti na nové zážitky, nálada jedince je z počátku bližší euforii, později jedinec ztrácí zájem o okolí. V somatické oblasti jsou nápadné změny na periferních nervech s trofickými změnami – cévy dolních končetin nejsou dostatečně vyživovány vlivem nadměrného užívání alkoholu. (Skála, 1987, str. 71)

4.2.5 Disociace

Disociace je jednou z forem psychologické reakce na určitou traumatickou situaci. (Procházka, 2011, str. 19) Mnohé disociace mohou být jen dočasné. Své vytěsněné pocity můžeme uvolnit, jakmile pomine situace zátěžová a nastane situace příjemná. Čím déle však emocionální stres a zátěžová situace trvají, nebo se i přiošťují, o to těžší je pociťovat to, co jsme na přechodnou dobu potlačili – vytěsnili. Za určitých okolností je potřeba delšího časového odstupu od situace, která stres vyvolala, aby se člověk mohl opět cítit duševně integrovaný. (Ruppert, 2008, str. 28)

Procházka (2011, str. 13) popisuje z vlastní praxe několik příkladů disociace u pacientů závislých na alkoholu. Jejich závislost na alkoholu odstartovala určitá životní událost.

Příklad: Jednomu z pacientů zemřela při autonehodě partnerka, on sám byl při autonehodě spolujezdcem. Tato situace s následným pocitem viny vedla k tomu, že začal pít,

aby tím redukoval pocit viny. Následkem daného traumatu se stal rigidní osobností s úzkostnými projevy. Pacient tyto prožitky umocňoval pitím alkoholu, čímž sám prohluboval bludný kruh. (Procházka, 2011, str. 13)

Dalším příkladem je pacientka, která byla v dětství svým otcem sexuálně traumatizována a zneužívána. V období rané adolescence bydlela ve squatu s mužem, který ji také zneužíval. Dívka se stala závislá na pervitinu a alkoholu. Alkohol pro dívku sloužil jako kompenzační mechanismus traumatických prožitků, pocity beznaděje, bezmoci a zrady. Pervitin fungoval jako stimulující a regulující prvek, který ji aktivoval a umožňoval tyto prožitky a negativní myšlenky vyvracet. (Procházka, 2011, str. 13)

5 Léčba alkoholové závislosti

Alkoholová závislost je jev trvalý. Provází jedince od prvních příznaků, které jsou typické pro alkoholovou závislost, až do konce života jedince. Jedinec závislý na alkoholu by měl znát sám sebe co nejdokonaleji, poučení o své chorobě by měl přijímat co nejochotněji a pravidlům, které z tohoto poučení vyplívají přizpůsobit svou životosprávu trvale a soustavně. (Kvaplík, 1985, str. 33)

Cíl léčby jedinců závislých na alkoholu je změna, která přináší zlepšení kvality života a zdraví na nejvyšší možnou míru. (Kalina, a kol, 2003, str. 97)

Je skutečností, že z různých důvodů se řeší pouze malá část problémů závislých jedinců, a taky jen část jedinců závislých na alkoholu se účastní léčení. Mnozí problémoví konzumenti alkoholu léčebné programy nevyhledávají, většina z nich se snaží přestat s alkoholem nebo omezit pití svépomocí. (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001, str. 41)

5.1 Primární úroveň služeb

V rámci léčby alkoholové závislosti je vhodné rozdělit služby poskytované jedincům na primární, sekundární a terciální úrovni.

Mezi primární úroveň zahrnujeme týmy primární zdravotnické péče, některé z nevládních organizací a osobní sociální služby. Úroveň sekundární tvoří specializovaná zařízení pro léčbu závislosti na alkoholu a psychiatrická lůžková oddělení a ambulance. Mezi hlavní úkoly pracovníků primární péče patří rozpoznat u jedince problémy s alkoholem, mít patřičné vědomosti o typu pomoci jedinci a jeho rodině, vědět kdy a kde hledat odbornou pomoc, poskytovat jedinci dlouhodobou podporu před speciální léčbou, během ní a i po jejím skončení. (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001, str. 41 - 42)

5.2 Sekundární úroveň služeb

Mezi hlavní úkoly pracovníků sekundární péče patří poskytování specializovaných znalostí a rad pracovníkům pracujícím na primární úrovni. Pracovníci sekundární péče mají dále za úkol poskytnout specializovanou léčbu a péči. Tito pracovníci provádějí celkové lékařské a psychiatrické vyšetření, intenzivní sociální podporu a v nutných situacích i hospitalizaci. (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001, str. 41 - 42)

5.3 Terciární úroveň služeb

Pod terciární úrovní služeb rozumíme předcházení trvalému či vážnému sociálnímu a zdravotnímu poškození z důsledku užívání alkoholu a jiných návykových látek. Terciární služba se snaží o resocializaci či sociální rehabilitaci u jedinců, kteří prošli léčbou vedoucí k abstinenci. Zaměřuje se také na individuální a skupinové poradenství, rodinné poradenství a prevenci relapsu. (Kalina a kol., 2003, str. 147 – 148)

5.4 Ústavní a ambulantní léčba

Závislý jedinec má možnost léčby formou ústavní či ambulantní služby. Záleží na jeho rozhodnutí a motivaci se ze závislosti na alkoholu léčit.

5.4.1 Ambulantní léčba

V rámci ambulantní péče se jedná o široké spektrum nabízených služeb. Mohou mít charakter poradny na vysoké škole, pedagogicko-psychologické poradny, poradny pro rodinu, psychiatrické či privátní psychologické ordinace. Zřizovatelem může být kraj, vysoká škola, Charita, soukromá osoba či stát. Klient do ambulantní péče dochází, konzultace s poradce je časově vymezena. Úkolem poradce je specifické naladění na každého konkrétního klienta a na jeho určitý problém. (Řehan, 2007, str. 106)

Tato léčba je vhodná pro dostatečně motivovaného jedince, který netrpí psychickými či fyzickými potížemi. V rámci této léčby se klient pohybuje ve svém přirozeném prostředí. Ambulantní léčba nevyžaduje pracovní neschopnost, klient tedy ambulantní léčbu může navštěvovat před nebo po své práci. Nicméně pokud jedinec i přes svou snahu dále požívá alkohol, je pro něj lepší léčba ústavní. (Alkoholik, 2010)

5.4.2 Ústavní léčba

Ústavní neboli lůžkovou péči rozumíme práci profesionálů především psychologů na lůžkovém oddělení. Ústavní péče oproti péči ambulantní poskytuje v podstatě větší časový prostor, dává možnost sledovat jednání nemocného v průběhu celého dne. Psychologové zde využívají informace dalších členů terapeutického týmu, má rovněž k dispozici nálezy klientů z celé řady specializovaných vyšetření. (Řehan, 2007, str. 113)

Ústavní léčba je vhodná pro jedince trpící psychickými a fyzickými potížemi. Je určena jedincům, kteří léčbu ambulantní nezvládají, nespolupracují a opakovaně porušují

svou abstinencí. V některých zařízeních je délka ústavní léčby pevně stanovena, většinou to bývají 3 měsíce. Jinde může léčení trvat individuální dobu s ohledem na psychický a tělesný stav pacienta. Ústavní léčba se skládá z několika částí, jako jsou např. psychoterapie, rodinné a manželské terapie, relaxační techniky pro zvládnutí stresu a nepříjemných duševních stavů, psaní deníku, pracovní terapie, odborné přednášky. (Alkoholik, 2010)

5.5 Peer programy primární péče na školách

Důležitou součástí v rámci užívání návykových látek je prevence u dětí a mladistvých. Jednou z vhodných metod prevence jsou tzv. peer programy.

