

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Daniela Jandová

Kvalita života rodinných příslušníků před a
po léčbě pacientky na Oddělení léčby závislostí
ve Všeobecné fakultní nemocnici

The quality of life of family members of female patient before and after treatment in
Department of addition treatment of General university Hospital

Vedoucí bakalářské práce práce:

PhDr. Josef Radimecký, Ph.D, MSc.

Praha 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze 26. 7. 2012

Daniela Jandová

Identifikační záznam:

JANDOVÁ, Daniela. *Kvalita rodinných příslušníků před a po léčbě pacientky na oddělení léčby závislostí ve Všeobecné fakultní nemocnici [The quality of life of family members of female patient before and after treatment in Department of addiction treatment of General University Hospital]*. Praha, 2012. str. 64, 2 přílohy. Bakalářská práce (Bc). Universita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta. Klinika Adiktologie.
Vedoucí práce: PhDr. Josef Radimecký, Ph.D. MSc.

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu práce panu PhDr. Josefu Radimeckému , Ph.D., MSc. za odborné vedení bakalářské práce, za jeho podporu a cenné připomínky.

Dále klientkám a jejich rodinným příslušníkům, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření.

Také můj dík patří rodině, především mému manželovi, za velkou podporu a pomoc při studiu.

Abstrakt

Ve své bakalářské práci se zabývám tématem kvality života rodinných příslušníků pacientky před a po její léčbě se závislostí na alkoholu ve Všeobecné fakultní nemocnici, Oddělení léčby závislostí.

Jedná se o teoretickou – výzkumnou bakalářskou práci. V teoretické části je popsána závislost na alkoholu, její klasifikace, typologie, vývojová stádia a znaky alkoholismu, stejně jako biologické, psychologické, rodinné, a sociální faktory vzniku závislosti u žen a její důsledky pro rodinu. Dále se v práci zaměřuji na rodinný systém a jeho význam při vzniku, průběhu a řešení abúzu alkoholu u členky rodiny a na reakce jednotlivých členů a jejich mechanismy zvládnání této nemoci.

Součástí práce je také pojednání o léčbě závislosti a jejím vlivu na kvalitu života rodinných příslušníků.

V praktické části jsem se zaměřila na zjištění, jaká je kvalita života rodinných příslušníků a k jakým změnám u nich dojde, absolvuje-li pacientka základní sedmnáctitýdenní odvykací léčbu. Jde tedy o to zjistit, do jakých oblastí života příbuzných abúzus alkoholu pacientky zasahuje, jak je ovlivňuje a jak příbuzní tyto změny subjektivně vnímají. Kdo je z rodinných příslušníků závislosti ženy nejvíce ohrožen a pokud pacientka absolvuje ústavní léčbu, zda dojde u rodinných příslušníků ke změnám v kvalitě prožívání jejich života.

Sběr dat proběhl pomocí kvalitativního dotazníkového šetření u rodinných příslušníků pacientek, které mají minimálně jeden rok od ukončení základní léčby a roční abstinenci od všech návykových látek. Následně byla získaná data zpracována a zhodnocena a ze zjištění byla vyvozena doporučení pro praxi.

Hlavní zjištění z výzkumu je následující: rodinní příslušníci negativně vnímají změny v kvalitě svého života, které jsou způsobeny závislostí na alkoholu příbuzné. Z dotazníkového šetření vyplývá, že některé oblasti svého života považují za velmi ovlivněné a narušené, a některé oblasti jsou téměř nedotčené, i když by se dalo z teoretických poznatků předpokládat, že by mohly být. Vliv léčby pacientky na některé oblasti života příbuzných je téměř neznatelný a některých došlo po absolvování léčby ke zlepšení. Zjištěné poznatky mohou posloužit ke zkvalitnění péče o rodinné příslušníky.

Klíčová slova

závislost, žena a závislost, rodina, kvalita života, ústavní léčba

Abstract

Within my Bachelors Thesis i will be covering the subject of the quality of life of family members of patients, before and after treatment, of alcohol abuse at the „General Teaching Hospital in Prague, in the Department of addition treatment“.

