

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2013-2016

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Jaroslava Soukupová

Alkoholismus v rodině a jeho vliv na výchovu a vývoj dítěte

Praha 2016

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Martina Bürgerová

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED STUDIES

2013-2016

BACHELOR THESIS

Jaroslava Soukupová

**Alcoholism in the family and its influence on the
upbringing and development of a child**

Prague 2016

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

Mgr. Martina Bürgerová

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a uvádím v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Jaroslava Soukupová

Poděkování

Děkuji vedoucí bakalářské práce paní Mgr. Martině Bürgerové za odborné vedení, připomínky, rady a náměty, ochotu, vstřícnost a trpělivost.

Anotace

Motto:

I vodu pij opatrně, dívá-li se na tebe dítě.

Korejské přísloví

Cílem bakalářské práce s názvem „Alkoholismus v rodině a jeho vliv na výchovu a vývoj dítěte“ bylo zjistit, jak alkoholismus v rodině ovlivňuje vývoj dítěte a také postoje rodičů k užívání alkoholu dětmi. Práce je rozdělena na část teoretickou a část výzkumnou (praktickou).

V teoretické části se zabývá vznikem závislosti, vlivem prostředí a genetiky na vznik závislosti, doporučeným přístupem k dětem v rodinách, kde některý z rodičů má problém se závislostí na alkoholu, prevencí a léčbou závislých dětí i dospělých.

V praktické části je pomocí dotazníku zjišťováno, jaké názory na konzumaci alkoholu dětí do 15 let mají rodiče v rodinách, kde se vyskytl problém s užíváním alkoholu a v rodinách, které tímto problémem zatíženy nejsou a zároveň pomocí kazuistiky přiblížit problémy v rodině, kde tuto problematiku řešit musí.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že mezi dotazovanými v zásadě není rozdíl v názoru na užívání alkoholu dětmi v rodinách zatížených abúzem v porovnání s rodinami intaktní společnosti. Z odpovědí také vyplývá přílišná tolerantnost, neznalost a podceňování užívání alkoholu dětmi. Oproti tomu i z případové studie je patrný složitý dopad na zdraví psychické i fyzické dětí, které jsou problému alkoholismu v rodině přímo vystavené.

Klíčová slova: abstinence, abúzus, craving, relaps, terapie, úzus, závislost

Annotation

The aim of the bachelor thesis called “Alcoholism in the family and its influence on the upbringing and development of a child” was to find out how alcoholism in the family influences the development of a child and the stances of the parents to the abuse of alcohol by children. The thesis is divided into two parts, a theoretical part and a research (practical) part. In the theoretical part it deals with the emergence of the addiction, the influence of the environment and genetics on the emergence of the addiction, the recommended approach to the children in the families, where some of the parents have an alcohol addiction problem, the prevention and the treatment of both the addicted children and adults.

In the practical part a questionnaire is used to find out, what opinions on the consumption of alcohol by children under 15 years of age do the parents in the families, where a problem with the abuse of alcohol has happened and in the families not burdened by this, have, and at the same time, to give an insight through a case study into the problems in a family that has to deal with such problems.

The results of the research showed, that there is basically no difference in opinions on the abuse of alcohol by children in the families burdened by the abuse and by the intact society families. The answers also show too much tolerance, lack of knowledge and underestimation of the abuse of alcohol by children. Contrary to that, the interview and the case study show the complicated impact on both the mental and physical health of the children, directly exposed to the problem of alcoholism in the family.

Keywords

Abstinence, abuse, addiction, craving, relapse, therapy, usage

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1. VZNIK ZÁVISLOSTI.....	10
1.1 Alkoholismus.....	12
1.2 Alkohol a mladý člověk	13
1.2.1 Dědičnost alkoholismu a rodinné zatížení alkoholiků.....	15
1.3 Výchova dítěte se závislostí	17
2. PROJEVY A DŮSLEDKY ALKOHOLOVÉ ZÁVISLOSTI	20
2.1 Znaky závislosti	21
2.2 Příznaky abúzu na pracovišti.....	23
3. DĚTI ALKOHOLIKŮ.....	24
3.1 Výchova dítěte rodičem závislým na alkoholu.....	24
3.2 Problémy dětí pijících rodičů	24
3.3 Prevence u dětí závislých	27
3.3.1 Dospívající děti.....	28
3.3.2 Mladší školní věk (6 – 12 let).....	29
3.3.3 Předškolní věk (3 – 6 let).....	29
3.3.4 Batolecí věk (1 – 3 roky).....	29
3.3.5 Novorozenecký a kojenecký věk (do jednoho roku)	30
3.4 Jaké chování je vhodné uplatnit	30
3.5 Matka-alkoholička.....	31
3.5.1 Fetální alkoholový syndrom.....	32
3.6 Vliv alkoholu na zárodečné buňky	33
4. FORMY LÉČENÍ.....	34
4.1 Ústavní nebo ambulantní forma léčení.....	34
4.2 Anonymní alkoholici.....	35
4.3 Doléčovací skupina	35
4.4 Recidivy (relaps).....	36
4.5 Preventivní postupy	37
PRAKTICKÁ ČÁST	38
5. ALKOHOL A RODINA	38
5.1 Stanovení cíle, hypotéz a metod výzkumu,	38
časové vymezení výzkumu.....	38

5.2 Charakteristika techniky výzkumného projektu	40
5.3 Dotazník A – skupina pro příbuzné závislých pacientů	40
5.4 Skupina B – skupina z MŠ a ZŠ Na Beránku	45
5.5 Porovnání názorů na užívání alkoholu mladistvými ve skupině „A“ a „B“	50
5.6 Analýza výsledků výzkumu.....	54
6. KAZUISTIKA.....	56
ZÁVĚR.....	58
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	61
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	63
SEZNAM PŘÍLOH	65

ÚVOD

Dle Janíka (Drogy a společnost, 1990) museli lidé vždy vyvíjet značné úsilí k přežití, k zabezpečení své rodiny, potomků, zachování existence, udržení zaběhnuté životní úrovně, což nikdy nebylo možné zvládnout bez námahy a odříkání. Navíc jsou v průběhu života vystaveni různým vyhroceným událostem – smrti blízkých, problémům v rodině, rozvodu, přírodním katastrofám, různým krizím, nezaměstnanosti, válkám, zoufalství, strachu o holý život. Jak se jim daří tyto situace zvládat?

Janík (1990, s. 9) vysvětluje postoj k zátěžovým situacím v životě takto: *„Tyto situace člověk nepřekonává vždy jen aktivně. Někdy je neřeší vůbec, protože je ani řešit nedovede, rezignuje a upadá do fatalismu. Jindy se jim vyhýbá a uchyluje se k fantazii. Vysnívá si svět hezčí, šťastnější a blaženější, bez bídy a utrpení, které prožívá na Zemi. Při pracovní činnosti a při pronikání do zákonitostí přírody objevili lidé rostliny, jejichž požití podporovalo a uvolňovalo fantazii a umožňovalo jim dostat se lehce a rychle do stavu blaženosti. Látky z těchto rostlin je alespoň přechodně osvobozovaly od pout neláskavé skutečnosti. Po těchto zkušenostech se k nim člověk začal utíkat soustavně. Vynaložil mnoho námahy, aby z rostlin získal co nejvíce těchto látek. Objevil chemické pochody – kvašení, destilaci, které umožňovaly výrobu některých omamných látek. Později se naučil vyrábět je synteticky, nezávisle na přírodě. K jejich výrobě vybudoval celá odvětví zemědělství a průmyslu, a ta se stala neodmyslitelnou součástí každé společnosti.“*

Za prchavé chvílky blaženosti však lidé musí draze zaplatit **návykem** na omamné látky. Je velmi pevný a těžko člověka opouští, protože vyvolává mimořádně příjemné stavy a přechodně zbavuje starostí. Proto se užívání omamných látek rozšířilo a v některých zemích získalo masový charakter. Stalo se součástí náboženských obřadů a společenského života.

Tématem mé bakalářské práce je vliv rodičů (rodiče) alkoholiků na výchovu dětí. Vycházím i z vlastních zkušeností nikoliv se svými rodiči, ale s manželem, který se závislostí několik let marně bojoval.

TEORETICKÁ ČÁST

1. VZNIK ZÁVISLOSTI

Dle Janíka (1990) je těžké zjistit, od kdy lidé zneužívají různé drogy. Vyznavači různých náboženství vždy věřili, že látky, které způsobují povznesenou náladu, zapomnění a navozují všelijaké extatické stavy, jsou darem bohů. Věřili, že se dají připravit nápoje, které přináší zapomnění, způsobují nesmrtelnost, umožňují stýkat se s nadpřirozenými bytostmi, vracejí mládí, navozují lásku nebo zbavují člověka vlastní vůle a podrobují ho vůli jiného.

Alkoholem rozumíme dle Válkové (Lidé, alkohol, drogy, 1988) především etylalkohol (ethanol), běžně nazývaný líh. Má chemickou značku C_2H_5OH . Je to bezbarvá hořlavá kapalina, která vzniká kvašením cukrů. Patří mezi psychotropní látky, které ovlivňují nervový systém. Vře při $77\text{ }^{\circ}C$ a tuhne při $-117\text{ }^{\circ}C$. V lidském organismu je alkohol požitelný jen ředěný v podobě alkoholických nápojů (pivo, kvašené mošty, víno, aperitivy, koncentráty, destiláty atp.).

Se závislostí se člověk nerodí, tu získá pravidelným užíváním alkoholu. Jedno naše rčení říká, že zvyk je naše druhá přirozenost. Vznik složitějších biologických návyků bezprostředně souvisí podle Janíka (1990) s nervovou soustavou. Základním mechanismem je nepodmíněná reflexní reakce nebo řetězce na sebe navazujících nepodmíněných reflexů, které se stále opakují. Porovnáme-li fyziologické návyky s průběhem vrozené instinktivní reakce, je patrné, že na rozdíl od ní se občas zaměřují jen na některou její stránku a jejich trvání bývá dočasné. Fyziologické formy mají tendenci seskupovat se do prostorového i časového sledu a vzniká tak složitý dynamický **návykový stereotyp**.

Tyto svérázné návyky jsou určeny zvláštnostmi nervové soustavy člověka, jeho charakterem, úrovní osobnosti a dalšími činiteli, zejména společenského rázu. Jde o skupinu individuálních návyků. Se vznikem duševní činnosti se u člověka vytvořily předpoklady pro subjektivní odraz reality – vědomí. Subjektivním prožíváním průběhu

jednotlivých návykových reakcí se člověk liší od jiných živočišných organismů. Může si uvědomit dílčí složky těchto reakcí a později se vracet ne k celé reakci, nýbrž jen k některé její dílčí stránce, která je mu příjemná. Člověk může vytvářet dokonce i návyky, které působí proti jeho přizpůsobivosti. Díky společenskému životu člověka se vytváří jiné návyky, které by se daly označit jako návyky společenské.

Společenský styk člověka se vyznačuje různými pravidly a zvyklostmi, které se musí dodržovat, pokud člověk nechce být pokládán za podivína či neomalence. Tyto zvyky jsou výsledkem konvence a mívají historicky i regionálně omezenou platnost. Měly by sloužit k ulehčení mezilidského styku, ale vždy tomu tak není. Je-li vytvořený návyk pevný a ustálený, obtížně se ruší. Další významnou vlastností návyku je jeho rychlá **obnova**.

Zopakuje-li se po delším čase táž situace, ve které se návyk upevňoval (i když si myslíme, že již vymizel), návyk se rychle obnoví. Při každé reakci musíme rozlišovat:

- popud, který spouští reakci
- cíl, na jehož dosažení je reakce zaměřena
- směřování k cíli (dílčí úkony, které proběhnou od popudu až k dosažení cíle)
- elementární doprovod citového charakteru, který provází průběh reakce a dosažení cíle.

Jen člověk si umí uvědomit cíl své činnosti (Janík, 1990) a v úplnosti prožívat uspokojení, které provází činnost směřující k cíli. Tím získává možnost vědomě se vracet ke kterékoli z dílčích složek a opakováním si na ni vypěstovat návyk. K uplatnění negativní stránky návykovosti nestačí jen samotná toxikomanická vloha. Tato vloha bez součinnosti vhodných životních podmínek nevyvolá vznik toxikomanie. První přirozeností člověka je všechno vrozené, co zdědil po rodičích, s čím se narodil. Toto je dále rozvíjeno výchovou, praktickou činností a vzděláváním. Získané zkušenosti člověk včleňuje do chování a jednání v podobě zručností, návyků, zvyků, obyčejů, které se stávají jeho druhou přirozeností. Nerozlučně souvisí s první – vrozenou.

U některých záporných návyků výrazně vystupuje do popředí jejich škodlivost. Liší se zejména nevhodnou formou a bezobsažností. Některé z nich se vyvíjejí postupně od

zlozvyků upevňováním vazby a závislosti. Chorobná návykovost se může vyskytnout v každé oblasti lidské aktivity. Nejčastěji se však pozoruje ve spojení se zneužíváním chemických látek, kouřením a zneužíváním alkoholu. Chorobný návyk je ještě charakterizován pevností a prosazováním se i proti biologickým a společenským potřebám jedince. Dějiny chorobné návykovosti jsou i dějinami žvýkání, pití, cucání, kousání, šňupání, kouření, vdechování, vtírání a vpichování omamných látek. Jde o různé způsoby, jak vpravit do organismu omamnou látku.

Skála uvádí (...Až na dno, 1988) , že skupina expertů Světové zdravotnické organizace definovala již v roce 1957 návyk jako stav vyplývající z opakované aplikace nějakého léku, který je charakterizovaný:

- touhou, ale nikoli nutkáním po neustálém příjmu drogy pro příjemný pocit, který vyvolává
- žádnou nebo jen malou tendencí zvyšovat dávky
- projevem psychické závislosti na látce, nikoliv závislostí somatickou, a proto ani nevznikají abstinenční příznaky.

Tato definice však dle Skály (1988) vystihuje jen malou část problému. Proto v roce 1964 doporučila komise expertů užívat pojem závislost – anglicky „dependency“. V roce 1969 se závislost definovala jako psychický a někdy též somatický stav vyplývající z interakce organismu a dané látky, charakterizovaný reakcemi chování a jinými reakcemi, které vždy obsahují nutkání používat danou látku.

1.1 ALKOHOLISMUS

Alkoholismus patří mezi nejzávažnější a zároveň nejrozšířenější formy závislosti. Lze o něm hovořit, když nadměrné pití alkoholu dosáhne závislosti takového stupně, že škodí buď jedinci, společnosti, nebo oběma. Rozlišujeme *úzus* – požívání alkoholu při společenských událostech nebo jako doplněk jídla a *abúzus*, který již znamená zneužívání nebo nadměrné užívání.