Peer programy připravují žáci 9. tříd základních škol. Cílem je vytvořit určitou síť pomoci dětem, které mají problémy se zařazením do kolektivu. Program je dále zaměřen na děti, které se neumí bránit tlaku vrstevníků, a taky těm dětem, které jsou ohroženy z hlediska užívání návykových látek, a šikanou. Děti si v rámci programu zformují představu o zdravém životním stylu, získají informace jak řešit problémy týkající se šikany, a taky získají informace na koho se obrátit v případě ohrožení sociálně patologickými riziky. (Pedagogicko psychologická poradna Plzeň, 2009)

5.6 Svépomocné skupiny

Svépomocné skupiny mohou klientovi v zásadě pomoci s navozením pocitu rodinné sounáležitosti. Klientům, kteří mají v současnosti rodinné problémy, nebo tento pocit rodinné sounáležitosti nezaznamenávají, mohou svépomocné skupiny nabídnout určitým způsobem náhradní rodinu. V této náhradní rodině se klient může podělit o své problémy, aniž by byl vystaven výčitkám nebo kritice. Ovšem to, ale neznamená, že by se jedinec měl vyhýbat rodinným otázkám. Svépomocné skupiny mohou klientovi nabízet vzorové situace, jak efektivně řešit záležitosti týkající se rodiny. (Millerová, 2011, str. 239- 240)

5.6.1 Anonymní alkoholici

Zakladateli Anonymních alkoholiků jsou Wall Street Bill Wilson a lékař Dr. Bob Smith. Koncepce programu Anonymních alkoholiků spočívá v tom, že si jedinci alkoholově závislí pomáhají navzájem, zejména tedy během stresových situací. V prvních letech rozvoje tvořili okruh těchto vzájemně si pomáhajících jedinců převážně muži se střední vrstvy s vysokoškolským vzděláním. Anonymní alkoholici se stali největší svépomocnou skupinou

ve Spojených státech. Díky nim se inspirovali i mnohé další svépomocné skupiny, např. Al-Anon, Emotions Anonymous. (Millerová, 2011, str. 240 - 241)

5.6.2 KLUS

KLUS představuje Klub Lidí Usilujících o Střízlivost. Byl založen v 50 letech doc. MUDr. Jaroslavem Skálou. Bratrský havlíčkobrodský KLUS byl založen v roce 1973, postupem času vznikají i další bratrské skupiny např. KLUS Svitavy, nebo KLUS Pardubice. Všeobecně tento klub sdružuje lidi závislé na alkoholu, drogách, a hracích automatech, kteří si vzájemně pomáhají. KLUS vydává svůj vlastní časopis s názvem Abstinence. V současné době je KLUS podporován na Klinice adiktologie 1. LF UK v Praze. (Klub Lidí Usilujících o Střízlivost, 2015)

PRAKTICKÁ ČÁST

6 Průzkum

Průzkum je dále členěn do několika kapitol. Nejprve jsme definovali cíl průzkumu, po té je v bakalářské práci popsána zvolená metodologie pro získávání dat, je zde i uvedena cílová skupina analýza dat, samotná případová studie a závěr.

6.1 Cíl průzkumu

Cílem praktické části je popsat do jaké míry byli ovlivněni dotazovaní respondenti, jejichž rodiče byli závislí na alkoholu.

Cíl praktické části je popsat:

- celkový vývoj respondentů (jednotlivá vývojová období respondentů)
- vztahy respondentů s blízkými (spolužáky, kamarády, rodinou)
- sociální a ekonomickou situaci v době, kdy vyrůstali v rodině s rodičem (rodiči) užívající alkohol (finanční zajištění rodiny, společné trávení volného času – výlety, pomoc s psaním úkolů do školy, ...)
- nynější fungování respondentů ve společnosti (nynější vztahy se společností, vztahy s rodinou – rodiči)
- navazování partnerských vztahů respondentů

6.2 Zvolené metody získávání dat:

Data byly získány polostrukturovaným interview, kdy jsme si předem připravily otázky, podle kterých bylo polostrukturované interview vedeno. Další použitou metodou byla metoda pozorování.

Pozorování je součástí mnoha výzkumů kvalitativního charakteru. Chování a jednání lidí jsou cílem téměř každého zkoumání, které se týká skupiny nebo jedince. Rozhovory obsahují zpravidla směs toho, co je, a také to, co si o tom respondent myslí. Oproti tomu je zde pozorování, v rámci kterého se snažíme zachytit a zjistit, co se skutečně děje. Schopnost pozorovat, se stejně tak jako schopnost vést rozhovor, užívá i při každodenních činnostech. (Hendl, 2005, str. 191)

Rozhovory byly prováděny na místech, kde se cítí respondenti dobře. Byla to místa respondentům známá. Rozhovory byly zaznamenávány na diktafon, a po té přepsány.

Interview lze rozdělit do několika fází, nicméně pro tazatele nemusí být jejich dodržování relevantní. Nejdůležitější je se přizpůsobit potřebám a konkrétní situaci dotazovaného, a zvolit mu vyhovující tempo a styl. (Miovský, 2006, str. 163)

„Zásady pro vedení interview:

- 1) Zajišťujeme důkladnou přípravu a nácvik provedení rozhovoru.
- 2) Účel výzkumu určuje celý proces interview.
- 3) V interview máme vytvořit rámec, v němž se bude moci dotazovaný vyjadřovat pomocí svých vlastních termínů a svým vlastním stylem.
- 4) Vytváříme vztah vzájemné důvěry, vstřícnosti a zájmu. Jsme citliví k pohlaví, k věku a kulturním odlišnostem dotazovaného.
- 5) Při přípravě a provedení rozhovoru si uvědomujeme, že otázky v rozhovoru nejsou totožné s výzkumnými otázkami.
- 6) Otázky formulujeme jasným způsobem, kterému dotazovaný rozumí.
- 7) Klademe vždy jenom jednu otázku.
- 8) Otázky doplňujeme sondážními otázkami.
- 9) Dotazovanému dáváme jasně na vědomí, jaké informace požadujeme, proč jsou důležité a jak interview postupuje.
- 10) Nasloucháme pozorně a odpovídáme tak, aby dotazovaný poznal, že o něj máme zájem. Necháváme dotazovanému dostatek času na odpověď.
- 11) Udržujeme si neutrální postoj k obsahu sdělovaných dat. Sbíráme data, ale neposuzujeme osobu.
- 12) Jsme pozorní a citliví k tomu, jak je dotazovaný rozhovorem ovlivněn a jak odpovídá na různé otázky.
- 13) Zohledňujeme časové možnosti dotazovaného.

14) Jsme reflexivní, sebekriticky monitorujeme sami sebe.

15) Po rozhovoru kompletujeme a kontrolujeme své poznámky, jejich kvalitu a úplnost. „ (Hendl, 2005, str. 172)

6.3 Průběh průzkumu

Průzkum byl realizován v měsících lednu a únoru 2015 dle výše uvedené metodologie získávání dat.

Rozhovory se uskutečnily na několika místech. Tato místa vybrali respondenti. Jednalo se o taková místa, kde se cítili dobře, místa která jim byla známá. První rozhovor byl proveden v bytě dotazované respondentky, další dva rozhovory proběhly v Dětském domově v Olomouci, předposlední z rozhovorů proběhl na jedné z fakult UP Olomouc, poslední rozhovor proběhl na fotbalovém hřišti.