There are both theoretical and research related sections within this thesis. The theoretical part includes a description of alcohol addiction, its classification, typology, evolutionary steps and signs, as well as biological, psychological, family and social factors that contribute to its appearance in women and subsequent family consequences.

Further on within the thesis i focus on the family unit and its importance during the whole cycle, from start to finish, of alcohol abuse by a family member and the reactions and coping mechanisms of individual family members to this fact.

A part of the thesis is also looking into the treatment of addiction and its impact on the life of family members.

Within the practical part of the thesis i focus on finding out the quality of life of family members of the patient and what changes occur if the patient completes the basic 17 week rehabilitation treatment cycle.

It is about finding out what aspects of the family members lives are most affected by the patients abuse and how these changes are perceived. It also takes a look into who among the family members is most affected and whether after, or during, the rehabilitation treatment there are changes in their quality of life.

Data collection was done via a survey, given to family members of patients who have a minimum of 1 year after finalizing treatment and a year free from addictive substances. The data was gathered, analyzed and subsequently recommendations of things to implement into practice were derived.

The main findings of the research are as follows: Family members see a negative impact on their quality of life, which are related to the addiction of their relative.

From the survey one can see that there are aspects of their lives that are greatly influenced or disrupted and some that are not at all, even though in theory one would expect them to be.

Also the treatment period itself has almost no affect on some areas of their lives while in others there was a marked improvement.

The findings within this Thesis can contribute to the improvement of treatment and approach to family members that have a relative in rehabilitation.

Key words:

Quality of life, addiction woman, family, rezidential treatment

Obsah:

1. Úvod.....	9
2. Teoretická část.....	10
2.1. Příčiny vzniku závislosti.....	10
2.2. Vývoj závislosti.....	10
2.2.1 Typologie dle Jellineka.....	12
2.2.2. Mezinárodní klasifikace nemocí.....	14
2.3. Rozdíl mezi užíváním alkoholu u žen a mužů a následky, které přináší.....	16
2.3.1. Zdravotní komplikace závislosti na alkoholu u žen.....	17
2.3.2. Psychické komplikace závislosti na alkoholu.....	18
2.3.3. Sociální a ekonomické komplikace závislosti na alkoholu u žen.....	18
2.4. Rodina a její charakteristika.....	19
2.4.1. Definice pojmu rodina.....	19
2.4.2. Funkce rodiny.....	20
2.4.3. Typy rodin.....	21
2.4.4. Biologické, psychologické, sociální a rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti rodině.....	22
2.5. Kvalita života rodinných příslušníků závislého.....	27
2.5.1. Oblasti nejvíce zasažené závislostí.....	29
2.5.2. Reakce partnerů na problém.....	30
2.5.3. Děti pijících rodičů.....	30
2.5.4 Stadia, kterými rodina závislého prochází.....	31
2.5.5 Typologie partnerů závislých žen trochu jinak.....	33

2.6. Systém péče.....	34
2.6.1. Střednědobá ústavní léčba.....	35
2.6.2. Cíle střednědobé léčby.....	36
2.6.3. Léčebný program.....	36
2.6.4. Jednotlivé prvky léčebného programu.....	36
2.6.5. Doléčování.....	37
3. Praktická část.....	38
3.1. Cíle práce.....	38
3.2. Výzkumné otázky.....	38
3.3. Metodologie výzkumu.....	39
3.3.1. Typ výzkumu.....	39
3.3.2. Metody získávání dat.....	39
3.3.3. Respondenti dotazníkové studie.....	40
3.3.4. Etika výzkumu.....	41
3.3.5. Metody zpracování dat.....	41
3.4. Výsledky.....	42
3.5. Diskuse.....	56
3.6. Závěr.....	59
4. Použitá literatura.....	61
Přílohy:	
Příloha č. 1 Dotazník pro rodinné příslušníky	
Příloha č. 2 Souhlas etické komise	

1. Úvod

Nadužívání alkoholu s sebou přináší negativní důsledky jak pro samotného uživatele, tak pro jeho nejbližší okolí - rodinné příslušníky. Dochází k ovlivnění celého rodinného systému a jeho fungování jako celku. Škodlivé užívání alkoholu jednoho člena rodiny zasahuje do oblasti duševní a tělesné, sociální, pracovní a právní ostatním členům rodiny. Způsobuje rozpady rodin, odloučení a izolaci rodinných příslušníků a mění jejich dosavadní způsob života. Nadužívání alkoholu ovlivňuje nejen blízké členy rodiny, ale i vzdálenější příbuzné (www.szu.cz).