Kdo je závislým na alkoholu? Skála (1988, s. 42) definuje člověka závislého na alkoholu „jako člověka, kterému požívání alkoholických nápojů zavinuje trvajících problém v některé oblasti jeho života. Podle Světové zdravotnické organizace je člověk na alkoholu závislý, jestliže mu abúzus alkoholu – zpravidla již nutkavého charakteru – působí zřetelné oslabení na tělesném i duševním zdraví či problémy a těžkosti ve společenských vztazích (v rodině) a ve společenské činnosti.“ Profous považuje za nejvýstižnější stručné konstatování PhDr. Vladimíra Pohla „Alkoholismus začíná tam, kde se již za alkohol platí něčím jiným než penězi“. (Profous, Průvodce alkoholovou závislostí, s. 16, 2013)

Skála (Alkoholismus, 1956) popsal čtyři vývojové fáze „píjácké kariéry“:

- **počáteční** - v tomto stadiu se člověk neopíjí, říká, že pije pro dobrou náladu.
- **varovnou** (u někoho přichází po letech, u někoho po měsících) – podnapilost se stává častější. Mění se i způsob pití, dávky se zvyšují, ale organismus se zatím dokáže přizpůsobit. Z rozvinutého druhého stadia se dostává přibližně každý 7. – 10. piják do
- **rozhodného** třetího stadia. Objevují se tzv. „okénka“. Člověk pije a přitom stále ještě dobře ví, co dělá. To je okolnost, na které si obzvlášť zakládá. Příčinou „okének“ je stoupající hladina alkoholu v krvi a přecitlivělost chronicky poškozeného nervového systému. Dostavuje se nejistota a strach. Postižený obchází své přátele a zjišťuje, zda něco neprovedl. V tomto stadiu „ztrácí“ nad svým pitím kontrolu, přestává alkohol ovládat, alkohol již ovládá jeho. Přichází poslední stadium čtvrté
- **konečné** – nejvýraznějším rysem je snížení odolnosti vůči alkoholu. Objevují se třesy rukou, pocity strachu. V této situaci si člověk uvědomuje bezvýchodnost situace. Jeho křížová cesta trvá zpravidla kolem 3, 10 až 15 let.

1.2 ALKOHOL A MLADÝ ČLOVĚK

Zákonem povolený věk pro pití alkoholických nápojů se v různých zemích pohybuje mezi 18 až 21 let. Požívání alkoholu dětmi a mládeží není novým záporným jevem. Dle Skály (1988) se věková hranice, kdy se mládež a děti seznamují s pitím

alkoholu neustále snižuje a častost používání naopak zvyšuje. Jasným příkladem, kdy mladí lidé vinou alkoholu mají problémy, je řízení motorového vozidla. Špička dopravních nehod v souvislosti s alkoholem je u řidičů ve věku mezi 18-19 lety.

Druhým závažným problémem (Skála, 1988) u mladých lidí je kriminalita související s alkoholem, která se též neustále zvyšuje. Mladí lidé se dopouštějí těchto činů mimo jiné také proto, že jsou ještě nezralí po stránce tělesné i psychické. Výzkum ukázal, že při hladině 0,8 promile je vliv alkoholu u nich stejný jako u dospělých lidí při hladině 1,5 promile. Děti nejdříve zkouší alkoholické nápoje především ze zvědavosti a z napodobení. Za tento začátek je u nich často odpovědný vzor jejich rodičů, později pak jejich vrstevníci a zejména party, které je ovlivňují.

Skála (1988) uvádí, že ne všichni, kteří začínají pít před osmnáctinami, budou mít s pitím problémy ve svém budoucím životě. Riziko tu však existuje. Problémy s alkoholem, které začínají v mládí a přetrvávají do dalších let mají hlavně ti, kteří projevovali protispolečenské chování dříve, než začali pít. Výchova je důležitá skutečnost ve formování vztahu mladého člověka k pití alkoholu. Pokud rodiče zastávají volnější výchovu a snaží se dítě nevystavovat odříkání a nezatěžovat je disciplínou a důsledností, nebudou tyto děti dobře připraveny pro život, protože byly špatně trénovány. Uspokojení se jim stane důležitější než realita. Jedinec se tak stává zranitelnějším, nikdy nevyzraje a i v dospělosti je spíše dítětem než rovnocenným manželským partnerem. Jestliže se nenaučí různé životní těžkosti řešit jinou i když obtížnější cestou než je droga v podobě alkoholu, stane se tato pro ně příliš důležitou a přeceňovanou. Mezi mládeží existují zvláště ohrožení jedinci i skupiny, u kterých pozorujeme problémové pití alkoholu často v kombinaci s jinými drogami. Jaterní tkáň dětí má ještě málo fermentu, který zajišťuje oksyličování alkoholu, tj. jeho detoxikaci. U předškolního dítěte může být smrtelná otrava následkem i požití nevelkého množství alkoholu. Dítě může zachránit jedině rychlý výplach žaludku, nitrožilní přívod cukru a někdy jen hemodialýza. Chování rodičů je pro děti důležitým příkladem.

Problematikou abúzu a závislosti mladistvých se u nás zabýval (Skála, 1956)) prof. Mečíř. Statistikou 1000 evidovaných mladistvých pro problémy s alkoholem

dospěl k následujícím závěrům. Téměř 86 % evidovaných mladistvých bylo ve věku 16-18 let. Závažné poruchy osobnosti byly zjištěny u 44 %. V 68 % byly shledány závady ve výchovném prostředí. Jen u 21 % byla zjištěna náhodná otrava alkoholem. 35,5 % nezletilých bylo již v 1. a 2. vývojovém stadiu závislosti, ve 3. a 4. 8,5 %. Mládež, která dochází do AT ordinace pro mladistvé se výrazně liší od běžné mládeže. Vyskytuje se u ní vyšší delikvence, časná sexuální aktivita jako výraz povšechné nezdrženlivosti. Zdrojem zpráv, které vedly k evidenci mladistvých v ordinacích pražské AT, byla záchytná stanice, v 86 % , úřední orgány a zdravotnická zařízení v 8 %, rodiče ohlásili z počtu 1000 evidovaných jen 54 dětí.

Abúzus alkoholu u mladistvých nemusí znamenat závislost na alkoholu v dospělosti, ale je však nutné vědět, že z těch, kteří mají problémy související s alkoholem ve věku od 20 let, je budou mít v plné polovině i o 20 let později.

1.2.1 DĚDIČNOST ALKOHOLISMU A RODINNÉ ZATÍŽENÍ ALKOHOLIKŮ

„Otázkou, zda se potomci alkoholiků častěji stávají alkoholiky než potomci nepijáků, není možno zodpovědět naprosto kladně. Jellinek zpracoval celkem shodně vyznívající závěry četných autorů, kteří řešili tento problém. Jeho souhrnná studie se týká 5 372 alkoholiků, z nichž 2 799, tj. plných 52 %, mělo buď otce nebo matku, alkoholika.“

(Skála, 1956, s. 86) Důvody autor shledává v těchto příčinách:

- Zanedbání výchovné péče, nedostatek rodičovské lásky
- Příklad rodičů – spíše napodobují, než aby byly zastrašeni
- Mnoho alkoholiků pochází z rodin, u nichž byly nahromaděny duševní poruchy, jsou to rodiny se značným zatížením. Někteří jejich příslušníci jsou pak proti alkoholu mnohem méně odolní než normální lidé a stávají se snáze a častěji nadměrnými pijáky a alkoholiky.

Skála (1956) závěrem poukazuje, že neexistuje dědičná specifická vloha vedoucí k alkoholismu. Dědičná je konstituce neuropsychické lability, která nemá dostatek síly a odolnosti, aby se uměla ubránit následkům abúzu alkoholu. Skála v téže knize (1956, s.

88) uvádí „Brugger (1936) ve své studii o vlivu alkoholismu na potomstvo sledoval děti alkoholiků – mužů. (Ženy-alkoholičky vyloučil, protože u nich mohl být plod poškozen v době těhotenství.). Celkem sledoval 967 potomků u 225 alkoholiků; z toho bylo 476 chlapců a 491 děvčat. 699 dětí bylo starších než 10 let, 499 bylo ve stáří mezi 16.-40. rokem, 201 starších než 40 let a 100 ve stáří přes 50. let. Z čísel vyplynulo, že epilepsie a schizofrenie u těchto lidí nejsou častější než u normálních osob, zato slabomyslnost, psychopatie a abusus alkoholu se vyskytují podstatně častěji. Aby také prokázal, zda u dětí alkoholiků šlo o dědičnou vlohú zaviněnou alkoholem nebo ne, zkoumal zároveň potomstvo sourozenců uvedených rodičů – alkoholiků. Uvažoval, že bude-li mít toto potomstvo stejný počet méněcenných jedinců, jako jich našel u potomstva alkoholiků, pak nelze přijmout tvrzení, že by alkohol poškodil zárodečné buňky, a měl tak hereditární význam. V druhé skupině bylo celkem 942 osob – byli to tedy synovci a neteře uvedených 225 alkoholiků. Z nich bylo 742 starších 10 let, 515 bylo ve stáří mezi 16. -40. rokem a 197 starších 40 let. V potomstvu otců-alkoholiků se vyskytlo jen o něco více debilních a imbecilních dětí a podstatně více dětí-alkoholiků. Poslední okolnost lze jistě dobře vysvětlit vlivem horšího prostředí u dětí v rodinách alkoholiků. Bruggerův přehled vcelku potvrzuje pozorování Bosse (1929), který vyšetřoval alkoholiky s rodinnou přítěží a zjistil debilitu a imbecilitu u 7,1 %, psychopatii v 6,2 %. Když však vyšetřil alkoholiky pocházející z rodin bez přítěže, našel debilitu a imbecilitu jen v 1,4 % a psychopatii v 1 %. Brugger došel při svém pozorování k závěru, že přímí potomci alkoholiků nejsou o nic méněcennější, než potomci jejich nepijících sourozenců.“ Skála (1956) uvádí, že rezervovaný závěr vyvozuje i Widermannová (1954), když říká, že při řešení otázky, zda chronický alkoholismus předků poškozuje dědičně potomky, nelze s konečnou platností odpovědět určitě a bezpečně. Mezi vadami, které se u potomků alkoholických předků vyskytují, je totiž nesnadno spolehlivě rozlišit, co lze přičíst na vrub poškození zárodečných buněk a co je zničeno vlivy vnějšího prostředí, v němž děti alkoholiků žijí.

Otázkou přetrvání emočních problémů v dospělosti se zabýval i Nešpor (Problémy s alkoholem v rodině, 2001) kde uvádí, že bylo jednoznačně prokázáno, že děti pijících rodičů mohou mít narušené dětství, a že je otázkou, zda emoční a další problémy přetrvávají do pozdějšího, dospělého života. Odpověď zní, že většinou ano. Důkaz

pochází ze Spojených států z organizace Adult Children of Alcoholics, ACA) – dospělými dětmi alkoholiků. V USA je to Národní asociace pro děti alkoholiků (National Association For Children of Alcoholies, NACoA). Někteří z těchto již dospělých trpí problémy, které ovlivňují jejich životy. Dostupné důkazy jsou omezené a zabývají se otázkou, zda se děti problémových alkoholiků také sami stanou alkoholiky a zda u nich budou přetrvávat klinicky definovatelné psychologické i další problémy. Doklady, které máme k dispozici, tedy nedávají odpověď na otázku, zda dospělé děti problémově pijících rodičů uniknou svým zážitkům. Jejich kariéra může být poškozena při horším prospěchu ve škole, než jakého mohly dosahovat, pokud by rodiče problém s alkoholem neměli. Bylo zjištěno (J. Orford and R. Velleman: Childhood and Adult Influences on the Adjustment of Young Adults with and without Parents with Drinking Problems, Addiction Research 1995), že u menší části dětí problémových pijáků problémy pokračovaly do časně dospělosti. Ve srovnání s kontrolní skupinou mladých dospělých z rodin neproblémově pijících alkohol, tyto děti častěji propadly abúzu alkoholu nebo jiných drog, u některých bylo patrné negativnější přizpůsobování v dospělosti – častější deprese, úzkost, obtíže se vztahy, opouštění domova a obecně byly mnohem méně spokojeni se životem. Některé z nich měly později v životě obtíže při vytváření a udržování těsných, dospělých vztahů. Nejvýznamnějším nálezem ale bylo, že **nejsilnějším prediktorem psychických problémů v časném dětství není to, že měly jednoho nebo dokonce oba problémově pijící rodiče, ale disharmonie rodiny**. Děti vyrůstající v rodinách, jimž se podařilo zachovat integritu a relativně harmonické vztahy (jedná se však o malou skupinu) byly postiženy méně.

1.3 VÝCHOVA DÍTĚTE SE ZÁVISLOSTÍ

Současný uznávaný odborník na léčbu závislosti prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc., který se problematikou léčby závislosti zabývá už téměř třicet let, zveřejnil na webových stránkách www.drnespor.eu mnoho odborných článků, které se týkají všech druhů závislosti dospělých i mládeže. V časopise Praktický lékař (dostupné z <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>, Rodiče dětí zneužívajících návykové látky, 2016-01-01) se zabývá problematikou výchovy závislých dětí. Upozorňuje, že situace rodičů těchto dětí není jednoduchá ani z právního hlediska. Neměli by nečinně přihlížet

zneužívání návykových látek, neboť tím porušují trestní zákon – § 217 (Ohrožování mravní výchovy mládeže). V souladu se zákonem není ani „vyhození“ dítěte z domova (zanedbání povinné výživy nebo opuštění dítěte). Mohou mu, pokud se odmítá léčit, pohrozit tím, že navrhnou nařízení ústavní výchovy. U zletilých i nezletilých mohou ohlásit krádež, které se dítě případně doma dopustilo s tím, že pokud dítě léčbu přijme a spolupracuje, zastaví stíhání. Nedobrovolná ústavní péče je možná bez ohledu na věk i v případě nebezpečnosti sobě nebo okolí z důvodů duševní poruchy (po sebevražedném pokusu, při psychotickém stavu vyvolaném návykovými látkami nebo při odvykacím stavu s deliriem). Také doporučuje ve své knize Návykové chování a závislost, jak zvládat časté problémy:

„Pseudoindividuaci (zdánlivé osamostatní) popsal americký lékař J. Haley. Dítě s návykovým problémem odmítá autoritu rodičů, ale současně bývá stále méně schopno se o sebe postarat a selhává v životních rolích. To zvyšuje jeho závislost na rodině a snižuje jeho schopnost se skutečně osamostatnit. Haley v této situaci doporučuje začlenit dítě zpět do rodiny za poměrně tvrdých podmínek těsnějšího dohledu a větších omezení než odpovídají věku. Toho lze dosáhnout tím, že rodiče mohou pohrozit podáním trestního oznámení za krádeže, návrhem ústavní výchovy nebo u plnoletých podmínit další pomoc ze strany rodiny včetně bydlení léčbou. Zpětné začlenění dítěte do rodiny umožňuje následné skutečné osamostatnění. Kdy k němu dojde, to záleží na věku dítěte i dalších okolnostech. Po zvládnutí akutních problémů dítěte by se s rodiči mělo pracovat odděleně a uvažovat i o jejich vlastních problémech.“ (Nešpor, 2007, s. 80)

Nešpor v téže knize zmiňuje, že závislost rodičů na alkoholu předchází často vzniku návykového chování u dítěte. Násilí vůči dítěti jeho návykový problém neřeší, naopak většinou zhorší vztahy a navíc i komunikaci. Místo toho je třeba používat efektivnější motivační nástroje změny – rodinnou terapii, účast na rodičovské skupině pro rodiče, jejichž děti zneužívaly návykové látky. Je možné podrobit se tzv. jednostranné (unilaterální) terapii. Tato terapie znamená léčbu členů rodiny, kteří nemají návykový problém, zatímco člen rodiny, který ho má, léčbu odmítá. Doporučuje prosazování zdravých rodinných pravidel, vytváření lepšího životního stylu a nabádá k věnování pozornosti sourozencům dítěte, protože ti jsou také ohroženi. Rodiče by měli dbát i o bezpečnost dalších lidí ve společné domácnosti, zejména malých dětí. Měli

by vědět, za jakých okolností je indikovaná nedobrovolná léčba, a kde hledat odbornou pomoc pro dítě i pro sebe.