Respondenti byli před každým rozhovorem seznámeni, že jejich poskytnuté informace v rámci rozhovoru budou zpracovány pro tuto bakalářskou práci a bude zachována jejich anonymita.

6.4 Cílová skupina – respondenti

Navázání kontaktu s respondenty nebyl snadným úkolem, zvláště pak pokud tito respondenti mají vyprávět o svém životním ne příliš šťastném příběhu.

S prvními dvěma respondenty se autorka bakalářské práce setkala v rámci povinné praxe v Dětském domově v Olomouci. Navázání kontaktu nebylo nijak jednoduché, bylo třeba hledat podněty, které by směřovaly k delší konverzaci. Po delším působení v dětské domově, byli osloveni dva respondenti - klienti. Rozhovory byly vedeny na pokojích vybraných respondentů. V rámci praxe měla autorka možnost komunikace s vychovatelem, který má tyto dva klienty dlouhodobě ve své rodinné skupině. Vychovatel autorku upozornil na komplikovanější vedení rozhovoru s těmito klienty z důvodů lehké mentální retardace. Lehká mentální retardace byla prokázána u jednoho z těchto klientů, u druhého klienta bylo toto podezření také, v průběhu roku 2015 se zúčastní lékařského vyšetření, které dané podezření potvrdí či vyvrátí.

Jména respondentů jsou smyšlená. Respondentům jsme dali na výběr jiná jména, pod kterými budou v bakalářské práci uváděni.

	Věk	Student	Pracující	Místo pobytu
Karel	22	ano	ne	Pardubický kraj
Jirka	17	ano	ne	Jihomoravský kraj
Johnny	18	ano	ne	Olomoucký kraj
Anička	32	ne	ano	Olomoucký kraj
Hanka	22	ano	ne	Olomoucký kraj

Všichni respondenti žili v rodinách s výskytem alkoholové závislosti, kdy se tato závislost objevovala u jednoho nebo u obou rodičů.

Respondent Johnny:

Johnny je 18 letý student. Žije v DM v Olomouci od svých 7 let. Má 5 sourozenců, všichni jeho sourozenci bydleli spolu s Johnnym v DM v Olomouci. Johnny bydlel se svou matkou, otcem a sourozenci do jeho 5 let. Na nepříznivou situaci v rodině upozornili jeho starší sourozenci. Johnny studuje a přemýšlí o trvalém usazení v Olomouci. Jeho sourozenci v nynější době mají své vlastní rodiny, nebo pracují v zahraničí. V DM v Olomouci s ním žije jeho starší sestra Hanka.

Respondentka Hanka:

Hanka je 22 letá studentka. Žije v DM v Olomouci se svým mladším bratrem Johnnym. Hanka žila s matkou, otcem a sourozenci do 9 let, po té byla se sourozenci přemístěna do domova. Hanka stále ještě studuje, po škole si plánuje najít práci v Olomouci. Hanka ani Johnny nejsou v kontaktu se svými rodiči přes rok. Nejčastěji navštěvují svou sestru, která žije v Brně.

Respondentka Anička:

Aničce je 32 let, pracuje a dálkově studuje vysokou školu v Olomouci. Bydlí na bytě v Olomouci. Anička do 7 let vyrůstala u své babičky. Má starší sestru, která již žije se svým přítelem. Se svou rodinou se stýká zřídka. Její otec a matka jsou rozvedení. Z rodiny nejvíce navštěvuje svou babičku, která bydlí v penzionu pro seniory.

Respondent Karel:

Karlovi je 22 let, studuje vysokou školu v Olomouci. Žije se svou matkou a bratrem. Jeho matka a otec se rozvedli. Matka po rozvodu žila s několika partnery, nyní partnera nemá. Karel svého otce občas navštěvuje, mají mezi sebou dobrý vztah. Plánuje dokončit studium a pracovat v sociální sféře.

6.5 Analyzování dat

Analyzovaná data jsme vyhodnocovali metodou trsu.

Metoda vytváření trs slouží zpravidla k tomu, abychom strukturovali a seskupili určité výroky do skupin, např. dle rozlišení na základě určitých případů a jevů. Tyto jednotlivé trsy (skupiny) vznikají na základě vzájemné podobnosti mezi identifikovanými jednotkami. Tímto způsobem vznikají obecnější kategorie, které jsou charakteristické opakujícími se znaky. „Společným znakem takového trsu může být například tematický překryv, tj. když vyhledáváme ve výrocih osob všechny takové pasáže, které se týkají jednoho úzce ohraničeného tématu. „ (Miovský, 2006, str. 221)

TRSY	POLOŽKY
Vznik (propuknutí) závislosti v rodině	Dědičnost závislosti
	Občasné užívání alkoholu
Vstupování do rodinné situace ze strany příbuzenstva	Podpora prarodičů
	Nezájem
Komunikace v rodině	Jednostranná komunikace
	Komunikace formou hádky
	Vyhýbání se komunikace
Trávení volného času s rodinou	Oslavy narozenin
	Výlety

	Skupinové zájezdy
Finanční zajištění rodiny	Zajištění rodiny jedním z rodičů
	Půjčky
	Brigády dětí
Komplikace v rodině	Psychické problémy
	Žárlivost
	Fyzické útoky
	Zdravotní komplikace
	Rozvod rodičů
	Další partneři v rodině
Škola a jiná výchovná zařízení	Škola mimo místo trvalého pobytu
	Doporučení psychologa
	Doporučení studia odborného učiliště
	Dětský domov
Vztahy se spolužáky, kamarády	Bezproblémové vztahy
	Stydlivost před kamarády
	Šikana
Partnerské vztahy	Zadlužení
	Snaha nezklamat

Tabulka č. 1

Vznik (propuknutí) závislosti v rodině

Čtyři z pěti respondentů se domnívají, že jejich rodič či rodiče požívali a byli závislí na alkoholu již před jejich narozením. Jako rizikové faktory zde můžeme uvést nevhodné trávení volného času rodičů, kdy rodič tráví více času v pohostinství, dále je to možná dědičnost, kdy se závislost na alkoholu objevovala již u prarodičů. Rodiče dvou z pěti respondentů se rozvedli na základě alkoholové závislosti.

Anička: „... už když jsem byla malá tak tatka pil, a on to asi zdědil po svém tatkoví. Už v jejich rodině to bylo, jejich rodina je zátěžová na ten alkohol...“

Karel: „... já jsem vznikl omylem, když se táta opil, a tak to proběhlo, a to byla shoda náhod, že jsem se narodil...; ...občas si zašel do hospody, a občas se opil, pak se naši rozvedli a v mých sedmi letech do naší rodiny nastoupil další opravdový alkoholik...“

Vstupování do rodinné situace ze strany příbuzenstva

Dva z pěti respondentů uvedli, že do jejich rodinné situace nejvíce zasahovali prarodiče, kteří se snažili řešit nepříjemnou situaci v rodině. Jejich pomoc byla ovšem směřována především k respondentům. Respondenti u svých prarodičů hledali útěchu, porozumění. Prarodiče podporovali respondenty nejen psychicky, ale i finančně. Byli pro ně v určitých směrech oporou. Snažili se dětem vyplnit jejich volný čas, kdy rodiče na své děti neměli příliš mnoho času. Do rodinné situace se snažila zasahovat i teta, kdy sloužila jako psychická opora pro matku jednoho z respondentů. Dle zjištěných informací se setkáváme i s naprostým nezájmem ze strany příbuzenstva, kdy největší zodpovědnost na sebe převzali starší sourozenci.