Hlavním cílem výzkumu je analýza vlivu alkoholové závislosti ženy na partnerské a sociální vztahy, emocionální prožívání, na tělesné a duševní zdraví, pracovní a ekonomickou oblast a také právní oblast nejbližších členů rodiny. Které rodinné příslušníky postihuje nadužívání alkoholu ženou nejvíce, a které oblasti kvality života rodinných příslušníků jsou postiženy nejvíce a které nejméně.

Ráda bych zjistila, zda absolvování sedmnáctitýdenní léčby a nejméně rok abstinence od všech návykových látek změní subjektivní prožívání kvality života u rodinných příslušníků a zda tyto změny hodnotí kladně, či záporně.

Základní principy ústavní léčby zavedl a uplatňoval doc. MUDr. Jaroslav Skála. Tyto principy se staly vzorem pro ostatní zdravotnická zařízení, která se zabývají léčbou závislostí. Součástí ústavní léčby na našem oddělení je možnost týdenní manželské a partnerské terapie, ale poté nedochází k vyhodnocování dopadu léčby našich pacientek na kvalitu života jejich rodinných příslušníků.

V práci se zaměřuji na rodinné příslušníky pacientek ústavní léčby a především na to, jaký dopad na jejich život a jeho kvalitu má nadužívání alkoholu u jejich partnerky, matky, dcery. Proto to, abych uvedené skutečnosti zjistila, jsem použila kvalitativní výzkumný dotazník. Tuto metodu jsem zvolila z toho důvodu, že většina pacientek našeho zařízení je mimopražských a osobní spolupráce s rodinnými příslušníky při sběru dat je velice obtížná. Tento dotazník obsahuje otevřené otázky a má dvě části. První část zjišťuje kvalitu života rodinných příslušníků před nástupem pacientky do ústavní léčby a druhá část dotazníku zjišťuje, zda ústavní léčba ovlivnila kvalitu života rodinných příslušníků a případně v jakých oblastech. Dané téma práce je pro mě velice zajímavé, protože závislost, jako nemoc, je poměrně známá, prostudovaná a pacientům s touto nemocí je věnována velká péče a jsou možnosti, včetně zařízení, kde se mohou léčit. Rodinní příslušníci se mohou sdružovat ve svépomocných skupinách, také některá ambulantní zařízení se jim věnuje, ale této pomoci je stále málo. Většinou si rodina pomáhá sama, problémy skrývá a tím trpí všichni členové rodiny.

Paní Arnoštka Mařová, dlouholetá spolupracovnice docenta Skály uvádí, že systematický výzkum, zaměřený výhradně na rodinné příslušníky, se na Oddělení léčby závislostí nikdy neprováděl. Myslím si, že v České republice je rodinám zasažených

touto nemocí věnována malá pozornost. Český psané odborné literatury, která se zabývá dopadem závislosti na alkoholu na rodinu, je nedostatečné množství. Rozhodla jsem se tedy zpracovat toto téma pro potřeby své, svých kolegů, našeho zařízení, abychom dokázali nabídnout adekvátní pomoc rodinným příslušníkům a pomohli řešit problémy, které závislost na návykových látkách sebou přináší.