Můžeme také uplatnit **tvrdou lásku**: „*Máme tě rádi, ale musíš si vybrat, čemu dáš přednost – zda mně (nám), nebo svému alkoholu. A co pro to kromě věčných slibů konkrétního uděláš?*“ (Profous, 2013, s. 14)

Nešpor také doporučuje 12 výchovných rad, které vyplynuly z jeho praxe (<http://www.drnespor.eu/addictcz.html>, Rodiče úspěšní v prevenci u dětí, 2016-01-01):

- Trávit s dítětem dostatek času. Zajistit dobré zájmy, ale i výkon domácích prací
- Trpělivě a s pochopením naslouchat
- Mít na děti realistické nároky. Nechtít od dětí to, co by přesahovalo jejich možnosti.
- Dobrý příklad rodičů a jejich zdravý hodnotový systém
- Umět důsledně prosazovat rozumná pravidla a omezení (pro děti zákaz alkoholu, drog, cigaret a hazardu).
- Nedovolit hrát dětem počítačové hry nebo sledovat televizi dlouho do noci nebo na úkor povinností.
- Alkohol, návykové léky nebo drogy mají být doma dětem nepřístupné. V případě menších dětí jsou nebezpečné i roztoky obsahující alkohol (některé ústní vody), protože při jejich požití hrozí dětem otrava alkoholem.
- Rodiče by měli řešit své vzájemné problémy mezi sebou a nezatahovat do nich nedospělé děti.
- Rodiče by měli spolupracovat při výchově, i když jsou rozvedení nebo se v něčem neshodnou.
- Měli by se chovat zdrženlivě. Jestliže mají návykový problém, tak se léčit. Prospívá to jim i dětem.
- Rodiče by měli pomáhat nacházet dětem střízlivé zájmy mimo rodinu. K dobrým zájmům nepatří vrcholový sport, zejména ne fotbal. Ten rizika zvyšuje (úrazy, stres, dopink, hazard i alkohol).
- Měli by mít přehled o tom, jak děti tráví volný čas a s kým se stýkají a podle možností chránit děti před zneužíváním a špatnými příklady.

2. PROJEVY A DŮSLEDKY ALKOHOLOVÉ ZÁVISLOSTI

Projevy alkoholové závislosti dle Nešpora (2001):

- Intoxikace s látkou – záleží na charakteru látky a hladině v krvi. Zhoršení rozhodování, soustředění; stimulační látky naopak zvyšují úroveň bdělosti (dopink při sportu nebo v práci). Lidé si neuvědomují jejich základní rizika: přeceňování schopností, impulzivita, neúčelné jednání a poruchy myšlení. Druhým problémem je útlum po odeznění účinku budivé látky a třetím po některých druzích rychlý rozvoj závislosti a související problémy.
- Alkohol zde zaujímá zvláštní úlohu. V mozku působí na opiátové receptory, GABA receptory, na dopamin a glutamát. Může snižovat bdělost nebo vést k ukvapenosti a impulzivnímu chování. V této souvislosti je nutno dodat, že u dvou ze tří případů domácího násilí došlo v České republice, když pachatel nebo jeho oběť byli pod vlivem alkoholu. Alkohol se podstatným způsobem podílí i na jiné násilné trestné činnosti. Jedinou možnou prevencí, zejména u těch jedinců, kteří jsou pod vlivem určité látky agresivní, je abstinence.
- Kocovina po intoxikaci alkoholem (slangově „dojezd“) – po nadměrném požití alkoholu se objevují bolesti hlavy, průjem, nechutenství, třes, únava, nevolnost. Klesá výkonnost, zhoršuje se úsudek a existuje i vyšší riziko úrazů. Objevují se také deprese, úzkosti a podrážděnost.
- Odvykací stav – probíhá někdy dramaticky, objevuje se extrémně silné bažení – craving. Duševní výkonnost je pronikavě zhoršena. Odvykací stav je třeba řádně léčit a pak by měla navazovat komplexní léčba závislosti.
- Bažení (craving) – jedná se o intenzivní puzení, často až nutkavého charakteru. Během něho se zužuje vědomí a pozornost se úzce zaměřuje na příslušnou látku a vše, co s ní souvisí. Paměť, soustředění a úsudek jsou podstatně oslabeny.
- Změny motivace – motivace u neléčené návykové nemoci přechází ze stadia odmítání střízlivosti, do stadia váhání, rozhodnutí se pro střízlivost, jednání, udržování recidivy a zpět do stadia odmítání. Proto se tentýž jedinec chová v různých stadiích odlišně a protičeří si.
- Faktory týkající se životního stylu – duševní výkonnost podstatně zhoršuje rozvat minerálního hospodářství a dehydratace. Alkohol působí močopudně a tlumí sekreci

antidiuretického hormonu. Nepříznivě působí i nepravidelnost v jídle, přetěžování se nebo naopak nuda a špatná organizace času. Dalším faktorem je nedostatek spánku. Alkohol narušuje REM fázi spánku. Člověk, který spí pod vlivem alkoholu, se nachází spíše v narkóze než ve spánku.

- Faktory týkající se zdravotního stavu – psychoaktivní látky vyvolávají nebo zhoršují řadu onemocnění. Např. u lidí léčených antidiabetiky může dojít vlivem alkoholu k poklesu krevního cukru a stavu bezvědomí. Při intoxikaci alkoholem dochází často k úrazům. Zvláště nebezpečné jsou úrazy hlavy. Ty zhoršují kognitivní funkce. Lidé závislí na psychoaktivních látkách kromě toho často zanedbávají lékařskou péči, což zhoršuje řadu onemocnění a promítá se i do jejich duševní výkonnosti.
- Stres a negativní emoce související se zátěžovými událostmi – návykové nemoci působí řadu problémů v oblasti mezilidských vztahů i v existenční oblasti. Objevují se problémy se zákonem, silná zadluženost, exekuce, rozvody atd. Stres a s ním související negativní emoce znesnadňují závislým komunikaci a zhoršují jejich schopnost zmíněné problémy zvládat. Mnozí závislí by krátce po zahájení léčby chtěli okamžitě vyřešit všechny nahromaděné problémy. To však není možné. Nejdůležitější je soustředit se především na léčbu a udržení střízlivosti a problémy řešit postupně. Stres lze mírnit i za pomoci relaxačních technik, jógy a psychoterapie.
- Změny mozku, k nimž dochází u závislých při abstinenci
Abstinence vede u závislých ke zvýšení objemu mozkové tkáně. To je dáno vznikem nových spojení mezi mozkovými buňkami. Navíc dochází ke vzniku nových mozkových buněk. To se děje i za normálních okolností mimo jiné v hippocampu, což je část mozku důležitá pro paměť.

2.1 ZNAKY ZÁVISLOSTI

Nešpor (2007) uvádí 6 znaků závislosti:

1. Silná touha užívat látku - craving, bažení

Nešpor vysvětluje (1999), že bažení není totéž, co chtění výčtem následujících objektivních projevů při psychickém bažení:

- Aktivace určitých částí mozku
- Oslabení paměti
- Prodloužení reakčního času (zhoršení postřehu)
- Abnormální nález na elektroretinogramu
- Zvýšení tepové frekvence
- Snížení kožního galvanického odporu (vyšší aktivita potních žláz a snížení kožní teploty provází vystavení „spouštěčům“)
- Vyšší salivace (slinění)

Řada z uvedených změn se kryje s příznaky stresu. Bažení zhoršuje riziko recidivy, ale za určitých okolností může vést k větší opatrnosti a k tomu, že se závislí v budoucnu vyhýbají nebezpečným situacím nebo že se na ně lépe připraví. Dále pokračujeme výčtem dalších znaků závislosti dle Nešpora (2007):

2. Zhoršené sebeovládání

Tento znak souvisí s cravingem. Oba znaky se ale nemusí vyskytovat současně. Někdo může mít sklon craving popírat a potlačovat. Úzkost, která vznikne, ale může craving ještě zesílit a dále oslabit jeho sebeovládání. Craving je příznak subjektivní, zatímco zhoršené sebeovládání se týká chování.

3. Somatický odvykací stav

Pro tuto diagnózu musí být splněna následující kritéria:

- Nedávné vysazení nebo omezení látky po opakovaném nebo dlouhodobém užívání
- Příznaky jsou v souladu se známými známkami odvykacího syndromu (u odvykacího syndromu alkoholiků se jedná alespoň o 3 příznaky z následujících: bolesti hlavy, pocení, zrychlený tep, zrychlený krevní tlak, tzv. velké epileptické záchvaty, nevolnost, zvracení, přechodné halucinace, psychomotorický neklid, pocit choroby a slabosti, nespavost, třes jazyka, víček nebo prstů).
- Příznaky nejsou vysvětlitelné tělesným onemocněním ani jinou psychickou či behaviorální poruchou.

4. Růst tolerance

Růst tolerance se projevuje tím, že k dosažení stejného účinku je třeba vyšších dávek látek nebo že stejné dávky mají nižší účinek. Zvýšená tolerance může vzniknout v důsledku nižší reaktivity CNS na návykovou látku, nebo že látka je rychleji odbourávána (rychlejší odbourávání alkoholu v játrech).

5. Zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů

Rozumíme tím zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo zotavení se z jejího účinku.

6. Pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků

Toto kritérium je splněno, pokud je pacient o škodlivých následcích informován.

2.2 PŘÍZNAKY ABÚZU NA PRACOVÍŠTI

Skála (1988, s. 17) popisuje 10 příznaků, kterých si mohou všimnout spolupracovníci dle výzkumu v USA Maxwell:

„1. Kocovina při práci po předcházejícím abúzu (bolesti hlavy, neschopnost pracovního výkonu, ochablost, malátnost, deprese, neschopnost soustředění, 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 představeným a spolupracovníkům.

10. Zanedbávání detailů v pracovním procesu.“

Podle jednorázového šetření (Skála, 1988) výskytu příznaků na protialkoholním oddělení v Praze byly tyto příznaky rozšířeny o:

- Vybírání dovolených po dnech
- Pozdní příchody do práce
- Pití před prací
- Pití po práci
- Zanedbaný zevnějšek.

3. DĚTI ALKOHOLIKŮ

3.1 VÝCHOVA DÍTĚTE RODIČEM ZÁVISLÝM NA ALKOHOLU

Rizikovostí alkoholismem narušené stability rodinného prostředí na dospívající děti, na jejich pubertální krize, často spojené s pitím nebo ještě hůře s drogami se zabývá Profous, který uvádí (2013, s. 72), „že z *dobré poloviny bývají právě při drogování dětí zjišťovány vážné závady v rodinném prostředí. Rozvedené matky často samy při nejlepší vůli nezajistí optimální proti-drogovou prevenci – pro výchovnou rovnováhu doma přece jen schází souhra obou rodičů. Rizikovost alkoholismem rozháraného rodinného prostředí je i v tom, že děti z něj při první příležitosti odcházejí. Ještě nepřipraveny pro život z něho vlastně prchají. Jde často o velmi zbrklá rozhodnutí na podkladě krátkodobých, delšími zkušenostmi neověřených známostí. Někdy nevím, komu pak v duchu více doma vyčítají, zda pijícímu otci, který pití upřednostňuje před rodinou, nebo nic neřešící matce. Překvapivé může být zjištění, že si děti následky dysfunkčnosti rodiny pro alkoholismus otce odnášejí hluboko do dospělosti. Tedy další nebezpečí z prodlení. V rodinném poradenství se dříve tradovalo tvrdé, ale uznávané zjištění: než žádný otec, je lepší špatný otec; než pijící otec, je lepší žádný otec.“*

3.2 PROBLÉMY DĚTÍ PIJÍCÍCH RODIČŮ

Nešpor (2001) poukazuje, že děti pijících rodičů byly předmětem mnoha studií, které ukazují na zvýšené riziko celé řady problémů během dětství. Tyto problémy lze sestavit do tří hlavních okruhů:

1. **Antisociální chování** (děti mají zvýšené riziko agresivního chování, delikvence, hyperaktivity dalších forem porušeného chování)
2. **Emoční problémy** (psychosomatické problémy – např. astma, noční pomočování, negativní přístup k rodičům i sobě samým, sebeobviňování, deprese)
3. **Škola** – obtíže s učením, ztráta soustředěnosti, špatný prospěch, problémy s chováním – agrese, záškoláctví.

Nešpor (tamtéž) odkazuje na výzkum, který byl provedený ve Španělsku (Information provided by ABS), a který potvrdil, že děti alkoholiků jsou statisticky významně více postiženi než jiné děti. Jedná se zejména o tyto poruchy:

- vyšší výskyt anorexie a jiných poruch příjmu potravy
- horší tělesný vývoj
- horší komunikační dovednosti
- častější výskyt nespavosti
- výskyt depresivních příznaků
- častější výskyt poruch chování
- častější výskyt fobií a poruch, které jsou vázány na úzkost

Jeden britský sociální pracovník (Nešpor, tamtéž), který je zaměstnancem dětské telefonní linky důvěry (S Kork: What are the problems for children? In Alcohol Problems and the Family.Conference Report IAS.1995), shrnul výpovědi dětí o jejich zážitcích:

- musí převzít odpovědnost za rodiče
- cítí se trapně a za rodiče se stydí; nemohou si domů přivést kamarády
- mají problémy ve škole
- jsou šikanováni
- stále musí na něco myslet a nemohou se soustředit
- obávají se, co najdou při návratech domů
- jsou svědky neustálých sporů a hádek
- cítí vinu a odpovědnost za chování rodičů
- cítí beznaděj, bezmocnost, podrážděnost, nervozitu, depresi, zklamání, nespokojenost, zmatenost, samotu, úzkost, hněv a zlost.

Uvádí, že děti v rodině s problémovým pitím mohou být postiženi různě a různě přecházejí z role do role podle jejich věku. Prvorozené dítě se může stát „hrdinou“ (přebírá role a povinnosti dospělých), druhé může být obětním beránkem nebo rebellem (může mít problémy se vztahy, delikvencí), třetí se stane „ztraceným“ dítětem (nárokuje si málo od ostatních členů rodiny, tzv. hraje druhé housle) a čtvrté je vtipálek - nezralý a náročný (S. Wegscheider.Es gibt doch eine Chance. Hoffnung und Heilung für die Alkoholikerfamilie.1998). Upozorňuje však, že není jasné, jak solidní jsou základy této typologie. Popisuje rozdíly v prožívání problémů: tyto děti nesou zvýšené riziko

problémů, ale ne u všech se problémy vyskytnou na téže úrovni závažnosti: Některé z nich nezažijí žádné významné problémy ani jako děti, ani v dospělosti. Podle výzkumu (R. Welleman: Resilient and Un-Resilient Transitions to Adulthood: The Children of Problem Drinking Parents. In Alcohol Problems in the Family. IAS Conference Report 1995) jsou hlavními faktory, které mohou ovlivnit výskyt problémů a tím i stupeň negativity zážitků:

- je-li dítě svědkem **násilí**, a to i když není přímo jeho terčem
- **manželský konflikt**
- **odloučení, rozvod a ztráta rodiče**
- **inkonzistence a ambivalence rodičů** – oba aspekty jsou spojeny s nepředvídatelností života domácnosti s problémovým pitím. Řada vědeckých prací se shoduje v tom, že zejména v raném věku mají děti silnou potřebu struktury, důvěrně známých věcí, stability a předvídatelnosti.