Anička: „...Tak babičku beru jako máti, protože mě vychovala, že... tím pádem ty vztahy tam jsou jiný...; ...dostala jsem lásku z té druhé strany, sice ne od našich, ale byla jsem ráda, že nějaké zázemí mám u babičky a dědy, a neskončila jsem někde v ústavu jako postižená, babička se o mě starala, a i cvičila. Jenomže pak jsem se vrátila domů a tam byl nezájem...“

Jirka: „...Pak i ta teta nám pomáhala, a babička s dědou... i druhá babička... S bráchou jsme jezdili k babičce a dědovi...Babička mamce posílala vajíčka a jídlo...“

Hanka: „...jak začali být závislí, tak na všechno kašlali (rodiče), takže se o nás starali ti starší sourozenci, než ještě odešli první do domova...“.

Karel: „...strejda řekl, že tam nebude jezdit, protože ho znal z mládí a málem ho zabil...mamčin partner strejdu, když jeli ze zábavy a řídil ten mamčin partner tak byl napitej, takže strejda na to reagoval špatně. Dědečka nemám a moje babička je na tom mentálně velmi špatně, ona si neuvědomovala co se v té době dělo...“.

Komunikace v rodině

Všech pět respondentů uvedlo, že komunikace v rodině nebyla nijak jednoduchá. V rodinách se vyskytovala převážně agrese. Tato agrese byla vždy podmíněna alkoholem, kdy byl závislý rodič pod vlivem alkoholu. Dále v rodině panovaly časté hádky. Komunikaci se respondenti s tímto rodičem většinou vyhýbali, a to i v době, kdy byl rodič střízlivý.

Jirka: „... on nám vždycky jen odsekl, brácha se s ním dost hádal a pak i pozděj, to už bylo i víc...; ...když byl doma tak pak jsme ho už jen pozdravili, ale jinak nic, a brácha ten už se s ním vůbec nebavil...“.

Anička: „...Když byl taťka v pohodě tak to šlo, když v pohodě nebyl, tak jsme věděli, že v podstatě zalezem, budem si dělat svoje, tam bylo nejhorší to, že když přišel z práce tak se sbalil, neřekl ani ahoj, otočil se doma a jako by doma pro něj nikdo nebyl...“.

Karel: „...my jsme se to snažili nějak mamce naznačit, můj bratr ho od začátku do konce vztahu nenáviděl, čím si zkomplikoval vztah s mámou...Já nevím jestli jsem to v té době bral jako vyčůranost, ale snažil jsem se s ním vycházet...“.

Johnny: „... Já jsem s něma problémy neměl, až teda potom, když jsme tam jezdili tak býval agresivní (otec)...“.

Hanka: „... Tak já vždycky, když byl opilej, byl agresivní, tak jsem šla raději ven...“.

Trávení volného času s rodinou

V průzkumu bylo zjištěno, že se rodiče svým dětem (respondentům) příliš nevěnovali. Ve volném čase se respondentům věnovala babička s dědou, kteří s respondenty jezdili na výlety, plánovali oslavy narozenin a podobné akce. Byli i situace, kdy rodiče své děti na výlet vzali, nicméně všechnu zodpovědnost museli vzít respondenti sami za sebe a někdy i za ostatní děti, rodiče si našli svou vlastní zábavu, kdy se většinou bavili alkoholem. Respondenti také uvedli, že se rodiče o jejich volný čas nezajímali. Respondenti svůj volný čas trávili raději venku, kde nebyli v blízkosti rodiče.

Johhny: „...když jsme měli třeba narozeniny, tak nám nenapsali nic, a pak když měl tata narozeniny, tak pak nadával, že si na jeho narozenky nikdo nevzpomněl...“.

Hanka: „...jim to bylo všechno jedno, i kdybych přespala u kamarádky, nezajímali se vůbec...“.

Anička: „...s babičkou a dědou jsme pořád někde byli, a s našima jak to šlo, to jsme spíš měli doma psa a jezdili jsme spíš na chatu...“ ; „...nejhorší byli vodáci a lyžaři, když se jelo na zájezd, jelo se autobusem a v autobuse všichni opití, a na to že mají děcka si vůbec nebrali zřetel, a manželky když se pak šly bavit s chlapama, tak nás tam nechali děcka a postarejte se, když se něco stalo, tak vůbec nereagovali...“.

Jirka: „...dřív to sme jezdili hodně někam, na koupaliště a tak, i k moři, to bylo dobré...nás hodně brala babička s dědou na výlety...“.

Finanční zajištění rodiny

Finanční stránka rodin nebyla jednoduchá. Rodiče finance utráceli za alkohol. Tato situace se odrazila i na respondentech, kdy z důvodu finančních problémů nenavštěvovali školu. Druhý z rodičů (většinou matka) se snažil finanční situaci řešit vlastní silou, kdy se snažil pracovat přes čas. Průzkum poukazuje na fakt, že i samotní respondenti usilovali o finanční zajištění rodiny. Opět se zde setkáváme i s finanční pomocí ze strany prarodičů.

Hanka: „... tak napřed to bylo dobrý a až pak to mi bylo osm let začali být rodiče závislí na to alkoholu úplně, peníze utratili jenom za ten alkohol...ani kvůli tomu jsme moc nechodili do školy...“.

Anička: „...mamka lítala po hotelecha masírovala a dělala co mohla, protože z jednoho platu se zaplatil nájem a z druhého se musela obstarat čtyřčlenná rodina... když se to veme takhle, tak od 14 let jsme se sestrou chodily na brigády, když jsme něco chtěli...“.

Karel: „...ten druhý alkoholik... on neměl práci, měl jen nějaké brigády a vysával mámu finančně... nijak ji finančně nepomohl. V té době mamka ještě splácela půjčku na barák, kterou si vzala, takže...A do toho on sám ještě platil alimenty své dceři...“.

Jirka: „...když jsme bydleli všeci spolu tak finančně přispíval, ale jak se pak přestěhoval k babičce tak nijak. Mamka musela platit všechno sama, my sme měli něco našetřené, protože nám mamka s taťkou něco šetřili, tak z toho... teda mamka něco takového

říkala, jako že nám musí vzít nějaké peníze, co máme na účtu...“; „...S bráchou jsme třeba odjeli k babičce a dědovi a tam jsme jí pomáhali i dědovi, a ona nám za to dala třeba každému stovku nebo i víc, když měla...“; „...on pak i brácha odjel do zahraničí pracovat...“.

Komplikace v rodině

Jak jsme již výše uvedli, jeden z největších problémů v rodinách byla komunikace mezi rodinnými příslušníky. Agrese a žárlivost se vyskytovala v rodinách všech pěti respondentů. Tato agrese byla doprovázena i častými urážkami a fyzickými útoky na druhého partnera, ale i na samotné děti (respondenty). Jeden z respondentů uvedl, že jeho matka se po rozvodu s otcem provdala ještě dvakrát. Oba tito matčini partneři byli závislí na alkoholu, kdy rodinu finančně a psychicky zatěžovali. Další komplikací v rodině byl zdravotní stav respondentů, dva z pěti respondentů se narodili se zdravotním znevýhodněním. Toto znevýhodnění bylo u jedné z respondentek přehlíženo, bylo to zejména z důvodů toho, že se matka této respondentky snažila zajistit rodinu finančně, kdy se jako zdravotní sestra starala o lidi na invalidním vozíku. Rodinná situace nebyla ani v jednom z případů jednoduchá, zejména tehdy, když se druhý z partnerů snažil situaci v rodině vyřešit vlastní silou, ve výsledku, když se rodinná situace nezlepšila, pocíťoval tento partner osobní selhání, a tuto situaci nesl psychicky velmi těžko.