2. Teoretická část

2.1. Příčiny vzniku závislosti

Většina populace u nás má buď zprostředkovanou, nebo osobní zkušenost s účinky alkoholu. Většina dospělých a bohužel nyní i dětí, znají stav opilosti. Mohou mít zkušenost dobrou a vnímat alkohol kladně, nebo špatnou a konzumace u nich vyvolala řadu fyzických i duševních potíží (nevolnost, kocovina, okénka, zranění apod.). Ojedinelá zkušenost s alkoholem ještě nemusí být závažná, ale problém nastává, když člověk začne pomocí alkoholu řešit své problémy a eventuálně od problémů pomocí alkoholu utíkat. Mezi nejčastější důvody, proč člověk využívá účinky alkoholu, je potřeba snížit, nebo se vyhnout bolesti, jak fyzické, tak psychické. Vyhnout se nepříjemným pocitům. Do těchto pocitů člověk zahrnuje nudu, neuspokojení, nízké sebevědomí, pocity jinakosti, odcizení, nepotřebnosti. Nebo využít účinky alkoholu k větší výkonnosti, síly, zlepšení nálady, být úspěšnější (Kalina, 2008). Alkohol je v těchto případech velmi dobrou volbou pro svou snadnou dostupnost, všeobecnou toleranci a poměrně nízkou cenu. Výborným příkladem je cena nealkoholických nápojů, prodávaných v restauračních zařízeních. Vždyť cena nealkoholického nápoje je stejná, jako půllitr piva. Alkohol má dobré psychotropní a širokospektré účinky: tiší bolest, mění náladu, dokáže navodit spánek. Jeho užívání může přispívat k lepšímu společenskému uplatnění a řešení společenských situací. V neposlední řadě ovlivňuje i sexuální prožitky (Heller, Pecinová, 2011).

2.2. Vývoj závislosti

Každý z nás se ve svém životě setká s alkoholem. Někteří alkohol odmítnou, a dále jej nekonzumují, nebo jen ve výjimečných případech. Tři čtvrtě populace pijí přiměřeně, avšak velmi záleží na společenském klimatu a vztahu společnosti k alkoholu. Přibližně každému desátému člověku působí pití alkoholu občas nějaké obtíže, ale jeho konzumace alkoholu se neprohlubuje. Většinu lidí, kteří na alkohol nejsou zvyklí, jeho chuť odpuzuje a důvodem, proč ho pijí, je očekávání jeho pozitivních účinků. Kde je tedy hranice, kdy alkohol ještě neškodí a můžeme ho konzumovat, aniž bychom se stali závislími? WHO uvádí jako bezpečnou konzumaci v rozmezí 10 - 70 g denně pro muže a 10 - 36 g alkoholu pro ženy. Čeští kardiologové doporučují alkohol (myšleno je tím

víno) konzumovat jako prevenci kardiovaskulárních nemocí v množství, které se nepatrně liší. A to 20 - 40 gramů muži a 20 -30 gramů ženy (www.tribune.cz).

Avšak u některých lidí začnou problémy s užíváním narůstat a alkohol začne destruktivně působit na všechny oblasti života pijícího člověka, včetně jeho rodiny a blízkých. To pak hovoříme o závislosti (Heller, Pecinovská, 2011).

Rozvoj závislosti závisí na mnoha faktorech. Na genetických dispozicích jedince, na biochemické zvláštnosti organismu, na osobnostních předpokladech, vlivech prostředí, dostupnosti drogy, na podnětu – startéru. Také velmi záleží na věku, kdy se začíná alkohol konzumovat a na jeho způsobu pití. Čím větší dispozice člověk má, čím mladší začne pravidelně pít a čím dříve začne alkohol užívat jako drogu, tím rychleji závislou vzniká. Pokud se sejde většina těchto faktorů, může dojít k odklonu od škodlivého užívání k rozvoji závislosti. To znamená, že člověk podporuje vznik a opakování situací, v nichž se podařilo dosáhnout účinku a uspokojení pomocí návykové látky. A také, pokud nemá jiné alternativy, kterými by alkohol nahradil a které by měly stejné účinky jako on.