Zakladatelka a prezidentka Institutu pro poradenství a školení v New Jersey Janet Geringer Woititzová ve své knize Dospělé děti alkoholiků (1998) popisuje charakteristiky dětí, které vyrostly v prostředí, kde jeden z rodičů případně oba byli alkoholici:

- Tyto děti si v dospělosti nejsou jisty tím, jaké chování je normální
- Mají těžkosti při dotahování úkolů do konce
- Lžou v situacích, kdy by bylo snadné říci pravdu
- Posuzují samy sebe bez slitování
- Mají problém se bavit
- Berou samy sebe velice vážně
- Mají problém s důvěrnými vztahy
- Reagují nepřiměřeně na změny, které nemohou ovlivnit
- Neustále hledají a vyžadují pochvalu a ujištění
- Cítí, že jsou jiné než ostatní lidé
- Jsou buď mimořádně odpovědné, nebo mimořádně nezodpovědné
- Jsou extrémně loajální, a to i tehdy, je-li jejich loajalita nezasloužená
- Jsou impulzivní, se sklonem nechat se vtáhnout do průběhu nějaké události, aniž by vážně uvažovaly o jiných alternativách nebo možných důsledcích. Tato impulzivnost pak vede k vnitřnímu chaosu, k averzi vůči vlastní osobě a ke ztrátě

kontroly nad svým prostředím. Musí vynakládat velké úsilí, aby věci daly zase do pořádku.

3.3 PREVENCE U DĚTÍ ZÁVISLÝCH

„Děti z rodin, kde se vyskytuje závislost, jsou více ohroženy. Je proto vhodné uvažovat s pacienty o způsobech prevence v rodině např. na základě následujících zásad:

- *získat důvěru dítěte*
- *umět s dětmi mluvit o alkoholu a o drogách*
- *přecházet nudě;*
- *vytvořit zdravá pravidla v rodině*
- *být pro dítě nositelem dobrých hodnot*
- *pomoci dítěti bránit se nevhodné společnosti*
- *posilovat zdravé sebevědomí dítěte*
- *dobře spolupracovat při prevenci u dětí v rámci rodiny i mimo ni.“*

(Nešpor, 2007, s. 129)

Nešpor dále (2007) udává tyto rizikové faktory:

- Výskyt jakékoliv neléčené návykové choroby. Neplatí pouze, že děti rodičů závislých na alkoholu se častěji samy stávají závislé na alkoholu, ale tyto děti jsou více ohroženy i závislostí na jiných látkách. Podobně jsou ohroženy i děti z rodin, kde se u rodičů objevil problém s patologickým hráčstvím.
- Neexistují jasná pravidla, která se týkají chování dítěte
- Nedostatek času na dítě zejména v dětství, málo péče, nedostatečný dohled, nedostatečné citové vazby
- Nesoustavná a přehnaná přísnost, nepřiměřené fyzické násilí vůči dítěti, týrání dítěte, sexuální zneužívání dítěte
- Schvalování pití alkoholu a užívání drog
- Podceňování dítěte
- Osamělí rodiče, lhostejní vůči širšímu okolí nebo nepřátelští
- Vážná duševní porucha či nemoc rodičů
- Těžké finanční podmínky rodiny

- Špatně fungující rodina, výchova pouze jedním rodičem, který ji nezvládá a nemá možnost využít pomoci dalších příbuzných
- Časté stěhování rodiny
- Dítě žije bez domova
- Závislost na návykové látce, užívání návykové látky
- Pokud manžel (manželka) funguje jako „umožňovač“, tedy někdo, kdo usnadňuje návykové chování a chrání závislého před následky, čímž mu oslabuje motivaci k pozitivní změně.

3.3.1 DOSPÍVAJÍCÍ DĚTI

Nešpor (2001) upozorňuje na zvláštnosti dětí, které dospívají. Jedná se o věkovou skupinu mezi 12 až 20 lety, což je poměrně dlouhé pásmo. Přitom přístup k dvanáctiletému dítěti a k dvacetiletému „dítěti“ se liší.

„Dospívání je také období, kdy se dítě připravuje na své budoucí povolání a samostatný život mimo rodinu. S tím související stres nebývá zanedbatelný ani u dětí, které ve škole dobře prospívají. O to obtížnější je toto období pro děti, které mají studijní problémy, které se nedostaly na vysněnou školu, které nezvládají nároky zvolené profese nebo nenacházejí po skončení školy přiměřené uplatnění. Rodiče by měli umožnit rozvoj schopností a nadání dospívajícího, ale zároveň na něj neklást nároky, které nedokáže splnit.“ (Nešpor, 2001, s. 40)

Alkohol a jiné drogy dle Nešpora (2007) narušují vytváření sítí mozkových buněk, které v dospívání probíhá, a tím vedou k znevýhodnění dospívajících. Bývá u nich též patrné zaostávání v psychosociálním vývoji (vzdělávání, citové vyžívání, sebekontrola, sociální dovednosti). I pouhé „experimentování“ je spojeno s většími problémy v různých oblastech života (rodina, škola, trestná činnost). Dospívající mají též častější tendenci zneužívat širší spektrum návykových látek a přecházet od jedné k druhé nebo více látek současně.

„Mnohé děti, které hodnoty rodičů v pubertě odmítaly, se k nim často v pozdějších letech v té či oné podobě vracejí.“ (Nešpor, 2001, s. 22), proto by rodiče neměli být příliš skeptičtí.

3.3.2 MLADŠÍ ŠKOLNÍ VĚK (6 – 12 LET)

Užívání návykových látek zejména alkoholu a tabáku není dle Nešpora (2001) vzácností. Lze se setkat i s dětmi v této věkové kategorii, kteří jsou na návykových látkách už závislé.

Doporučuje v tomto věku nespécifickou prevenci (prohlubování dovedností, jak si chránit zdraví, schopnost svěřit se v nebezpečných situacích důvěryhodnému dospělému) a začít se specifickou prevencí (vysvětlení konkrétních návykových rizik, s nimiž se může dítě setkat). Jednoznačně dítě informovat o škodlivosti alkoholu, tabáku, drog a hazardních her. Zdůrazňovat hodnoty zdraví, posilovat přání být zdrav. Návykové látky včetně alkoholu a tabáku by neměly být dítěti doma dostupné a rodiče by mu měli pití alkoholu a kouření jednoznačně zakazovat a to i při mimořádných příležitostech jakými jsou např. Silvestr a různé rodinné oslavy.

3.3.3 PŘEDŠKOLNÍ VĚK (3 – 6 LET)

Zajistit bezpečí dětí, které jsou v tomto věku živé, pohyblivé a roztomilé může být (Nešpor, 2001) někdy nesnadné, ale o to důležitější. K rizikům patří alkohol nebo léky z domácí lékárničky. Otravy takto malých dětí nastávají už po velmi malých dávkách. Rodiče by měli být dostatečně laskaví a měli by dále učit dítě, co smí a co už rozhodně ne a zřetelně vymežit hranice toho, co je přijatelné. Naprosto nepřijatelným chováním je, pokud by si dítě bralo alkohol a léky ze své vlastní iniciativy.

3.3.4 BATOLECÍ VĚK (1 – 3 ROKY)

Prevence problémů s návykovými látkami v tomto věku je (Nešpor, 2001) velmi nespécifická. Důležité je vytvářet a udržovat bezpečné a předvídatelné prostředí. Rodiče by měli být trpěliví. Měli by prosazovat hranice toho, co dítě smí a co už ne a zároveň umožnit dítěti, aby mohlo projevit, co cítí. Měli by umět s dítětem komunikovat.

3.3.5 NOVOROZENECKÝ A KOJENECKÝ VĚK (DO JEDNOHO ROKU)

„Dobře prožité první roky života nejsou jistě všechno, ale dávají do života dobrý start. Takové děti bývají optimističtější a dokážou navazovat hlubší citové vztahy, a to i k rodičům. Bývají také méně často smutné, agresivní a je u nich menší riziko trestné činnosti a problémů s návykovými látkami. Jsou i zdravější, protože jejich organismus nebyl v časném dětství vystavován chronickému stresu.“ (Nešpor, 2001, s. 32)

První roky života jsou dle Nešpora (2001) pro dítě velmi důležité z hlediska vytváření citových vazeb. Mateřská péče je nenahraditelná a rozhodně nemůže spoléhat na příznivý vliv vrstevníků.

3.4 JAKÉ CHOVÁNÍ JE VHODNÉ UPLATNIT

Můžeme se snažit uplatnit vhodné a nevhodné chování (Nešpor, 2001):

Co je vhodné

- Léčba včetně abstinence
- Dítě před alkoholem varovat, protože je pro něj ještě nebezpečnější než pro jeho vrstevníky
- Vysvětlit dítěti problém se závislostí na alkoholu jako nemoc
- Jestliže jeden z rodičů z důvodu závislosti přestává fungovat, mohou ho nahradit jiní dospělí členové rodiny. Důležité je, aby si k nim dítě vytvořilo dobrou citovou vazbu.
- Povzbuzovat sebevědomí dětí, nacházet důvody, proč je chválit
- Dítě by mělo mít možnost věnovat se záležitostem, které odpovídají jeho věku
- Důležité je vytvořit jim bezpečné prostředí (význam společné jídlo, oslavy svátků, narozenin, apod.)

Co není vhodné

- Pokoušet se učit děti kontrolovaně pít. Závislost se u dětí rozvíjí mnohem rychleji než v dospělosti.
- Vyvolávat v nich pocity viny.
- Používat je k tomu, aby přesvědčovaly rodiče, ať nepijí.

- Přetěžovat děti a chtít na nich, aby zastaly to, co má dělat a nedělá selhávající rodič. Předčasně je vyhánět z dětství do světa dospělých, protože to ohrožuje jejich zdravý vývoj.
- Podceňovat bezpečnost dětí v rodinách, kde mají rodiče problém s alkoholem. Riziko sexuálního zneužití, týrání nebo zanedbávání je zde podstatně vyšší. V takovém případě je třeba se obrátit na zdravotníky, policii nebo oddělení péče o děti příslušného úřadu.
V publikaci *Návykové chování a závislost (2007)* popisuje Nešpor prorektivní (ochranné) činitele při výchově dětí:
 - Přiměřenou péči, dostatek času na dítě
 - Vyžadování dodržování jasných pravidel týkajících se chování
 - Sdílení zodpovědnosti v rodině – spolupráci rodičů na výchově
 - Odmítání alkoholu, tabáku a drog rodiči zejména v rodinách s malými a dospívajícími dětmi
 - Osvojení si dobrého způsobu, jak zvládat stres
 - Projevovat vůči dítěti respekt při existenci jasných a přiměřených očekávání od chování a jednání dítěte
 - Zajistit dítěti ochranu, bezpečí a přiměřené uspokojování jeho potřeb
 - Duševní zdraví rodičů
 - Rodiče jsou dobře přizpůsobeni ve společnosti a mají snahu pomáhat druhým
 - Rodiče dítěti dokáží vyhledat dobré zájmy
 - Dobré mezigenerační vztahy a kvalitní spolupráce mezi generacemi (s prarodiči dítěte)
 - Uplatňování „tvrdé lásky“ ze strany rodičů, příbuzných a dalších blízkých lidí, kteří dokáží poskytnout pocit citové opory a jsou vřelí, ale na druhé straně trvají na pozitivní změně a zvyšují tak motivaci dítěte.

3.5 MATKA-ALKOHOLIČKA

Dle Válkové (1988, s. 102) *„praxe ukazuje, že riziko sociálně patologického poškození dětí v rodině s matkou-alkoholičkou je vyšší, než bude-li se takto chovat otec.*

Naštěstí je výskyt ženského alkoholismu v porovnání s mužským výrazně nižší. V obou případech zůstává faktem nebezpečí generačního přenosu alkoholismu.“

Dále se Válková zabývala sociálním vlivem a dědičností (1988, s. 103) „A jsme u dávných sporů a diskusí, které se rozvíjejí kolem otázky, zda je to vliv sociální, respektive výchovný, anebo dědičnost, která především determinuje budoucí vztah k alkoholu u dětí narozených v rodinách s alkoholickými problémy. Doposud získané poznatky neumožňují vyvodit závěr, který by zodpověděl tuto otázku jednoznačně ve prospěch jedné či druhé alternativy. Zatímco starší studie vyzdvihovaly vlivy prostředí, nedávné výzkumy provedené v této oblasti částečně zpochybnily závěry přisuzující rozhodující vliv sociálnímu prostředí. Přestože se však prokázal jednoznačně podíl genetických faktorů na budoucím problémově alkoholickém chování, vliv prostředí a tedy i míra jeho podílu na vzniku a vývoji alkoholismu tím popřeny nebyly.“

3.5.1 FETÁLNÍ ALKOHOLOVÝ SYNDROM

„Prosím, nechtějte po mámě, aby přestala kouřit... Je lepší, když kouří, než když pije.“

Chlapec s fetálním alkoholovým syndromem (Nešpor, 2001, s. 2)

Fetopatie je dle Machové, (2010) poškození dítěte v období fetálním po skončení organogeneze. Škodlivina může způsobit retardaci nebo zastavení dalšího vývoje orgánu, zejména mozku. „Pití alkoholu v těhotenství poškozuje vyvíjející se mozek plodu a způsobuje u dítěte mentální retardaci. Alkoholismus matky vyvolává řadu vývojových poruch, označovaných souborně jako **fetální alkoholový syndrom**. Kromě mentální retardace je spojen především se změnami v utváření obličeje, ušních boltců a s retardací růstu. Používání alkoholu matkou je jedním z častých anamnestických údajů u těžce mentálně retardovaných svěřenců ústavů sociální péče.“ (Machová, Biologie člověka pro učitele, 2010, s. 190)

Fetální alkoholový syndrom je definován (Nešpor, 2001, s. 25):

- „Retardací růstu plodu
- Postižením centrálního nervového systému (neurologické abnormality, vývojové opoždění, porucha intelektu, obvod hlavy pod hodnotou 3. centilu, malformace mozku)

➤ *Charakteristickou deformací obličej.*

Byly popsány i další, méně významné abnormality, postihující všechny tělní systémy, považované za manifestaci účinků alkoholu na plod.“

Tento syndrom dle autorů českého vydání zprávy pro Evropskou unii (Nešpor, 2001) nepostihuje všechny děti, které se narodí ženám silně pijícím alkohol. Vyskytuje se jen asi u jedné třetiny dětí, jejichž matky pijí více než 2 gramy na kilogram své tělesné hmotnosti. Rozdílná citlivost plodů je patrně multifaktoriálně založena a odráží interakci konzumace a alkoholu s genetickými faktory, sociální deprivací, nutričními nedostatky, abúzem tabáku a jiných drog. Výskyt účinků alkoholu na plod může být mnohem vyšší, než je incidence fetálního alkoholového syndromu.