Karel: „...on pil už když přišel, ono to o něm bylo znát, že pije. Mamka tomu nechtěla věřit, a byl na ni hodnej...ona se prostě do něj zabouchla, a on jí slíbil, že nebude pít, jenomže pil po celou dobu toho vztahu. Vztah trval asi tři roky, na tajňačku aniž by nám to řekla, tak se s ním vdala, my sme se to dověděli den před svatbou, a už v té době jsme s tím nesouhlasili...ona se po půl roce za něj provdala, protože chtěla, aby skončily žárlivé scény, protože on žárlil na mého otce, a když byl napitej, tak měl chorobnej stav, že se mamka s mým otcem schází a mají spolu poměr...“; „...ale nikdy nebyl fyzicky agresivní, ani na mě, ani na mamku, ani na bratra, ale psychicky nás táhl ke dnu...“; „...ten druhý alkoholik pil taky, byl lepší v tom, že jakoby měl lepší vztah s náma, dokonce jsme ho víc brali, ale horší byl v tom, že neudržel korunu...“.

Anička: „...otec nezvládl to, že máti tím, že je dětská sestra, aby nás mohla uživit, tak začala dělat masáže, začala jezdit s vozíčkářema, a bývala o víkendech hodně pryč a to se mu nelíbilo, na to on žárlil...“; „...ze začátku jednou jo, to mi bylo deset... to si prostě na mě dovoľoval, byl opilej, takže nevěděl, co dělá, dal mi facku, a potom se to stupňovalo...“

Anička má: „...zanedbanou dětskou mozkovou obrnu, takže lehká mozková disfunkce, špatný záda, špatný nohy...já mám úplně zkrácenou bederní páteř, zkrácené achilovky a jednu nohu o dva centáky kratší, ale tak jsou na tom lidi i hůř, můžu být ráda, že chodím...Ortoped to tenkrát řekl, že proč se to nechalo zajít tak daleko, že jsem mohla být do dvou let věku operovaná... a smutné je, že máti je zdravotní sestra...“.

Jirka: „...mamka ze začátku říkala, že je to jen na chvíli, ale že to bude dobré, tatka má nějaké problémy, ale že se všechno vyřeší... chodil jsem do školy a myslel jsem, že to bude dobré, ale mamka pak už i brečela a taky dost zhubla, hodně ji to trápilo, asi si myslela, že se z toho tatka dostane...“.

Škola a jiná výchovná zařízení

Orgán sociálně-právní ochrany dětí a mládeže musel zasahovat do rodinné situace u dvou respondentů. Jejich rodiče neplnily své rodičovské povinnosti, děti byly zanedbávány, a jejich školní docházka nebyla pravidelná. Na základě rozhodnutí orgánu byly tyto respondenti i se svými sourozenci umístěny do Dětského domova v Olomouci. Respondenti se zdravotním znevýhodněním byli integrováni do běžných škol, kde se jejich zdravotní znevýhodnění stalo terčem posměchu. V rámci příprav na budoucí povolání měli respondenti po základní škole svobodnou volbu zvolit si další studium na školách. Jen v jednom případě respondentka uvedla, že ji rodiče i přes písemné návrhy poslali studovat na střední školu. Základní škola doporučovala této respondentce studium na středním odborném učilišti. Jen jeden z respondentů uvedl, že na základní škole měl dobré vztahy se spolužáky i s učiteli.

Jirka: „...ve škole to bylo v pohodě, tam to bylo dobré, jako nebyl jsem šprt, takže to bylo trochu horší, ale dalo se to...Ta škola byla dál od naší vesnice, takže tam to nikdo nevěděl asi...“.

Johnny: „...vím, že ségry chodily do školy, ale já prostě ne... byl jsem doma, jestli párkrát jsem byl ve školce, pak to myslím už i řešila sociálka a tak jsme se dostali do domova, na základku jsem už začal chodit v Olomouci...“; „...my jsme tak byli vždycky největší rodina tady z domova, třeba když jsem měl nějaký problém s klukama tak se mě brácha i zastal. Já bych chtěl bydlet tady v Olomouci, abych byl blízko mé rodině...“.

Karel: „...já jsem bohužel chodil na naši základní školu ve vesnici, tam jsem zažil psychickou šikanu...čtyři roky, to byl taky důvod, proč jsem zdrhnu na střední do Brna.“

Nechtěl jsem mít nic společného s místem, kde jsem bydlel. A hlavně tam už byl třetí mamčin partner alkoholik...“.

Anička: „...ve škole jsem to nezvládala psychicky a bývalo mi hodně špatně, tak potom zasahovali v tom, že proč mě posílají do školy, když zvracím, proč nejsem doma a nemám nějaké potvrzení od doktora a tak...škola se začala vyptávat...pak mě posílali k psychologovi a ten s tím nic neudělal, on věděl, že jsem byla na základce šikanována, a o to to bylo horší. Když jsem měla říct na jakém bodě se nacházím, tak jsem vždycky ukázala pod tu křivku...“; „...naši preferovali maturitu, přes to nejel vlak, a když jim škola po deváté třídě napsala, že mám jít na studijní tříletý obor a udělat si třeba nástavbu, tak naši to hodili pryč a pak si vymohli svoje...“.

Vztahy se spolužáky, kamarády

Souhrnně respondenti uvedli, že neměli příliš přátel v místě svého trvalého bydliště, nebo se svým vrstevníkům vyhýbali a stranili se jim. Toto vyhýbání pramenilo ze situace, jaká panovala v jejich rodině. Jejich rodinná situace byla v místě bydliště veřejně známá z důvodů častých hlučných hádek. A častého osobního setkání sousedů se závislým rodičem pod vlivem alkoholu. Situace na základní škole nebyla také nijak snadná. Čtyři z pěti respondentů se na základní škole setkali s psychickou šikanou, a špatnými vztahy se spolužáky na základní škole. Jen jeden z respondentů uvedl, že vztahy se spolužáky byly dobré z důvodu, že jeho spolužáci neznali jeho rodinnou situaci.

Jirka: „...musel jsem se za taťku stydět, styděl jsem se před kamošema i před sousedama, protože když jsem je vždycky pozdravil, tak oni sice taky, ale dívali se na mě úplně divně...Jako, že věděli co je u nás doma. U nás jsem nikam nechodil na akce, a i s kamošema od nás jsem se přestal bavit, kluci ze školy nic moc o taťkovi naštěstí neví, takže s něma je to v pohodě, tam se nemám za co stydět...“.

Hanka: „Někteří se nám smáli, jak chodíme oblečení, jiné kamarádky se nám snažily pomáhat...“.

Jirka: „... s klukama z učňáku se víc bavím a s něma hodně jezdíme pryč na akce, doma nejsu moc... když doma jsem tak moc nikam nechodím, jako třeba s kamošema od nás se pozdravím, ale už to není jako dřív. Jako oni asi vědí co se u nás dělo. Nikdy jsem se s něma tak o taťkovi nebavil, ale oni ho viděli a to se roznese, to i ostatní od nás si toho všimli, ani brácha nikam u nás nechodí...“.