Docent Skála (1988) příčiny, které vedou k nadužívání alkoholu, rozdělil na dvě skupiny: společenské a individuální. Společenské příčiny popsal takto (Skála, 1988, str. 35): „*Sbližující účín alkoholu, který v sobě nese podceňované riziko pro některé jedince, nedostatečná připravenost lidí na správné využívání volného času a nevhodná forma jeho trávení, absence hlubšího smyslu života a nedodržování zákonných opatření o požívání - podávání alkoholických nápojů mladistvým.*“ A mezi individuální příčiny zařadil: „*Důsledky nepříznivého rodinného prostředí a nepříznivé zážitky z dětství, zneužívání alkoholických nápojů u nejbližších rodinných příslušníků a zkušenost, že nepříjemné stavy psychiky se dají rychle a výrazně upravit i nepřiliš velkou dávkou alkoholu.*“

Hospitalizované pacientky na našem oddělení na dotaz, proč pily, nejčastěji odpovídaly: „*na všechno jsem byla sama..., nikdo mi s ničím nepomohl..., přestali jsme si rozumět..., abych lépe zvládala své povinnosti..., atd.*“

Heller a Pecinovská (2011) ještě uvádějí další dva významné prvky, které mají ještě vliv na rozvoj dynamiky závislosti. Jsou to tolerance a kontrola, které se v průběhu jednotlivých stadií závislosti mění. Rizikovými jsou především svojí nenápadností. Popov (2003) popisuje přechod od škodlivého užívání k závislosti jako cestu velmi pozvolnou, nenápadnou, bez výrazných a viditelných projevů. O to více je tato cesta nebezpečnější. Popov (2003, str. 153) popisuje: „*postupné zvyšování tolerance vůči alkoholu, postupná ztráta kontroly užívání alkoholu, postupné zanedbávání jiných potěšení a zájmů*“. Zároveň dochází „*zpočátku většinou nenápadně, ke změnám myšlení a chování*“. Tyto změny v chování se postupně fixují a mají za následek rozvoj osobnostních změn. Dle Popova se jedná o adaptační mechanismus, kterým závislý reaguje na kritiku svého okolí, na konflikty a problémy, které jeho pití vyvolává.

Aby došlo k zajištění stejných libých a příjemných pocitů, je potřeba stále většího množství alkoholu – to je stoupající tolerance a patří mezi hlavní znaky

závislosti. Organismus se dokáže stoupajícím množství alkoholu přizpůsobit. Tato tolerance ale se s přibývajícím léty popíjení postupně snižuje.

Kontrolou je myšlena schopnost kriticky nahlédnout na množství a škodlivost účinků alkoholu. S pokračujícím užíváním se tato schopnost postupně klesá. „ *Změna v kontrole tvoří podstatu poruchy organismu a chorobného stavu bez možnosti vyléčení – lze pouze dosáhnout úzdravy, bez odstranění základní poruchy.*“ (Heller, Pecinová, 2011, str. 10).

2. 2. 1. Typologie dle Jellineka

Duševní poruchy a poruchy chování, vyvolané užíváním alkoholu jsou klasifikovány jednak podle Mezinárodní klasifikace nemocí, ke které se vracím níže a velmi často se používá Jellinekova typologie z roku 1940, která rozlišuje pět typů závislosti na alkoholu a čtyři stadia rozvoje závislosti. Doktor Nešpor považuje tuto klasifikaci již za překonanou, především pro stigmatizující název „alkoholismus“ a protože se některé typy stírají. Například, pro třetí typ gamma byly podle Jellineka typické schopnosti abstinovat i při neschopnosti pít ovládat a pro typ delta se označovala neschopnost abstinovat při zachované kontrole (www.drnespor.eu). Přesto bych tuto klasifikaci ráda ve své práci uvedla, protože některé projevy této nemoci jsou úplně typické, a bylo by škoda od této klasifikace ustupovat. Ráda bych k ní přiřadila některé postřehy z léčení závislých žen u nás.

Kalinova typologie (2008) je stručná a proto jsem ji doplnila ještě o postřehy docenta Skály (1988).

Typ alfa: představitelé typu alfa jsou lidé, kteří alkohol užívají jako sebemedikaci a k odstranění špatné nálady, úzkosti či depresi. Pro ně je charakteristické, že pijí o samotě. U tohoto typu se nejedná o závislost v pravém slova smyslu, ale může se vyvinout v závislost typu gama. Docent Skála tento typ ještě popisuje jako „*pijáka, který umí své potřeby pít regulovat, aniž by musel abstinovat. Pravý typ alfa představuje abúzus, který trvá např. 30 - 40 let, ale nevykazuje příznaky progresu*“ (1988. str. 47).