„Podle některých studií mají děti narozené matkám, pijícím v průměru již pouhý jeden nebo dva drinky denně nebo příležitostně pijícím pět a více drinků najednou, zvýšené rizika neschopnosti učit se a dalších kognitivních a behaviorálních problémů. Je však obtížné určit frekvenci vrozeného defektu, který je v době narození těžko k poznání a může být zaměněn za jiné zdravotní problémy.“ (Nešpor, 2001, s. 26)

3.6 VLIV ALKOHOLU NA ZÁRODEČNÉ BUŇKY

„Alkohol se v lidském těle dostane k zárodečným buňkám prostřednictvím krevního oběhu tak, jak proniká ke všem tělesným tkáním, buňkám a tekutinám. U muže, v jehož krvi byla zjištěna hladina promile alkoholu, byla zjištěna jen o něco málo menší koncentrace v jeho spermatu za dvě hodiny po požití alkoholických nápojů. Z této okolnosti pak vycházelo dřívější tvrzení, že alkoholem prosycené zárodečné buňky z těla již odloučené, se nemohou zbavit alkoholu, jak to umí živý organismus. Jestliže by pak došlo v takovém okamžiku k aktu oplodnění, je prý zárodečná buňka alkoholem poškozena, což má za následek výskyt vrozených vad nebo degenerovanost plodu.“

(Skála, 1988, s. 79). Dále Skála (tamtéž) uvádí, že lze velmi opatrně hodnotit, co je příčinou a co je následkem v otázce vlivu dědičné výbavy rodičů nadměrně požívajících alkohol na své potomky.

4. FORMY LÉČENÍ

4.1 ÚSTAVNÍ NEBO AMBULANTNÍ FORMA LÉČENÍ

Pomoc lze hledat (Profous, 2013) ve specializovaných ambulancích – ordinacích pro alkoholismus a toxikomanie (OAT). Nahrazují je i soukromí ambulantní psychiatři, kteří se mimo vlastní praxi věnují i léčbám závislostí. Dále existují psychoterapeutické skupiny pro pacienty, pro rodinné příslušníky, doléčovací skupiny a klubové aktivity. Nejdůležitější je pijícího vyzvat k léčbě. Pokud se týká dětí – závislých na alkoholu, mohou využít tato zařízení: Zařízení pro děti a mládež – pro děti do 15 let a jejich rodiny – Triangl, Thomayerova nemocnice, pro mládež 15-18 let Alternativa – Čakovická 51, Praha 9, dětská detoxifikační jednotka pro děti a mládež do 18 let: Nemocnice pod Petřínem, Vlašská 36, Praha 1. V léčbě by zásadě měla být preferována dle Profouse (2013) zprvu léčba ambulantní. Až po jejích nezdarech by měla následovat léčba ústavní. Různé formy psychoterapie v ústavní léčbě působí denně, v ambulantní 1x týdně. Přednáškami jsou poskytovány informace o nemoci a jejích důsledcích. Z deníků se terapeuti denně dozvídají údaje o pacientovi a jeho současném stavu i průběžně o situaci v jeho rodině. Pozorují ho v akci, lépe se orientují. Režim léčby vtiskuje také šablonu pro pravidelné stravování, pro otužování a sportovní aktivity. Osvojit si tyto návyky ambulantně je daleko těžší.

„Obě formy protialkoholní léčby jsou však jen jakousi vývojkou, ustálení přinese až navazující dlouhodobé ambulantní, pak klubové doléčování. Bez kontaktu s doléčováním výsledek žel obvykle zplání!“ (Profous, 2013, s. 87)

U rozvinutých forem závislosti dávají odborníci přednost ústavnímu léčení většinou v délce 3 měsíců a po úspěšném absolvování teprve ambulantnímu docházení do AT poradny.

4.2 ANONYMNÍ ALKOHOLICI

Anonymní alkoholici (Nešpor, 2007) jsou známou organizací, která působí po celém světě. Vznikli dávno před prvními terapeutickými komunitami i před tím, než se rozšířila skupinová terapie.

Dalšími organizacemi dle Nešpora (2007) jsou Alateen – pro dospívající děti z rodin, kde se vyskytuje závislost na alkoholu, Anonymní rodiče - pro rodiče, jejichž děti jsou závislé na alkoholu nebo drogách a obdobné organizace jsou též pro osoby, které jsou závislé na drogách, tabáku, patologické hráče, přejídače a workaholiky. Mohou se setkávat dle potřeby i mezi sebou.

Setkání zahajuje (Nešpor, 2007) a končí volený předseda. Účastníci se oslovují křestními jmény. Ti, kdo jsou pod vlivem alkoholu se mohou zúčastnit, ale nesmí mluvit. Setkání se většinou zahajují společnou modlitbou - „*At' dokážu přijmout to, co nemohu změnit, dostanu odvahu změnit to, co změnit mohu, a moudrost rozpoznat jedno od druhého*“ (Nešpor, 2007, s. 104). Následuje vyprávění vlastních příběhů, přestávka, kdy se podává káva, čaj a lehké občerstvení. Na závěr se zařazuje modlitba a často i informace o dalším setkání. Organizace má důkladně rozpracovaný systém patronství, při kterém poskytuje zkušený abstinující člen organizace oporu nováčkovi. Neváže se na žádné konkrétní náboženství. Anonymní alkoholici používají určité rituály a opakují určité formulace (např. Modlitbu míru) a tím pomáhají členům, aby si tyto zásady a formulace zapamatovali. Takovéto učení je pak odolné i vůči stresu a bažení.

4.3 DOLÉČOVACÍ SKUPINA

Cílem doléčovací skupiny je předcházení, případně zvládnutí **relapsu**, ale také rozvíjení schopností pro dlouhodobé udržení abstinence - např. zvládnutí bažení, posilování motivace k trvalé abstinenci a práce s emocemi a mezilidskými vztahy klientů. „*Úspěšnost léčby alkoholiků závisí nejen na léčbě samé, ale na vzájemné spolupráci jak léčených, tak zdravotníků a okolí léčeného (rodiny, spoluzaměstnanců).*“ (Janík, 1990, s. 70)

4.4 RECIDIVY (RELAPS)

„Všechny nemoci mají tendenci se vracet. Alkoholismus je choroba recidivující. Jen jednomu z deseti léčených se v prvních deseti letech abstinence podařilo abstinovat z jedné vody zcela načisto To zjistil a publikoval zakladatel Apolináře doc. MUDr. Jaroslav Skála.“ (Profous, 2013, s. 89)

Rodina by neměla dle Profouse (2013) budovat nejbližší perspektivu na zcela kategorickém předpokladu nepřetržitého udržení čisté abstinence. Je nutno se připravit na možnou chybu. Někteří dokonce recidivují vzápětí po skončené ústavní léčbě. Okolí na ni jako na možnost vývoje musí být připraveno. Nesmí ztratit trpělivost, zpanikařit, všechno bezhlavě vzdávat. S terapeutem je pak nutno promyslet, co bylo zanedbáno a poučit se z chyb. To lze ovšem pouze za předpokladu, že dotyčného recidiva mrzí, že ji vnímá jako chybu. Krizová místa v léčebném procesu jsou koncem 3. měsíce léčby, koncem prvního roku a koncem třetího roku.

Tradovaná poučka Anonymních alkoholiků (Profous, 2013, s. 31): *„Alkoholikovi pomůžeš, když mu nepomůžeš. Pokud mu pomůžeš, budeš mu muset pomáhat celý život.“* Řešení léčbou (Profous, 2013, s. 31) *„nesmí přijít příliš pozdě, ale ani příliš brzy. Lehké i těžké případy alkoholové závislosti mají totiž naprosto stejnou léčebnou doktrínu. Všechny vyžadují respektování úplné a trvalé abstinence.“*

„Nestačí tedy jen mlčky souhlasit či podporovat boj proti alkoholu a drogám slovem, ale i v oblasti prevence a výchovy platí, že činy se nemají rozcházet se slovy a že jen ten, kdo jedná, má šanci měnit sebe i okolní svět. A mít jej lepší než je, mít okolo sebe zdravé, sebevědomé, tvořivé a spokojené lidi, milence a otce a matky, skotačivé, bezstarostné a smějící se děti, vidět je všechny okolo míče, koloběžky, uprostřed hraček, s jejich jasnou budoucností, to nepochybně stojí námahu... vlastně jen trochu námahy, protože kdyby každý jen trochu pomohl... pak racionální soužití s alkoholem a drogami, jejich působení jen v pevně ohraničeném prostoru by nemohlo být pro lidi problémem. Lidé nesmějí být mrzačeni na těle a duchu a zabíjení alkoholem a drogami. Svobodní ať jsou lidé, pouta ať mají alkohol, drogy a nikotin.“ (Válková, 1988, s. 157)

4.5 PREVENTIVNÍ POSTUPY

„1. Všichni lidé mají právo na život v rodině, společnosti a v pracovním prostředí, kde budou chráněni před úrazy, násilím a dalšími negativními důsledky konzumu alkoholu.

2. Všichni lidé mají od časného věku právo na nestranné informace a vzdělávání týkající se následků konzumu alkoholu pro zdraví, rodinu i pro společnost.

3. Všechny děti a všichni dospívající mají právo vyrůstat v prostředí, které je chráněno před negativními důsledky konzumu alkoholu a pokud možno i před propagováním alkoholických nápojů.

4. Všichni lidé, kteří rizikově nebo škodlivě požívají alkoholické nápoje, a členové jejich rodin, mají právo na dostupnou léčbu a péči.

5. Všichni lidé, kteří si nepřejí požívat alkoholické nápoje, nebo kteří je požívat nemohou ze zdravotních nebo jiných důvodů, mají právo být chráněni před tlakem alkoholické nápoje pít. Při odmítání alkoholu by se jim mělo dostávat podpory.“

(Nešpor, 2007, s. 160) Etické principy Evropské charty o alkoholu, která byla přijata v roce 1995

Hladík (dostupné z www.vyzkum-mladez.cz/zprava/1403866205.pdf 2016-02-19) uvádí, že srovnání současné reality užívání alkoholu mládeží s obsahem těchto principů ukazuje, jak je **skutečnost vzdálená od proklamovaných cílů.**

„Tradičně se rozlišuje primární prevence, usilující zabránit vzniku problémů, a sekundární prevence, soustředující se na včasné rozpoznání a minimalizaci škod. Konečně terciární prevence se týká optimální rehabilitace. I když je tento v podstatě medicínský model platný i pro problémy s alkoholem, v praxi dochází při plánování na úrovni komunity ke značným přesahům mezi těmito kategoriemi. Jiným modelem je klasifikace preventivních postupů podle toho, zda kladou důraz na pijáka jako jednotlivce, společenský kontext, v jehož rámci se pití odehrává, na převažující způsoby konzumace a konečně na alkohol jako takový a jeho dostupnost.“ (Ritson, Komunitní přístupy k řešení problémů s alkoholem, 2002, s. 12)

PRAKTICKÁ ČÁST

5. ALKOHOL A RODINA

„Představa o alkoholu i znalost jeho účinků, výhod a problémů s alkoholem souvisejících se vytváří již v časném věku. Nejdůležitější pro předávání zkušeností z generace na generaci je rodina. Proto nepřekvapí, že postoje rodičů a jejich názor na alkohol a zejména jejich osobní návyky v pití alkoholu mají výrazný vliv na potomky. Většina dětí se s alkoholem seznamuje prostřednictvím rodičů, některé již v časném věku, jiné až krátce před dvacátým rokem. Také rozdíly ve zvyklostech pití alkoholu a očekávání s ním spojená se přenášejí během dětství. V jeho průběhu jsou přejímány náboženské, sociální, kulturní a místní tradice i mnohé neoficiální regulační nástroje, které se váží k pití alkoholu. Je proto třeba, aby byla edukace prvořadě zaměřena na rodinu. Právě rodina je prostředím, kde se jedinec poprvé setká se škodlivým nebo nadměrným pitím a problémy s ním spojenými. Edukace zaměřená směrem k rodině by měla pomoci vybavit její členy znalostmi a dovednostmi, potřebnými pro předání informací o rozumném pití a způsobu, jak se vypořádat s problémy, které mají vztah k alkoholu.“ (Ritson, 2002, s. 41)

5.1 STANOVENÍ CÍLE, HYPOTÉZ A METOD VÝZKUMU, ČASOVÉ VYMEZENÍ VÝZKUMU

Výzkum byl prováděn v ČR, v Praze, v měsících srpen, září, listopad 2015 a leden 2016. Byl zaměřen na výchovné působení rodičů v otázkách pití alkoholu v rodinách, které jsou zatíženy abúzem některého z rodičů a na druhé straně v rodinách žáků MŠ a ZŠ Na Beránku, kde rodiče nadměrným pitím e zatíženi nejsou. Závěrem je analýza způsobu výchovy a postoje rodičů k pití alkoholických nápojů nezletilými.

Cílem výzkumné činnosti bylo:

1. Zjistit postoj k výchově dětí do 15 let ve vztahu k požívání alkoholických nápojů v rodinách zatížených abúzem ve skupině pro příbuzné pacientů s abúzem Psychiatrické kliniky v Bohnicích
2. Zjistit postoj k výchově dětí do 15 let ve vztahu k požívání alkoholických nápojů v rodinách, kde rodiče nejsou a nebyli léčeni pro abúzus – v MŠ a ZŠ Na Beránku Praha 12
3. Porovnat výchovné přístupy obou skupin, u nejzásadnějších otázek s použitím grafů
4. Na kazuistice – případové studii ukázat problém abúzu v rodině 17 letého chlapce.
5. Zhodnotit tyto případy.

Hypotézy:

H1 Přístup k pití alkoholických nápojů nezletilých ve skupině, kde někdo z rodičů byl léčen pro nadměrné pití alkoholu a jsou tedy známy důsledky závislosti, bude obezřetnější.

H2 Problém užívání alkoholových nápojů mladistvými je celkově společností a rodiči podceňován.

Pro výzkum byla využita metoda kvantitativní, technika dotazníku a kazuistika.

Stěžejní technikou výzkumu byl dotazník. Výsledky vlastního šetření byly zaneseny do tabulek.

Časový harmonogram

Červenec 2015	příprava výzkumu
Říjen – prosinec 2015	výzkum
Leden 2016	vyhodnocení a interpretace

5.2 CHARAKTERISTIKA TECHNIKY VÝZKUMNÉHO PROJEKTU

V dotazníku byly položeny otázky, které sledovaly přístup rodičů k využití volného času a toleranci k nabízení alkoholických nápojů dětem a mladistvým. Celkem dotazník obsahoval 11 otázek. Až na otázku č. 1 byly pro obě skupiny - (pro skupinu rodin zatížených abúzem (A) i pro intaktní skupinu (B) stejné. Otázka č. 1 byla v dotazníku A rozšířena o možnost odpovědi, kdy respondent je příbuzný dítěte. Všechny otázky byly uzavřené. Kromě přístupu respondentů k otázkám nabízení alkoholu mladistvým byly zaměřeny na trávení volného času dětí a počtu dětí v rodině.

Charakteristika výběru zkoumaných osob

Dotazníkový soubor měl 69 respondentů ze skupiny pro příbuzné pacientů oddělení pro léčbu závislostí Psychiatrické kliniky v Praze - Bohnicích a 87 respondentů rodičů dětí ze Základní a Mateřské školy v Praze 12 Na Beránku, kteří byli vybráni klíčem každý 5. při třídních schůzkách.

Vlastní výzkum

Soubor A (rodiny zatížené abúzem) byl tvořen 69 respondenty. Soubor B (intaktní rodiny) byl tvořen 87 respondenty. Jednotlivé otázky byly analyzovány podle jednotlivých odpovědí.