Anička: „...Nezapadla jsem nějak do kolektivu, protože jsem byla...já jsem do čtyř roků nemluvila, pak jsem se rozmluvila a některý věci jsem nechápala nebo nevěděla... takže mentální zaostání, někdo řekl vtip nebo se na něco zeptal a mě trvalo, než jsem zvládla to pochopit...“; „...ze začátku to byly fůrky, ale pak už to bylo horší... Dobrý bylo to, já jsem šla v zimě k doktorovi, a oni mě vzali boty a já jsme musela jít domů v nazouvákách, tam si vzít tenisky a jít k doktorovi. Když jsem neměla náhradní zimní boty tak to byl problém, ale zvládlo se to. Já už jsem to brala jako fůrky, boty se stěhovaly na záchod, pak moje boty nebyly a všichni ve škole museli moje boty hledat...“.

Karel: „...Já jsem měl asistentku na té základce, která byla dcerou mé třídní, a ta třídní byla kamarádkou ředitelky. No a ta asistentka mě šikanovala, to bylo tak od čtvrté třídy do šesté třídy, my jsme si ji částečně platili, ale já jsem ji pak nechtěl, tak to jsme ji pak vyhodili, ale ta asistentka se mi pomstila tak, že to řekla ve třídě, a ty děcka ji měly právě rády.. Ona ta asistentka s náma ještě pak jezdila i na školní výlety, i když už tam neměla co dělat. To byly hodně krušný roky...“ . „...Ta asistentka mě ponižovala před třídou, věnovala se spíš děčkám než mě, když jsem potřeboval na záchod tak to byl strašný problém. Když hrála nějaké hry s děčkama ve třídě a já se chtěl zapojit, tak před všema řekla, ne ty nehraj, ty jim to zkazíš. Jsem začínal být outsiderem už od čtvrté třídy...“; „...Já jsem neměl moc přátel, tak jsem moc často ven nechodil, a když jsem někam jel, tak mě všude vozila máma, nebo jsem měl zajištěný ...“; „...abych to všechno zvládl, tak mi pomáhali přátelé ve farnosti Salesiánů, oni to byli i asistenti na táborech, a taky hodně víra. Oni jsou u nás ve vesnici. Díky nim jsem zažil neskutečné věci, kdy jsem byl aspoň trošku normálním dítětem. Jsem sice z nevěřící rodiny, ale vytvořil jsem si tady tu víru v Boha...“.

Partnerské vztahy

Dlouhodobý partnerský vztah navázali dva z pěti respondentů. Nicméně tyto vztahy jim dlouho nevydrželi. Uvedli, že se jednalo o jejich první lásky, do kterých se zamilovali. Jejich vztahy dle zjištěných informací selhaly v prvním případě na zadluženosti partnera, kdy respondentka svému partnerovi důvěřoval, avšak on ji finančně využíval, a v druhém případě vztah selhal na zdravotním znevýhodnění respondenta a snaze najít si celoživotní partnerku, která jej bude podporovat, které může důvěřovat. Musíme ovšem podotknout, že se jednalo o vztahy, které byly navázány v mladém věku, mohlo se jednat o unáhlené jednání a to právě z důvodu toho, že se jednalo o jejich první lásky.

Anička: „...Ze začátku to fungovalo no a potom...pak si našel ženskou, ona ho oblbla tak, že s ním obešla veškerý banky, a on se zadlužil na dva a půl milionu. Já jsem to potom odnesla, protože jsme se furt dohadovali. On neměl peníze na ponožky, na tam to...jeho máti už mu neměla jak pomoci, on už ani neměl sílu přispívat na nájem, no a tak jsem to víceméně táhla já, kdy jsem přispívala na nájem i z invalidního důchodu. Já jsem pak udělala největší chybu,jakou jsem mohla, byla jsem zamilovaná a půjčila jsem mu, a vytloukala to klín, klínem...“;„Já jsem to neunesla a ještě byl zadluženej, nevěděla jsem, co bude...ženská mu pak nic nesplácela, dala mu asi jen tři splátky, pak se přišlo na to, že ženská je celostátně hledaná, že má na sebe exekutory, že tak podvedla spoustu lidí. Oni se dostali do toho, že si pujčili i mezi lichvářema, tak to bylo ještě horší, pak to dopadlo tak, že lichváři chtěli peníze a já jsem měla v obálce peníze a předávala jsem je v supermarketu lichvářům, protože on nebyl schopen tam jít a jeho máti taky ne. Ty peníze co potřeboval pro ty lichváře, mu půjčil jeho brácha. Pak jsem mu řekla, že už nikdy, ani omylem...“. Nyní žije Anička sama ve svém bytě.

Karel: „Navázal jsem zatím jenom jeden, ono je trošku těžší pro mě jako pro tělesně postiženého navázat partnerský vztah. Snažím se najít partnerku, se kterou budu celý život, nechci zklamat, nechci zažít selhání, protože vím, jak to bylo u mě a nechci, aby to bylo i pak...“.

6.6 Diskuze

V rámci průzkumu mladiství popisovali svou rodinnou situaci. Jejich situace nebyla nijak jednoduchá, museli se potýkat s mnoha problémy.

V průzkumu jsme si vědomi toho, že popis situace v rodinách respondentů je citlivé téma, tudíž se mohlo stát, že některé informace nebyly kompletní. V průzkumu se věnujeme menšímu vzorku vybraných respondentů, jsme si také vědomi toho, že popis této problematiky nemusel obsáhnout všechny oblasti vývoje a fungování ve společnosti.

Průzkum poukazuje na narušení vztahové vazby mezi rodiči a samotnými respondenty. Vondráčková (2013, str. 63) uvádí, že vztahová vazba je jedno z trvalých emočních pout, které se vyvíjí již v raném dětství na základě poskytované péče hlavní vztahovou postavou. V rámci průzkumu bylo zjištěno, že se respondentům závislí rodiče příliš nevěnovali. Nejevili velký zájem o trávení volného času s dětmi, ze strany rodičů nebyl ani příliš velký zájem o prospěch svých dětí ve škole. Respondenti v průzkumu dále uvedli, že se již s rodiči nestýkají, ba ani se stýkat nechtějí. Vondráčková (2013, str. 64) dále zmiňuje typ vztahové vazby u dětí, které byly v situaci krátkého odloučení od matky. Jistá vztahová vazba u dětí se po návratu matky projevovala radostným chováním a vyžadováním tělesného kontaktu s matkou. Ovšem byla pozorována i nejistá vztahová vazba, kdy se děti chovaly odtažitě a vyhýbavě po návratu matky.

Nejčastěji se v rámci průzkumu ukázalo, že problém s alkoholem v rodině měl otec. Neplnil své rodičovské povinnosti, s dětmi čas trávil málo nebo vůbec. Dále se ukázalo, že rodinu finančně a psychicky zatěžoval. Otec v rodině hraje významnou roli, dle Lovasové (2006, str. 14) by se měli otcové stávat určitými partnery pro své dítě, být citově angažovanější a stát se přímou součástí života dítěte, a nebýt jen vnější autoritou.

Respondenti se shodují na tom, že v době výskytu závislosti rodiče na alkoholu se jejich finanční situace v rodině značně změnila. Partneři závislých jedinců se snažili tuto situaci řešit vlastní silou, zejména se jednalo o větší pracovní zatížení. Dva z pěti respondentů poukázali na fakt, že se snažili rodinu finančně podporovat i vlastní silou. Jednalo se převážně o menší brigády.

Komunikace v rodině se stávala postupem času problémovější. Respondenti se komunikaci se závislým rodičem snažili vyhýbat. Pokud došlo k interakci mezi respondentem a závislým rodičem, byla komunikace doprovázena častou agresí. V rodině se vyskytovala i

značná žárlivost, kdy závislý rodič žárlil na svého partnera. Ve výzkumu respondenti uvedli, že v rodinách panovala napjatá nálada z důvodu častých hádek, které byly doprovázeny i fyzickými útoky ze strany závislého rodiče.