Pacientka - 55 let, poprvé hospitalizována na našem oddělení v roce 1993. V pravidelných intervalech relabuje, důvodem napití je pro ni těžká situace doma (manžel x matka), na přečtení se dostaví, až když se tato situace pro ni stane neúnosnou, nebo jí hrozí ztráta zaměstnání. Její zdravotní stav nevykazuje větší známky poškození, jak fyzického, tak psychického.

Typ beta: jde o lidi, kteří pravidelně konzumují alkohol většinou ve společnosti, jedná se také o předstupeň závislosti, a pokud si představitelé tohoto typu vytvoří vhodné podmínky, může se tento typ závislosti rozvinout do typu delta. U těchto lidí se také často objevuje somatické poškození organismu. Docent Skála přidává ještě další charakteristiku: „ *se sice nevytváří ani psychická a ani somatická závislost, ale kvůli dlouhodobému abúzu dochází k takovým zdravotním komplikacím, jako jsou*

polyneuritidy, gastritidy a cirhózy. Takového pacienta najdeme spíše na interně, než na psychiatrii" (Skála, 1988, str. 47).

Pacientka - 43 let, majitelka hospody. Preferovala především pivo. Na počátku hospitalizace byla v tak vážném zdravotním stavu, že musela být převážena na vozíku z důvodů rozsáhlých neuropatií, trpěla malnutricí a sonografie potvrdila cirhózu jater

Typ gama: také označován jako anglosaský typ, který je typický preferencí piva a destilátů a také svou poruchou kontroly a rostoucí tolerancí. Je schopen abstinovat, ale při snaze o kontrolované pití selhává, což vede k těžkým ebrietám, jejichž frekvence postupně stoupá, až se rozvine do každodenního pití.

Tato charakteristika se hodí téměř na všechny pacientky našeho oddělení. Sice na počátku své kariéry preferují spíše víno, než pivo a destiláty, ale se vzrůstající tolerancí mají potřebu větší dávky alkoholu a proto přecházejí na destiláty.

Typ delta: také bývá označován jako románský typ. Takovéto konzumenty nacházíme ve vinařských oblastech, pro něž je typické pravidelné popíjení a udržování si hladinky. Rizikovou bývá nucená abstinence, která může vyústit v delirium tremens.

Typ epsilon: epizodické zneužívání alkoholu, které je charakteristické obdobími nadměrné konzumace, střídanými abstinencí. Tento typ není příliš častý.

Kvartální pití není pro ženy tak charakteristické, ale také na našem oddělení se léčily.

E. M. Jellinek také výborně popsal "píjáčkou kariéru", kterou rozdělil na čtyři období, podle toho, jak se s postupným abúzem mění projev a chování konzumenta a jak alkohol postupně zasahuje do jeho života.

Počáteční (symptomatické) období

Jedinec se neliší od ostatních, nevybočuje ze společenských norem. Jeho motivací k pití bývá většinou lehčí zvládnutí problémů a situací. Nebývá zřetelně opilý, ale pije častěji a jeho tolerance roste a s ní roste i dávka, kterou potřebuje, aby se cítil dobře. Pokud dokáže najít jiné řešení svého problém, než je alkohol, své pití omezí. Ale pokud bude muset opět řešit nějaký problém, může jej řešit opět pomocí alkoholu (www.pomocvzavislosti.cz).

Druhé stádium, stádium prodromální, varovné.

V tomto stadiu již k navození dobrého pocitu musí být hladina alkoholu v krvi vyšší. Občas dojde i k opilosti. Jedinec se začíná za své pití stydět, a proto začíná pít potajmu. Skrývání a utajování pití vede k psychickému vypětí, které může vyvolat tzv. palimpsesty (okénka), kdy si svůj stav nepamatuje. V tomto stadiu lze ještě kontrolovaným pitím řešit své problémy, ale může velmi rychle přejít do třetího stadia, které lze již označit za skutečnou chorobu (www.pomocvzavislosti.cz).

Třetí stadium, stádium kruciální, rozhodné.