5.3 DOTAZNÍK A – SKUPINA PRO PŘÍBUZNÉ PACIENTŮ

Tabulka 1A: Jste rodič, prarodič nebo příbuzný dítěte?

	Počet respondentů	%
Rodič dítěte	57	83
Prarodič dítěte	7	10
Příbuzný dítěte	5	7
CELKEM	69	100

Z počtu 69 respondentů se bylo 57 rodičů (jednalo se o matky), 7 prarodičů a 5 příbuzných.

Z celkových 11 setkání 12 osob odmítlo se ankety zúčastnit.

Tabulka 2A: Kolik dětí žije v rodině?

	Počet respondentů	%
Jedno dítě	21	31
Dvě děti	36	52
Tři a více dětí	12	17
	69	100

V rodinách převládaly rodiny se dvěma dětmi – 36 respondentů, pak následovaly rodiny s jedním dítětem – 21 respondent a nakonec se třemi a více dětmi – 12 respondentů.

Tabulka 3A: Víte, kolik času denně stráví dítě u PC?

	Počet respondentů	%
Do dvou hodin denně	10	14
Více než 2 h denně	33	48
Dítě nemá PC	22	32
Nevím	4	6
Celkem	69	100

K této otázce se 10 respondentů vyjádřilo, že dítě tráví u PC méně než 2 hodiny denně, nad 2 hodiny 33 respondentů, u 22 nemá dítě PC doma k dispozici a 4 respondenti

Tabulka 4A: Věnuje se dítě alespoň 2x týdně sportovním nebo kulturním (tanec, divadlo, hra na hudební nástroj, jazykové kurzy apod.) aktivitám?

	Počet respondentů	%
Ano	18	26
Ne	51	74
Nevím	0	0
Celkem	69	100

Většina dětí nemá zajištěny pravidelné volnočasové aktivity. Zhruba čtvrtina dětí může rozvíjet svůj talent nebo zájem.

Tabulka 5A: Domníváte se, že čas, který můžete věnovat dítěti, je dostatečný?

	Počet respondentů	%
Ano	18	26
Ne	51	74
Celkem	69	100

Většina dotázaných – 51 (74 %) pociťuje nedostatek v časových možnostech, které mohou věnovat k výchově svých dětí, event. vnoučat a příbuzných. Dostatek volného času na výchovu pociťuje 18 respondentů (26 %) – většinou ze stran prarodičů.

Tabulka 6A: Máte doma volně dostupné alkoholické nápoje?

	Počet respondentů	%
Ano	30	43
Ne	39	57
Celkem	69	100

Většina dotázaných (39) uvedla, že nemá doma volně dostupné alkoholické nápoje. Naopak volně dostupné alkoholické nápoje má doma 30 respondentů.

Tabulka 7A: Který alkoholický nápoj doma NEJVÍCE pijete?

	Počet respondentů	%
Pivo	12	17
Víno	19	28
Destiláty	6	9
Míchané nápoje	0	0
Žádný	32	46
Celkem	69	100

Z ankety vyplynulo, že nejoblíbenějším alkoholickým nápojem je víno, následuje pivo, 6 respondentů uvedlo, že dává přednost destilátům, míchané nápoje neoznačil nikdo a 32 respondentů uvedlo, že doma nepije alkoholický nápoj žádný.

Tabulka 8A: Jste ochotni při mimořádné příležitosti (Silvestr, rodinné oslavy apod.) nalít i nezletilému dítěti alkoholický nápoj?

	Počet respondentů	%
Ano	48	69
Ne	21	31
Celkem	69	100

Z odpovědí respondentů je patrné, že většina dotázaných je ochotna nalít alkohol nezletilému dítěti. Pouze 31 % dotázaných uvedlo, že je proti nabízení alkoholu mladistvým.

Tabulka 9A: Souhlasil(a) byste se zákonem, který by posunul věkovou hranici prodeje a užívání alkoholu od 21 let?

	Počet respondentů	%
Ano	13	19
Ne	51	74
Nevím	5	7
CELKEM	69	100

Většina respondentů (51) považuje hranici 18 let na legální užívání alkoholu za přijatelnou, 13 respondentů by souhlasilo s posunutím věkové hranice na 21 let a 5 respondentů nedokáže věkovou hranici určit.

Tabulka 10A: Pokud nabídnete dítěti doma alkoholický nápoj - v jakém množství?

	Počet respondentů	%
1 skleničku	34	49
2-3 skleničky	14	20
Více jak 3 skleničky	0	0
Pouze nealko	21	31
CELKEM	69	100

Většina respondentů (34) je ochotna nabídnout mladistvým 1 skleničku alkoholového nápoje, následuje skupina, která by podala 2-3 skleničky (14), k více než 3 skleničkám se nikdo z respondentů nepřiznal a 21 respondent by nabídl mladistvým pouze nealkoholický nápoj.

Tabulka 11A: Od kolika let si myslíte, že dítě může doma připíjet při mimořádných oslavách?

	Počet respondentů	%
I v předškolním věku	0	0
Od 6 let	0	0
Od 10 let	0	0
Od 12 let	18	26
Od 15 let	30	44
Od 18 let	21	30
CELKEM	69	100

Většina dotázaných (30) je ochotna souhlasit s nabízením nápojů nezletilým již od 15 let. 18 respondentů uvádí, že by byla ochotna nalít dítěti již od 12 let a 21 respondent není ochoten nabízet alkohol mladistvým.

5.4 SKUPINA B – SKUPINA Z MŠ A ZŠ NA BERÁNKU

Tabulka 1B: Jste rodič dítěte nebo prarodič?

	Počet respondentů	%
Rodič	65	75
Prarodič	22	25
Celkem	87	100

Dotazníkovým šetřením bylo osloveno 65 rodičů, což bylo 75 %. Čtvrtina oslovených – 22 respondenti byla z řad prarodičů.

Tabulka 2B: Kolik dětí žije v rodině?

	Počet respondentů	%
Jedno dítě	25	29
Dvě děti	43	49
Tři a více dětí	19	22
CELKEM	87	100

Rodiny jsou většinou vychovávány dvě děti, tak odpověděli 43 respondenti, pak následovaly rodiny s jedním dítětem v zastoupení 25 respondentů a nakonec se třemi a více dětmi, které byly zastoupeny 19 respondenty.

Tabulka 3B: Víte, kolik času denně stráví dítě u PC?

	Počet respondentů	%
Do dvou hodin denně	26	30
Více než 2 h denně	37	43
Dítě nemá PC	3	3
Nevím	21	24
Celkem	87	100

K této otázce se většina respondentů - 37 vyjádřila, že dítě tráví u PC více než 2 hodiny denně, do 2 hodin 26 respondentů, 3 děti nemají doma PC a 24 respondenti uvedli, že neví, kolik času stráví dítě u PC.

Tabulka 4B: Věnuje se dítě alespoň 2x týdně sportovním nebo kulturním (tanec, divadlo, hra na hudební nástroj, jazykové kurzy apod.) aktivitám?

	Počet respondentů	%
Ano	49	56
Ne	34	39
Nevím	4	5
Celkem	87	100

Většina dotázaných – 49 respondentů uvedla, že dítě má možnost se 2x týdně věnovat sportovním nebo kulturním zájmům, 34 respondentů potvrdilo, že dítě se pravidelně nevěnuje žádným zájmům a 4 respondenti uvedli, že neví, zda se dítě věnuje alespoň 2x týdně sportovním nebo kulturním aktivitám.

Tabulka 5B: Domníváte se, že čas, který můžete věnovat dítěti, je dostatečný?

	Počet respondentů	%
Ano	21	24
Ne	66	76
Celkem	87	100

Většina dotázaných – 66 pociťuje nedostatek v časových možnostech, které mohou věnovat k výchově svých dětí, event. pravnoučat. Dostatek volného času na výchovu vyjádřil 21 respondent.

Tabulka 6B: Máte doma volně dostupné alkoholické nápoje?

	Počet respondentů	%
Ano	83	95
Ne	4	5
Celkem	87	100

Většina dotázaných - 83 uvedla, že má doma volně dostupné alkoholické nápoje. Naopak volně dostupné alkoholické nápoje nemají doma 4 respondenti.

Tabulka 7B: Který alkoholický nápoj doma NEJVÍCE pijete?

	Počet respondentů	%
Pivo	43	49
Víno	21	24
Destiláty	12	14
Míchané nápoje	5	6
Žádný	6	7
Celkem	87	100

Z ankety vyplynulo, že nejoblíbenějším alkoholickým nápojem 43 respondentů je pivo, následuje víno, které upřednostňuje 21 respondent, destiláty má v oblibě 12 respondentů, bez alkoholických nápojů v domácnosti je 6 respondentů a 5 nejvíce respondentů pije míchané nápoje.

Tabulka 8B: Jste ochotni při mimořádné příležitosti (Silvestr, rodinné oslavy apod.) nalít i nezletilému dítěti alkoholický nápoj?

	Počet respondentů	%
Ano	75	86
Ne	12	14
Celkem	87	100

Z odpovědí respondentů je patrné, že většina – 75 dotázaných je ochotna nalít alkohol nezletilému dítěti. Pouze 14 % dotázaných, tzn. 12 respondentů uvedlo, že je proti nabízení alkoholu mladistvým.

Tabulka 9B: Souhlasili byste se zákonem, který by posunul věkovou hranici prodeje a užívání alkoholu od 21 let?

	Počet respondentů	%
Ano	5	6
Ne	74	85
Nevím	8	9
CELKEM	87	100

Většina respondentů 74 považuje hranici 18 let na legální užívání alkoholu za přijatelnou, 5 respondentů by souhlasilo s posunutím věkové hranice na 21 let a 6 respondentů nedokáže věkovou hranici určit.

Tabulka 10B: Pokud nabídnete dítěti doma alkoholický nápoj - v jakém množství?

	Počet respondentů	%
1 skleničku	50	57
2-3 skleničky	21	24
Více jak 3 skleničky	4	5
Pouze nealko	12	14
CELKEM	87	100

Většina respondentů - 50 je ochotna nabídnout mladistvým 1 skleničku alkoholového nápoje, následuje skupina, která by podala 2-3 skleničky – 21 respondent, více než 3 skleničky by podali 4 respondenti a 12 respondentů by nabídlo mladistvým pouze nealkoholický nápoj.

Tabulka 11B: Od kolika let si myslíte, že dítě může doma připíjet při mimořádných příležitostech?

	Počet respondentů	%
I v předškolním věku	2	2
Od 6 let	5	6
Od 10 let	8	9
Od 12 let	20	23
Od 15 let	41	47
Od 18 let	11	13
CELKEM	87	100

Většina dotázaných – 41 respondentů se domnívá, že je vhodné při rodinných oslavách podávat alkohol dětem od 15 let. 20 respondentů se domnívá, že již od 12 let, 11 respondentů od 18 let, 8 od 10 let, 5 od 6 a 2 dokonce i v předškolním věku.

5.5 POROVNÁNÍ NÁZORŮ NA UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU MLADISTVÝMI VE SKUPINĚ „A“ A „B“

Otázka č. 1: Jste rodič, prarodič (nebo příbuzný – skupina B) dítěte?

Skupina A tvořila většina (83 %) rodičů, stejně jako u skupiny B (75 %). Z prarodičů tvořilo skupinu A 10 % (7 respondentů) a skupinu B 25 % (22 respondentů). Ve skupině A se do dotazníkového šetření zapojilo navíc 7 % respondentů – příbuzných dítěte (5 respondentů).

Otázka č.2: Kolik dětí žije v rodině?

Nejpočetnější byla v obou skupinách odpověď, kdy v rodině žily 2 děti – ve skupině A 52 %, ve skupině B 49 %. Následovaly shodně rodiny s jedním dítětem (A-31 %, B-29

%). Třetí variantu odpovědi – se třemi a více dětmi – označilo 17 % respondentů skupiny A a 22 % skupiny B.

Otázka č. 3: Víte, kolik času denně stráví dítě u PC?

V obou skupinách děti stráví ve většině více jak 2 hodiny na PC (A-48 %, B-43 0%). Ve skupině A následuje 32 % dětí, které nemají k dispozici PC, zatímco tato odpověď se ve skupině B objevila se 3 % až na posledním místě. Do dvou hodin denně stráví u PC 14 % dětí ze skupiny A a 30 % dětí ze skupiny B. Odpověď „nevím“ označily 4 % respondentů skupiny A a 21 % respondentů skupiny B.

Otázka č. 4: Věnujete se dítě alespoň 2x týdně sportovním nebo kulturním (tanec, divadlo, hra na hudební nástroj, jazykové kurzy apod.) aktivitám?

Ve skupině A se většina (74 %) vyjádřila, záporně – ve skupině B naopak kladně (56 %)

Otázka č. 5: Domníváte se, že čas, který můžete věnovat dítěti je dostatečný? (s upřesněním – trávení společného času sportovními-kulturními akcemi při prázdninách, o víkendech apod.)

V obou skupinách (A-57 %, B-76 %) je pocíťován nedostatek času určeného k výchově dětí.

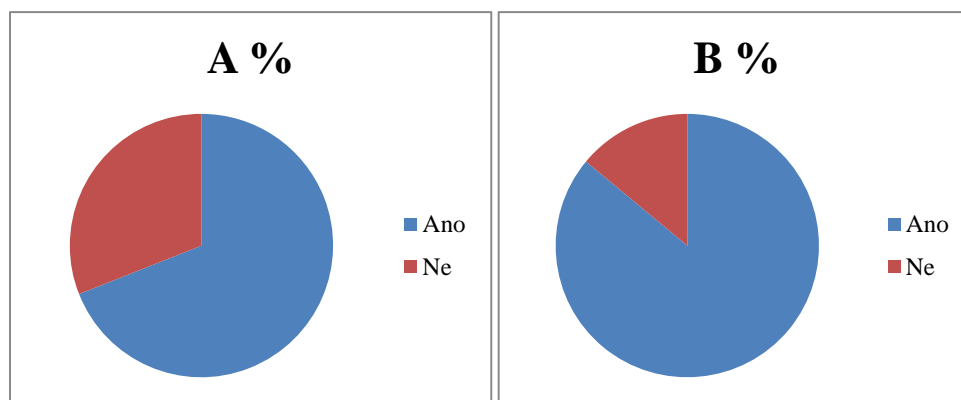
Otázka č. 6: Máte doma volně dostupné alkoholické nápoje?

Ve skupině A většina (57 %) uvedla, že nemá alkoholické nápoje doma, zatímco ve skupině B 95 % respondentů uvedlo, že alkoholické nápoje doma má.

Otázka č. 7: Který alkoholický nápoje doma nejvíce pijete?