Situace v rodinném prostředí měla i vliv na vývoj respondentů, a to především vývoj po stránce zdravotní. Nepříznivé rodinného prostředí, pracovní vytížení druhého partnera, časté hádky, agrese, to vše mělo dopad i na psychický vývoj.

V důsledku alkoholové závislosti byli dva z pěti respondentů umístěni do ústavní péče. Tato situace nastala zejména proto, že rodiče zanedbávali a přehlíželi vývoj respondentů. Na tento důsledek alkoholové závislosti v rodině poukazujeme i v teoretické části, kdy jsme popisovali i možnosti náhradní rodinné péče či osvojení.

Respondenti v rámci povinné školní docházky nebyli ve velké míře přijímáni svými spolužáky. Souhrnně se respondenti shodují na tom, že měli komplikované vztahy s kamarády a vrstevníky. Respondenti v průzkumu poukázali na výskyt šikany a neschopnost zařazení do kolektivu.

V rámci trávení volného času se rodiče respondentům dle výše uvedených informací příliš nevěnovali. Tato situace nastala z důvodu toho, že jeden z rodičů byl závislý na alkoholu, a druhý rodič se snažil usilovněji pracovat, aby zajistil rodinu finančně. Respondenti se tak dostávali do situací, kdy museli přebírat určité rodičovské role. Byly jim svěřovány úkoly, které museli splnit, nebo je přebírali automaticky. Situace přebírání rolí v rodině je popsána v teoretické části, v kapitole Děti rodičů závislých na alkoholu.

Vliv rodinného prostředí má významný vliv na utváření jedince, na jeho začlenění do kolektivu, na jeho sebedůvěru, možnost seberealizace a taky navazování partnerských vztahů.

7 Závěr

V rámci bakalářské práce jsme se věnovali alkoholové závislosti, respektive alkoholové závislosti v rodinách a následkům, které toto soužití v rodině představuje pro partnery (manžela/manželku) a děti závislého člena rodiny.

Cílem bakalářské práce bylo popsat stav rodin, ve kterých se vyskytovala závislost na alkoholu a nastínit nelehkou situaci dětí a mladistvých žijících v problémových rodinách. Rodiny, ve kterých se vyskytuje určitý problém, se snaží svou situaci řešit vlastní silou, nicméně to nemusí mít dobrý dopad na děti žijící v takové rodině.

V teoretické části jsme se snažili popsat závislost dle MKN-10 a DSM – IV. Byla popsána i jednotlivá stádia vzniku závislosti na alkoholu. Užívání alkoholu má neblahý vliv na dospělé jedince, o to hůře působí požívání alkoholu v mladistvém věku. Alkohol v rodinném systému narušuje stabilitu rodiny, a nemusí naplňovat všechny své funkce. V teoretické části jsou uvedeny i výzkumy, které se zaměřovali právě na závislost v rodině a její fungování ve společnosti.

Jednou z dalších kapitol v teoretické části jsou následky užívání v alkoholu, kde se věnujeme sociálnímu dopadu, zdravotnímu a psychickému. Jedním z velmi důležitých kroků, které může závislý jedinec udělat je podstoupit léčbu alkoholové závislosti. Jedinec může podstoupit primární, sekundární a terciární léčbu, také se také může stát členem svépomocné skupiny. Může se také rozhodnout, že svou životní situaci bude řešit sám vlastní silou – na vlastní pěst.

V praktické části se věnujeme průzkumu života mladistvých v rodinách, kdy jeden nebo oba rodiče byli závislí na alkoholu. Respondenti odpovídali na předem stanovené okruhy otázek, popisovali jednotlivé etapy svého vývoje v rámci rodiny, kdy byli v interakci se závislým rodičem. V průzkumu jsme se snažili o to, aby respondenti popsali situaci před propuknutím závislosti a situaci kdy se alkoholová závislost u rodiče plně rozvinula. Získané data byly dále zpracovány a vyhodnoceny. Výsledkem bylo, že alkoholová závislost v rodině skutečně ohrožuje funkce rodiny a má nepříznivý vliv na vývoj a pozdější fungování mladistvého.

Celkově situace rodiny s takovým problémem alkoholové závislosti není jednoduchá, členové strádají jak psychicky, zdravotně tak i ekonomicky. Závislost jednoho z rodičů má

neblahý vliv právě i na finanční stránku, kdy finance nejsou využity v rámci rodiny pro naplňování a uspokojování základních životních potřeb, ale naopak jsou využity k účelům, které uspokojují závislého člena rodiny. Jedná se tedy o nákup alkoholických nápojů, a trávení volného času v restauračních zařízeních.

Zanedbávání a neplnění rodičovských povinností může v krajních situacích vést až k tomu, že dítě z této problémové rodiny bude odebráno. Pokud rodiče nejeví ani po té, zájem o své dítě, může být určeno k pěstounské péči či k adopci.

Rodina je primární skupina, kde se členové rodiny setkávají tváří v tvář, vztahy mezi členy jsou emocionálně provázeny. Děti jsou v rámci rodiny předávány hodnoty, které si odnáší do svého pozdějšího života, a na základě těchto hodnot také jedná. Rodina představuje silný článek ve společnosti, je třeba, aby naplňovala své funkce a vedla děti ke správnému životnímu stylu.

Literatura

Knižní zdroje

CAMERON, R. J. a MAGINN, Colin, 2012, *Cesta k pozitivním výsledkům u dětí v náhradní péči*. Vyd. 1. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků a Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga, 179 s. ISBN 978-80-87652-61-9.

CSÉMY, Ladislav, NEŠPOR, Karel a SOVINOVÁ, Hana, 2001, *Problémy s alkoholem v rodině: zpráva pro Evropskou unii*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 97 s. ISBN 80-7071-189-2.

EHRMANN, Jiří, SCHNEIDERKA, Petr a EHRMANN, Jiří. *Alkohol a játra*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 166 s., [16] s. barev. obr. příl. Malá monografie. ISBN 80-247-1048-X.

GEIST, Bohumil, 1992, *Sociologický slovník*. Praha : Victoria Publishing, 647 s. ISBN 8085605287.

HENDL, Jan, 2001, *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, s. 168 - 172. ISBN 80-7367-040-2

JANDOUREK, Jan, 2001, *Sociologický slovník*. Vyd. 1. Praha : Portál, 285 s. ISBN 8071785350.

JANÍK, Alojz a DUŠEK, Karel, 1990, *Drogy a společnost*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 342 s. ISBN 80-201-0087-3.

KALINA, Kamil a kol, 2003, *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. [Praha]: Úřad vlády České republiky, sv. Monografie; no 1. 343 s. ISBN 80-86734-05-6.

KUNDA, Stanislav, 1988, *Klinika alkoholizmu: Klinický priebeh, diagnostika a terapia*. Vyd. 1.

KVAPILÍK, Josef, 1985, *Člověk a alkohol*. 1. vyd. Praha, 237 s., Život a zdraví.

LOVASOVÁ, Lenka, 2006, *Rodinné vztahy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 32 s. ISBN 80-86991-66-0.

MILLER, Geraldine, 2011, *Adiktologické poradenství*. 1. české vyd. Praha: Galén, 461 s. ISBN 978-80-7262-765-3.

MIOVSKÝ, Michal, 2006, *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 332 s. Psyché. ISBN 80-247-1362-4.

NEŠPOR, Karel a CSÉMY, Ladislav, 1994, *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat*. 2., rozš. vyd. Praha: Sportpropag, 159s.

NEŠPOR, Karel, 1999, *Jak překonat problémy s alkoholem*. Praha : Sportpropag, 118s.

NEŠPOR, Karel, 2011, *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 173 s. ISBN 978-80-7367-908-8.

PROCHÁZKA, Roman, 2011, *Disociace, alexithymie a self u lidí závislých na alkoholu*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 185 s. Monografie. ISBN 978-80-244-2925-0.

RUPPERT, Franz, 2008, *Trauma a rodinné konstelace : psychické disociace a jejich léčba*. Vyd. 1. Praha : Portál, 238 s. Spektrum (Portál). ISBN 9788073673673.

ŘEHAN, Vladimír, 2007, *Adiktologie 1*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 130 s. Studijní texty pro distanční studium. ISBN 978-80-244-1745-5.

SEDLÁKOVÁ, Gabriela a kol, 2010, *Vybrané ošetřovatelské modely a týrané dítě*. 1. vyd. Praha: Triton, 140 s. ISBN 978-80-7387-412-4.

SKÁLA, Jaroslav - BLAHOŠ, Jaroslav, 1986, *Alkohol a jiné (psychotropní) drogy : abusus a závislost*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 90 s. Novinky v medicíně; 36. ISBN (Brož.).

SKÁLA, Jaroslav, 1987, *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Vyd. 1. Praha : Avicenum, 206 s. ISBN (Brož.).

WOITITZ, Janet Geringer, 1998, *Dospělé děti alkoholiků*. Rozš. vyd. Praha: Columbus, 179 s. ISBN 80-85928-73-6.

ZÁBRANSKÝ, Tomáš, 2011, *Společenské náklady užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog v ČR v roce 2007: zpráva z výzkumu*: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. LF UK v Praze a VFN v Praze. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, 86 s. ISBN 978-80-260-1680-9.

ZELENÁ, Martina a KLÉGROVÁ, Alžběta, 2006, *Podpora rodiny*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 32 s. ISBN 80-86991-67-9.

Články

KOHOUTOVÁ, Iva. 2013. Odhad vlivu konzumace alkoholu na úmrtnost v České republice. *Adiktologie*. 13 (1). str. 14-23. ISSN 1213- 3841

VONDRÁČKOVÁ, Petra. 2013. Vztahová vazba a poruchy vyvolané užíváním alkoholu. *Adiktologie*. 13 (1). str. 62 – 70. ISSN 1213- 3841

Internetové zdroje

Adopce. 2010. Základní pojmy. In: *adopce.com* [online]. [cit. 2015-03-09]. Dostupné z: <http://www.adopce.com/pestounska-pece/zakladni-pojmy/>

Adopce. 2010. Základní pojmy. In: *adopce.com* [online]. [cit. 2015-03-09]. Dostupné z: <http://www.adopce.com/adopce-osvojeni/zakladni-pojmy/>

Alkoholik. 2010. Protialkoholní léčení. In: *alkoholik.webnode.cz* [online]. [cit. 2015-03-09]. Dostupné z: <http://alkoholik.webnode.cz/alkohol-a-lidske-zdravi/>

GUDŽINSKIENĖ, Vida a Rasa GEDMINIENĖ, 2011, PSYCHOLOGICAL, SOCIAL AND LEARNING DIFFICULTIES EXPERIENCED BY CHILDREN GROWING IN FAMILIES WITH ALCOHOL ADDICTION PROBLEMS. *Social Education / Socialinis Ugdymas* [online]. roč. 16, č. 27, s. 86-99 [cit. 2015-04-25]. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.vkol.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=49d60437-a749-4ce1-8999-46e71dba8b20%40sessionmgr113&vid=9&hid=105>

Klub Lidí Usilujících o Střízlivost. 2015. Úvod. In: *klushb.estranky.cz* [online]. [cit. 2015-02-25]. Dostupné z: <http://www.klushb.estranky.cz/>

Pedagogicko psychologická poradna Plzeň. 2009. Peer program ZŠ, SŠ. In: *kapezet.cz* [online]. [cit. 2015-02-25]. Dostupné z:

<http://www.kapezet.cz/index.php?object=General&articleId=45&leveMenu=0>

Ústav patologické fyziologie. 2013. Poruchy paměti. In: *pfyziolfup.upol.cz* [online]. [cit. 2015-02-06]. Dostupné z: <http://pfyziolfup.upol.cz/castwiki/?p=5372>

Přílohy

Příloha č. 1:

Seznam okruhů otázek k výzkumu alkoholové závislosti v rodině realizované s respondenty.

Okruh otázek:

- 1) Popis rodiny (přibližné místo, kde respondentka vyrůstala?, počet sourozenců?, trávení volného času s rodinou – výlety?)
- 2) Zlom v rodině (Zda rodič požíval alkohol již od narození respondentky, nebo se závislost rodiče na alkoholu objevila v průběhu života respondentky? Co byl pravděpodobný důvod závislosti na alkoholu u rodičů??)
- 3) Reakce (Měl již dříve někdo podezření, že je rodič závislí na alkoholu? Reakce rodiny? Reakce přátel, společnosti? Reakce respondentky?)
- 4) Průběh (Psychický stav osob žijících ve společné domácnosti s rodičem závislým na alkoholu? Komunikace – rodič x dítě, rodič x rodič?)
- 5) Stav respondentky po zjištění (Jak se respondentka postavila rodinné situaci? Snaha hledat pomoc jinde?)
- 6) Ekonomická situace (Finanční zajištění rodiny? Strádání? Nějaká kritická finanční situace?, Byla nějaká omezení?)
- 7) Sociální situace (Omezovala Vás nějakým způsobem rodinná situace?, Kontakty a vztahy se společností?, Vztah s přáteli a kamarády?)
- 8) Výchova – (Do jaké míry se vám rodiče věnovali v rámci příprav do školy? – psaní úkolů?, Zájem rodičů/rodiče o vaše školní výsledky?, Byly ve Vaší rodině nějaká pravidla v rámci výchovy? Zajímali se rodiče o trávení Vašeho volného času?)
- 9) Škola (Zasahovala např. škola či jiný orgán do situace ve Vaší rodině? A jak často? Byla navržena nějaká opatření? Jak na Vás v průběhu reagovali spolužáci, snažili se Vám nějak pomoci? Další studia? Příprava na budoucí povolání?)
- 10) Partnerské vztahy – (Navázala jste partnerský vztah? Pokud ano jak Vám funguje / fungoval?)
- 11) Nynější stav – (Bydlíte doposud s rodiči? Pokud ne, scházíte se občas spolu?, Snažíte se své rodiče podporovat, např. finančně?)

12) Závěr – zhodnocení celkové situace (Pokud byste mohla shrnout, co vám dala a vzala vaše rodinná situace, ve které jste vyrůstala?)

Příloha č. 2:

Prohlášení o mlčenlivosti poskytnutých údajů

Já

(jméno, příjmení, titul)

čestně prohlašuji, že získané údaje v rámci rozhovoru, použiji pouze pro zpracování mé bakalářské práce – výzkumu v praktické části.

Toto prohlášení stvrzuji svým podpisem za účasti respondenta. Respondent byl se všemi podmínkami seznámen, a svým podpisem též stvrzuje toto prohlášení.

V dne

.....

.....

(podpis Romana Šimíková)

(podpis respondenta)