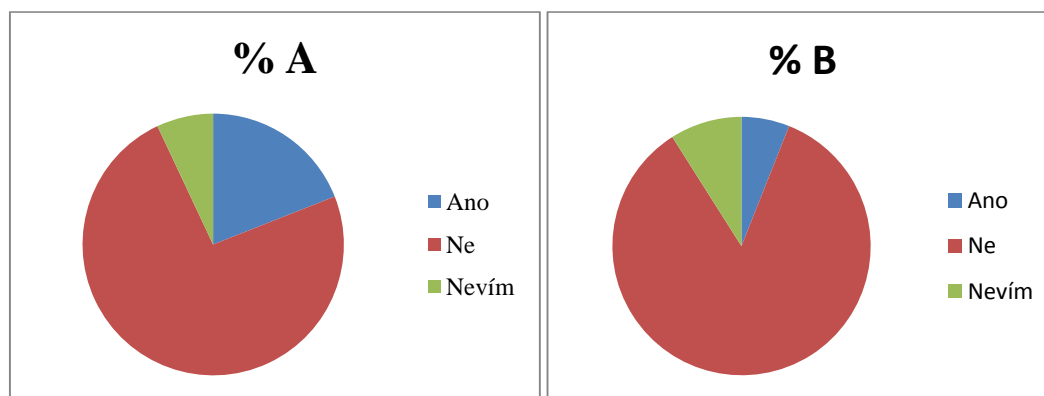
Ve skupině A nejvíce – 28 % dotázaných odpovědělo, že nejvíce pije víno, na druhém místě – 17 % - pivo, destiláty s 9 % se umístily na 3. místě, míchané nápoje neupřednostnil nikdo a 46 % respondentů uvedlo, že doma nepijí vůbec. Ve skupině B se nejoblíbenějším nápoje se 49 % umístilo pivo, následovalo víno s 24 %, destiláty se 14 % a míchané nápoje se 6 %. 7 % dotázaných uvedlo, že doma alkoholický nápoj nepijí.

Otázka č. 8, graf č. 1, 2: **Jste ochotni při mimořádné příležitosti (Silvestr, rodinné oslavy apod.) nalít i nezletilému dítěti alkoholický nápoj?**



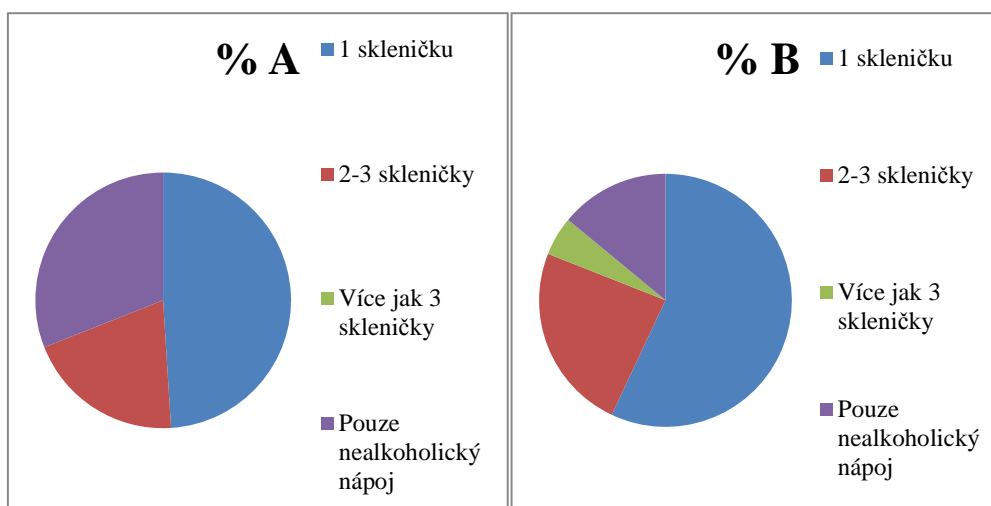
Ze skupiny A je ochotno 69 % respondentů nalít mladistvým alkohol, zatímco ze skupiny B je k tomuto ochotno 86 %.

Otázka č. 9, graf č. 3, 4: **Souhlasili byste se zákonem, který by posunul věkovou hranici prodeje a užívání alkoholu od 21 let?**



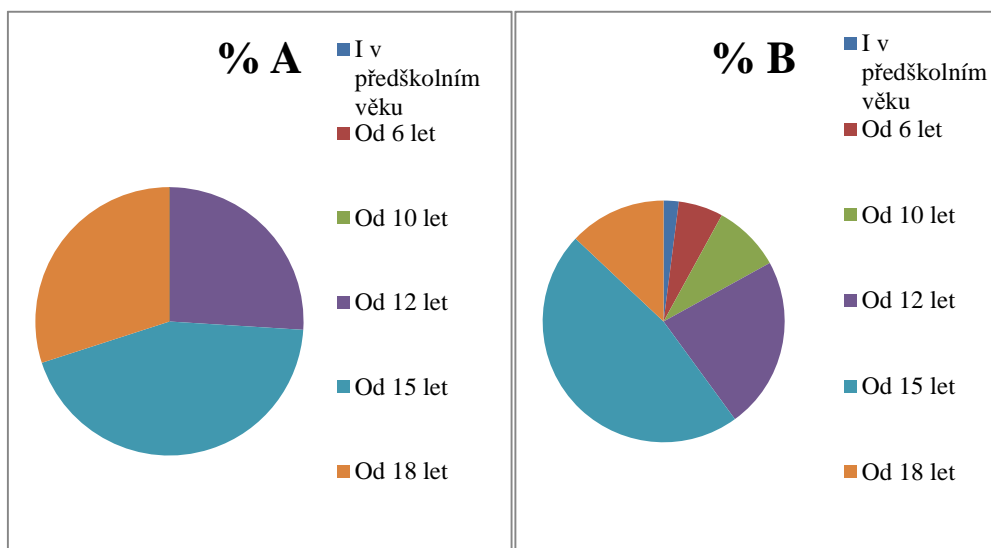
19 % respondentů skupiny A by souhlasilo s posunutím věkové hranice pro prodej a užívání alkoholu od 21 let; ve skupině B 6 %. Proti zvýšení věkové hranice ve skupině A bylo 74 % a ve skupině B 85 % respondentů. Ve skupině A 7 % nedokázalo věkovou hranici určit a ve skupině B to bylo 9 %.

Otázka č. 10, graf č. 5, 6: **Pokud nabídnete dítěti doma alkoholický nápoj – v jakém množství?**



Skupina A by nabídla ze 49 % 1 skleničku, skupina B z 57 % 1 skleničku; skupina A by ze 14 % nabídla 2-3 skleničky, ve skupině B je toto množství uvedeno 21 %. Více jak 3 skleničky nabízí 5 % pouze skupiny B. Nesouhlas s podáváním alkoholu mladistvým je vyjádřen 31 % skupiny A a 14 % skupiny B.

Otázka č. 11, graf č. 7, 8: **Od kolika let si myslíte, že dítě může doma připíjet při mimořádných příležitostech?**



Skupina A nabízí alkohol „až“ od 12 let, a to 26 % respondentů; skupina B je ochotna nabídnout alkohol dětem i v předškolním věku – 2 %, 6 % dětem od 6 let, 9 % dětem od 12 let. Nejvíce respondentů se domnívá, že nejvhodnější věk pro nabízení alkoholických nápojů je 15 let – ve skupině A je to 44 %, ve skupině B 47 %. S výší 18 let pro podávání alkoholických nápojů, tzn. tak, jak je výše stanovena zákonem, souhlasí ve skupině A 30 % a ve skupině B 13 % respondentů.

5.6 ANALÝZA VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Společnost chrání děti a mladistvé před alkoholem zákonem. Věková hranice pro podávání alkoholu v Čechách je 18 let, ale například v USA a v Japonsku je to 21 let. Největší vliv na výchovu dětí mají rodiče. Ti, kteří mají zkušeností, sice zastávají poněkud zdrženlivější názory na užívání alkoholu dětmi a mladistvými, ale přesto jsou tyto výsledky v souvislosti se stoupajícím počtem mladistvých, kteří mají problém s užíváním alkoholických nápojů, alarmující.

Z výzkumu vyplynulo, že věkovou hranici 18 let pro podávání alkoholu většina respondentů nerespektuje, domnívá se, že nejvhodnější je nabízet alkohol dětem od 15 let. Většinou je tento názor veden obavami nad skutečností, že děti se ve společnosti svých vrstevníků stejně nevyhnou příležitostí k pití alkoholu, a respondenti se domnívají, že je lepší, budou-li jim alkohol nabízet sami a mít je tak „pod dohledem“.

H1 Přístup k pití alkoholických nápojů nezletilých ve skupině, kde někdo z rodičů byl léčen pro nadměrné pití alkoholu a jsou tedy známy důsledky závislosti, bude obezřetnější.

Tato hypotéza byla potvrzena.

Ve srovnání se skupinou, která nebyla zatížena nadměrným pitím alkoholu jednoho z rodičů, jsou názory na požívání alkoholu zdrženlivější.

H2 Problém užívání alkoholových nápojů mladistvými je celkově společností a rodiči podceňován.

Tato hypotéza byla potvrzena.

Rodiče mohou svým výchovným působením ovlivnit ve značné míře, zda budou jejich děti kouřit, pít nebo zneužívat jiné návykové látky. Názory na výchovu dětí a pití alkoholických nápojů, i když ponejprv příležitostné, však nejsou v rovině ani se zákonem ani s vědomím důsledků pití alkoholu dětí a mladistvých, i když rizika z toho vyplývající, jsou známa.

Porovnáním výsledků z odpovědí v dotazníku jsem dospěla k tomuto závěru při porovnání skupiny, kterou tvořili příbuzní pacientů s abúzem alkoholu z Psychiatrické léčebny v Bohnicích, a skupiny příbuzných dětí z MŠ a ZŠ Na Beránku:

V obou skupinách převládají rodiny se 2 dětmi. Tyto děti tráví volný čas nadměrným „vysedáváním“ u PC, přičemž děti ze skupiny A ve větším procentu nemají doma PC k dispozici, ve skupině B zase naopak větší procento respondentů uvedlo, že neví, kolik času dítě na PC stráví. Volný čas mají lépe zorganizovány děti z MŠ a ZŠ Na Beránku. Obě skupiny pociťují nedostatek volného času k výchově dětí. Volně dostupné alkoholické nápoje jsou ve větší míře k dispozici u skupiny B. Nejoblíbenějším nápojem je ve skupině A víno, ve skupině B pivo. 69 % respondentů skupiny A je ochotno nalít mladistvým alkohol, zatímco ze skupiny B je to 86 %. Se zvýšením věkového hranice na 21 let k užívání alkoholických nápojů většina z obou skupin nesouhlasí. V obou skupinách by většina nabídla mladistvému 1 skleničku alkoholu při mimořádné příležitosti. Obě skupiny se shodnou v názoru, že je vhodné podávat alkohol mladistvým od 15 let.

„V dětství prochází jedinec jednou z neaktivnějších fází učení ve svém životě. Představa o alkoholu i znalost jeho účinků, výhod a problémů s alkoholem souvisejících se vytváří již v časném věku.“ „Během dospívání dochází k výběru nápojů, mladí lidé si vytváří vlastní vztah k alkoholu a rozhoduje se o tom, jaký osobní význam pro ně bude mít.“

(Ritson, 2002)

6. KAZUISTIKA

Ve skupině pro příbuzné závislých, která se schází v pavilónu 31 v Psychiatrické klinice v Praze – Bohnicích, jsem se seznámila s dnes 17 letým „Petrem“, jehož příběh jsem se rozhodla uvést ve své bakalářské práci, protože i na něm je patrný zhoubný dopad alkoholické závislosti jednoho z rodičů.

Petr se narodil jako zcela zdravé druhé dítě v manželském svazku. Má staršího bratra. Matka pracuje jako úřednice, otec byl právník.

Otec začal mít problémy s pitím, když bylo Petrovi kolem 12 let. První projevy byly nenápadné, proto je děti až tolik nevnímaly. Po dvou letech však přešly do stádia, kde se již nedaly ani přehlédnout ani zvládnout. Otec byl na alkoholu závislý a nedokázal fungovat ani bez jeho konzumace ale ani s ní. O léčbě zkraje nechtěl ani slyšet. Stále prosazoval názor, že si musí pomoci sám. Následovaly dny, kdy nebyl schopen chodit do práce a střídala se snaha o střízlivost s maximální opilostí. Mezi těmito stavy se dostavovaly těžké abstinenci příznaky.

Vzhledem ke stále se zhoršujícímu zdravotnímu stavu souhlasil nakonec s návštěvou krizového centra v Psychiatrické klinice v Bohnicích, kde při rozhovoru s lékařkou dostal epileptický záchvat a byl urgentně převezen na lůžkové oddělení. Protože jeho stav vyžadoval odbornou lékařskou péči, a protože s ní nesouhlasil, musel být léčen na základě soudního rozhodnutí. Jakmile uplynula doba, kterou soud určil jako nařízenou, léčebnu opustil.

Po měsíci se doma objevily opět různě poschovávané lahve s alkoholem. Petrův zájem o školu do té doby i tak nevalný začal upadat ještě více. Doma byly hádky rodičů na denním pořádku. Asi po půl roce se situace opět vyhrotila do neúnosného stavu. Petr s s bratrem a s matkou přestěhoval ke kamarádce, která však bydlela nedaleko, takže odchody a příchody „domů“ byly dramatinovány pronásledováním otce. Nakonec musel být opět převezen do nemocnice, tentokrát na internu. Odtud však utekl a až po několika dnech souhlasil s převozem zpět. Z důvodu těžké opilosti byl převezen na

záchytnou stanicí v nemocnici Na Bulovce a odtud opět na detoxikační oddělení v Bohnicích. Tentokrát vydržel celou určenou dobu léčby, tj. 3 měsíce. Synové ho navštěvovali a plánovali budoucnost po jeho návratu z léčby. Následovalo hledání nového zaměstnání, nástup do nového zaměstnání a po měsíci od ukončení léčby opět pití. Vše se znovu opakovalo. Hádky, vyhrožování, stěhování, sliby, policie a nakonec zase Bohnice a po návratu opět hledání nového zaměstnání. Tentokrát vydržel otec nepít 8 měsíců, než se doma začaly opět objevovat poschovávané lahve s alkoholem. Začaly prázdniny a Petr odjel na tábor. Druhý den se otec zabil.

V současné době - po roce a půl má Petr jak somatické, tak psychické problémy. Dochází na terapie a těžko odhadnout, jaký vývoj bude mít jeho další život.

ZÁVĚR

Dle Hladíka (dostupné z www.vyzkum-mladez.cz/zprava/1403866205.pdf 2016-02-19) „Pití alkoholu dětmi a mladistvými je fenomén, který má charakter doutnajícího problému a není zatím naší společností akceptován s vážností, kterou si zasluhuje jako skutečné ohrožení mladé generace. Přitom studie Evropského fóra pro zodpovědné pití alkoholu uvádějí, že s alkoholem začínají v Evropské unii jako **první právě české děti.**“ Hladík uvádí, že zatím převažují deklarativní prohlášení. Jako příčiny uvádí:

„Příčiny, které se týkají subjektu (dítě nebo dospívající)

- Duševní poruchy a poruchy chování dítěte.
- Pití matky v těhotenství.
- Setkání s alkoholem, tabákem nebo drogou v mladém věku.
- Poškození mozku při porodu, úrazy hlavy.
- Dlouhodobé bolestivé onemocnění.
- Neschopnost zvládat stresové situace.
- Nedostatek dovedností v mezilidských vztazích.
- Nízké sebevědomí.
- Po alkoholu výrazně převažují příjemné pocity.
- Nízká schopnost vzdorovat nepříznivému vlivu okolí.
- Sklony k násilí a agresivitě, špatné sebeovládání.
- Nižší inteligence.

Příčiny, které se týkají společnosti

- Alkohol, tabák a drogy dostupné aktivně nabízené (reklama).
- Chudoba, nedostatek příležitostí, náhlé sociální a politické změny, nestabilita.
- Nedostatek příležitosti k uplatnění.
- Společnost nenabízí dobré možnosti, jak trávit volný čas.
- Společenské normy a zákony se ke zneužívání drog staví kladně.
- Neinformovaní nebo lhostejní politici vůdci.
- Nespolupracující sdělovací prostředky orientované na senzaci a reklamu.
- Velký pohyb obyvatel vedoucí k nestabilitě vztahů.

- *Rasová nebo jiná diskriminace, jazyková bariéra, vysoká kriminalita nebo drogové gangy.*“

Alkohol je pro děti a mládež nebezpečný nejen při intoxikaci, ale jeho závažnější rizika vyplývají z dlouhodobých následků. I při požití alkoholu dle Hladíka (viz tamtéž) v mimořádných a občasných situacích se u dětí zvyšuje nebezpečí onemocnění jater a nervového systému. Platí zde pravidlo, že čím mladší jedinci pijí, tím je větší riziko pozdějšího přechodu na jiné tvrdé drogy. Existují důkazy o důsledcích vlivu alkoholu na stav mozku dospívajících. Během dospívání dochází i k vytváření nových sítí mozkových buněk. Alkohol poškozuje paměť a schopnost učení. Toto poškození může přetrvávat i v případě následného snížení příjmu alkoholu. U 17 letých dospívajících, kteří pili a měli problémy s učením, se při vyšetření nukleární magnetickou rezonancí zjistilo, že mají menší právě tu část mozku, která je důležitá pro učení a paměť (hippocampus). Dalším důsledkem pití alkoholu jsou úrazy, dopravní nehody, otravy, sebevraždy, sexuální násilí, rizikový sex, trestná činnost, rychlý rozvoj závislosti či přechod od alkoholu k jiným drogám.

Proto by prevenci a výchově dětí měl být věnován větší prostor i vážnost než tomu v současné době je, a to nejen od rodičů, pedagogů a vychovatelů, ale i od čelních představitelů naší společnosti.

Sournia v knize *Dějiny pijáctví* (Praha, 1999) závěrem uvádí, že toxická látka etanol se u lidí, kteří ji užívají v nadměrném množství jednoho dne projeví a tito lidé si začnou počínat nepatřičně – porušovat zákony, společenská pravidla, ohrožovat svojí rodinu, narušovat morálku násilnostmi, rvačkami, sexuálními zločiny, vraždami a podobně. Porušování pravidel je posuzováno v různých společnostech a v různých obdobích odlišně. Společnost může odmítnout prohibici, která stejně problém alkoholismu neřeší, a brzy se stává neúnosnou a nezvladatelnou, ale většinou si uvědomuje, že úplná volnost má za následek její ohrožení nebezpečným zneužíváním. Proto vydává nařízení, zdraňuje, vydává na příděl, ale to vše nemá příliš velký účinek. Každý národ se snaží nalézt kompromis, který by mu nejlépe vyhovoval. Zachovává povědomě určitou toleranci, přijímá různé zákony a neustále je pozměňuje. Není dobré problém zveličovat do krajnosti a podřizovat tomu veškerou politiku boje proti

alkoholismu. Řadí se totiž mezi problémy, kterými se lze ohánět pomocí argumentace jako úpadek mravů, bezohlednost vůči dětem, nechť k práci a podobně. Tyto řeči však lidé poslouchají již celá staletí, a přesto se naše civilizace kvůli tomu nezhroutila. Alkoholismus nepředstavuje takové nebezpečí jako černý mor nebo cholera. Je ale potřebě umět správně posoudit míru ohrožení a škodlivost alkoholu nepodceňovat. Lidé zvolili kompromis, když alkohol označili za „přípustnou“ toxickou látku stejně jako tabák, zatímco některé jiné látky jako hašiš, indické konopí, marihuanu anebo opiáty, kokain a heroin za přípustné nepovažují. Ať je jejich užívání povoleno nebo ne, všechny způsobují závislost, područí, toxikomanii a mnoho tragédií.

„Alkohol považujeme za přípustný z pohodlnosti a z neschopnosti zamezit, aby se vyráběl a prodával. Odmítáme označit naše spoluobčany zabývající se vinařstvím za mafiány, kteří distribuují „drogu“, a přitom doufáme, že se nám podaří zastavit obchodování heroinem. Vzhledem k tomu, že alkohol působí mnohem více škod na zeměkouli než heroin, nejsou naše argumenty dostatečně pádné. Z úst dospělých nezní přesvědčivé argumenty směrem k mladým lidem, kteří oprávněně vyčítají dospělým shovívavost vůči jedněm a přísnost vůči druhým. Kompromisy, ke kterým jsme se časem dopracovali, jsou stejně tak zranitelné jako diskuse o přípustných a nepřípustných toxických látkách. Jsou příliš křehké, zaměnitelné, naše tolerance proměnlivá. Z této trestuhodné nedůslednosti vyplývá váhavý postoj vlád a dá se předpokládat, že historie alkoholismu jen tak neskončí. Tváří v tvář tomuto lidskému utrpení projevila naše společnost často značnou dávku omezenosti, krutosti i velkorysosti – její postoje se i v budoucnu budou postupně měnit.“

(Sournia, 1999, str. 271)

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

GAVORA, P., *Úvod do pedagogického výzkumu*, Brno: Paido 2000, ISBN: 80-85931-79-6

JANÍK, A., DUŠEK K., *Drogy a společnost*, 1. vydání, Praha: Avicenum 1990, ISBN 80-201-0087-3

KLUGEROVÁ, J., PRÁZOVÁ, I., VACÍNOVÁ, T., *Jak vypracovat bakalářskou, diplomovou, rigorózní a disertační práci*, 2. vydání, Praha: UJAK Praha 2009, ISBN 978-80-86723-72-3

MACHOVÁ, J., *Biologie člověka pro učitele*, 3. dotisk 1. Vydání, Praha: Karolinum 2010, ISBN 978-80-7184-867-7

NEŠPOR, K., *Vaše děti a návykové látky*, 1. vydání, Praha: Portál 2001, ISBN: 80-7178-515-6

NEŠPOR, K., *Návykové chování a závislost*, 3. vydání, Praha: Portál 2007, ISBN: 978-807367-267-6

NEŠPOR, K., CSÉMY, L., SOVINOVÁ, H., *Problémy s alkoholem v rodině*, 1. vydání, Praha: SZÚ 2001, ISBN 80-7071-189-2

PROFOUS, J., *Průvodce alkoholovou závislostí – především pro ženy pijících partnerů*, 2. vydání, Praha: Galén 2011, ISBN 978-80-7492-087-5

SKÁLA, J., *...až na dno!?*, 4. vydání, Praha: Avicenum 1988

SKÁLA, J., *Alkoholismus*, 1. vydání, Praha: Státní zdravotnické nakladatelství 1956

ŠEDIVÝ, V., VÁLKOVÁ, H., *Lidé, alkohol, drogy*, 1. vydání, Praha: Naše vojsko 1988

Seznam použitých zahraničních zdrojů

BRUCE, R., *Komunitní přístupy k řešení problémů s alkoholem*, 1. Vydání, Praha: SZÚ, 2002, ISBN 80-7071-203-1

SOURNIA., J., Ch., *Dějiny pijáctví*, 1. vydání, Praha: Garamond s. r. o., 1999, ISBN-80-86379-01-9

WOITITZOVÁ., J., *Dospělé děti alkoholiků*, Praha: Columbus, s. r. o., 1998

Seznam použitých internetových zdrojů

Rodiče dětí zneužívajících návykové látky [online] [cit.2016-01-01] dostupné z <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>

Rodiče úspěšní v prevenci u dětí [online] [cit.2016-01-01] dostupné z <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>

Alkohol – problém u dětí a mladistvých [online] [cit.2016-02-19] dostupné z www.vyzkum-mladez.cz/zprava/1403866205.pdf 16-02-19)

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Seznam tabulek

Tabulka 1A: Jste rodič, prarodič nebo příbuzný dítěte?	40
Tabulka 2A: Kolik dětí žije v rodině?	41
Tabulka 3A: Víte, kolik času denně stráví dítě u PC?	41
Tabulka 4A: Věnuje se dítě alespoň 2x týdně sportovním nebo kulturním (tanec, divadlo, hra na hudební	42
Tabulka 5A: Domníváte se, že čas, který můžete věnovat dítěti, je dostatečný?	42
Tabulka 6A: Máte doma volně dostupné alkoholické nápoje?	42
Tabulka 7A: Který alkoholický nápoj doma NEJVÍCE pijete?	43
Tabulka 8A: Jste ochotni při mimořádné příležitosti (Silvestr, rodinné oslavy apod.) nalít i nezletilému dítěti	43
Tabulka 9A: Souhlasil(a) byste se zákonem, který by posunul věkovou hranici prodeje a užívání alkoholu od	44
Tabulka 10A: Pokud nabídnete dítěti doma alkoholický nápoj - v jakém množství?	44
Tabulka 11A: Od kolika let si myslíte, že dítě může doma připíjet při mimořádných oslavách?	45
Tabulka 1B: Jste rodič dítěte nebo prarodič?	45
Tabulka 2B: Kolik dětí žije v rodině?	46
Tabulka 3B: Víte, kolik času denně stráví dítě u PC?	46
Tabulka 4B: Věnuje se dítě alespoň 2x týdně sportovním nebo kulturním (tanec, divadlo, hra na hudební	47

Tabulka 5B: Domníváte se, že čas, který můžete věnovat dítěti, je dostatečný?	47
Tabulka 6B: Máte doma volně dostupné alkoholické nápoje?	47
Tabulka 7B: Který alkoholický nápoj doma NEJVÍCE pijete?	48
Tabulka 8B: Jste ochotni při mimořádné příležitosti (Silvestr, rodinné oslavy apod.) nalít i nezletilému dítěti	48
Tabulka 9B: Souhlasili byste se zákonem, který by posunul věkovou hranici prodeje a užívání alkoholu od 21	49
Tabulka 10B: Pokud nabídnete dítěti doma alkoholický nápoj - v jakém množství?	49
Tabulka 11B: Od kolika let si myslíte, že dítě může doma připíjet při mimořádných příležitostech?	50

Seznam grafů

Graf 1, 2: Jste ochotni při mimořádné příležitosti nalít (Silvestr, rodinné oslavy apod.) nalít i nezletilému dítěti alkoholický nápoj?	52
Graf 3, 4: Souhlasil byste se zákonem, který by posunul věkovou hranici prodeje a užívání alkoholu od 21 let?	52
Graf 5, 6: Pokud nabídnete dítěti doma alkoholický nápoj – v jakém množství?	53
Graf 7, 8: Od kolika let si myslíte, že dítě může doma připíjet při mimořádných příležitostech?	53

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha – Dotazník A I

Příloha – Dotazník B III

Příloha

Dotazník A

Dobrý den, studuji Univerzitu Jana Amose Komenského v Praze a v rámci bakalářské práce provádím výzkum, který je zaměřen na problematiku výchovy dětí do 15 let.

Ráda bych Vás požádala o vyplnění následujícího dotazníku, který je anonymní a slouží pouze pro účely zpracování mé bakalářské práce.

Prosím o zakroužkování správných odpovědí. Děkuji za spolupráci

1. Jste:

- a) rodič dítěte
- b) prarodič dítěte
- c) příbuzný dítěte

2. Kolik dětí žije v rodině?

- a) jedno dítě
- b) dvě děti
- c) tři a více dětí

3. Víte, kolik času denně stráví dítě u PC?

- a) do dvou hodin denně
- b) více než dvě hodiny denně
- c) dítě nemá PC
- d) nevím

4. Věnuje se dítě alespoň 2x týdně sportovním nebo kulturním (tanec, divadlo, hra na hudební nástroj, jazykové kurzy apod.) aktivitám?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

5. Domníváte se, že čas, který můžete věnovat dítěti, je dostatečný?

- a) ano
- b) ne

6. Máte doma volně dostupné alkoholické nápoje?

- a) ano
- b) ne

7. Který alkoholický nápoj doma **nejvíce** pijete?

- a) pivo
- b) víno
- c) destiláty
- d) míchané nápoje
- e) žádný

8. Jste ochotni při mimořádné příležitosti (Silvestr, rodinné oslavy apod.) nalít i nezletilému dítěti alkoholický nápoj?

- a) ano
- b) ne

9. Souhlasil byste se zákonem, který by posunul věkovou hranici prodeje a užívání alkoholu od 21 let?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

10. Pokud nabídnete dítěti doma alkoholický nápoj – v jakém množství?

- a) 1 skleničku
- b) 2-3 skleničky
- c) více jak 3 skleničky
- d) pouze nealkoholický nápoj

11. Od kolika let si myslíte, že dítě může doma připíjet při mimořádných příležitostech?

- a) i v předškolním věku
- b) od 6 let
- c) od 10 let
- d) od 12 let
- e) od 15 let
- f) od 18 let

Příloha

Dotazník B

Dobrý den, studuji Univerzitu Jana Amose Komenského v Praze a v rámci bakalářské práce provádím výzkum, který je zaměřen na problematiku výchovy dětí do 15 let.

Ráda bych Vás požádala o vyplnění následujícího dotazníku, který je anonymní a slouží pouze pro účely zpracování mé bakalářské práce.

Prosím o zakroužkování správných odpovědí. Děkuji za spolupráci

1. Jste:

- a) rodič dítěte
- b) prarodič dítěte

2. Kolik dětí žije v rodině?

- a) jedno dítě
- b) dvě děti
- c) tři a více dětí

3. Víte, kolik času denně stráví dítě u PC?

- a) do dvou hodin denně
- b) více než dvě hodiny denně
- c) dítě nemá PC
- d) nevím

4. Věnuje se dítě alespoň 2x týdně sportovním nebo kulturním (tanec, divadlo, hra na hudební nástroj, jazykové kurzy apod.) aktivitám?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

5. Domníváte se, že čas, který můžete věnovat dítěti, je dostatečný?

- a) ano
- b) ne

6. Máte doma volně dostupné alkoholické nápoje?

- a) ano
- b) ne

7. Který alkoholický nápoj doma **nejvíce** pijete?

- a) pivo
- b) víno
- c) destiláty
- d) míchané nápoje
- e) žádný

8. Jste ochotni při mimořádné příležitosti (Silvestr, rodinné oslavy apod.) nalít i nezletilému dítěti alkoholický nápoj?

- a) ano
- b) ne

9. Souhlasil byste se zákonem, který by posunul věkovou hranici prodeje a užívání alkoholu od 21 let?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

10. Pokud nabídnete dítěti doma alkoholický nápoj – v jakém množství?

- a) 1 skleničku
- b) 2-3 skleničky
- c) více jak 3 skleničky
- d) pouze nealkoholický nápoj

11. Od kolika let si myslíte, že dítě může doma připíjet při mimořádných příležitostech?

- a) i v předškolním věku
- b) od 6 let
- c) od 10 let
- d) od 12 let
- e) od 15 let
- f) od 18 let

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Jaroslava Soukupová

Obor: Speciální pedagogika - vychovatelství

Forma studia: kombinované studium

Název práce: Alkoholismus v rodině a jeho vliv na výchovu a vývoj dítěte

Rok: 2016

Počet stran textu bez příloh: 52

Celkový počet stran příloh: 4

Počet titulů českých použitých zdrojů: 11

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 3

Počet internetových zdrojů: 3

Vedoucí práce: Mgr. Martina Bürgerová