Nyní ještě roste tolerance, ale již dochází ke změně kontroly pití. Alkohol je již součástí metabolismu organismu. V tomto stadiu již jedinec rezignuje na své koníčky, nestačí plnit své povinnosti, narůstají konflikty s okolím. Začíná se měnit jeho osobnost, je vztahovačný, zlý, agresivní, útočný. V tomto stadiu se rapidně zhoršuje somatický stav. Mohou se objevit tzv. okénka. Nakonec bývá více dnů opilý než střízlivý a přechází tak do posledního stadia (www.pomocvzavislosti.cz).

Čtvrté stadium je konečné, terminální

Pro toto stadium jsou typické, ranní doušky, kterými jedinec řeší svůj nepříjemný stav po vystřízlivění. Pokud pokračuje v pití dál, dostává se do tzv. tahu, kdy pije i několik dní, aniž by se mu podařilo vystřízlivět. Nyní nepije už jen alkoholické nápoje, ale také, co najde. Například i různé technické prostředky. V tomto stadiu již klesá tolerance a dochází k těžkým somatickým poškozením. Také nastává i duševní degradace osobnosti. Co nyní jedinec potřebuje, je jediné - dávka drogy. Té obětuje úplně vše. V tomto stadiu teprve začne jedinec hledat pomoc (Heller, Pecinovská, 2011).

2.2.2. Mezinárodní klasifikace nemocí

Od roku 1979 je v české republice závislost na návykových látkách zařazena do kategorie Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek, které se rozlišují podle druhu užívané látky (F 10- F 19), které mohou, ale nemusí být předepsány lékařem. Tato látka je vyznačena ve třetím znaku a čtvrtý kód specifikuje klinický stav, který užívaná látka vyvolává.

Uvádím zde příznaky, které se vyskytují v jednotlivých fázích klasifikace a vztahují se k užívání alkoholu (www.uzis.cz).

. 0 Akutní intoxikace – je to přechodný stav, který vzniká po užití většího množství psychoaktivní látky. A vede k poruchám vědomí, poruchám poznávání, vnímání, emotivity, chování, které časem odezní. Nedochází k větším poškozením organismu trvalým následkům (např. akutní opilost).

.1 Škodlivé užívání (abúzus)- návyková látka se užívá takovým způsobem, že dochází k poškozování fyzického i duševního zdraví.

.2 Syndrom závislosti - užívaná látka je dávána na první místo před běžné lidské prožitky a vztahy. Hlavním znakem závislosti je neovladatelná touha užít návykovou látku (craving). Pokud se k návykové látce jedinec vrátí po období abstinence, příznaky syndromu závislosti se rychle vrací.

Kritérium pro diagnózu syndromu závislosti je objevení se alespoň tří z následujících jevů během posledního roku:

- a) Silná touha nebo pocit nucení užívat látku (craving)
 - b) Potíže v kontrole užívání látky – množství a schopnost přestat užívat
 - c) Somatický odvykací stav
 - d) Rostoucí tolerance
 - e) Postupné zanedbávání zájmů ve prospěch užívané látky
 - f) Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků
- <http://www.uzis.cz/publikace/mezinarodni-statisticka-klasifikace-nemoci-pridruzenych-zdravotnich-problemu-mkn-10-dil-tabelarni-ca>

.3 Odvykací stav (syndrom odnětí drogy, abstinenční syndrom)- je to soubor příznaků, které se objevují při úplném, nebo částečném vysazení návykové látky. Heller, Pecinovská (2011) popisují příznaky abstinenčního syndromu u závislosti na alkoholu. Objevuje se po 6 – 8 hodinách, nejčastěji ráno. Jsou velmi nepříjemné a typické je, že odeznívají po další dávce návykové látky. Tento stav mizí zhruba do 50 hodin i bez terapie, pokud se nerozvine delirium tremens. Fyzické projevy syndromu odnětí se projevují bezprostředně po odnětí návykové látky. Zpravidla to jsou třes, rukou, nauzea, tachykardie, zvracení, epileptické paroxysmy. Mezi psychické projevy můžeme zařadit poruchy, spánku, úzkost, deprese, neklid a mohou se projevit až v době abstinence. Tyto projevy mohou vést k tomu, že se objeví nutková potřeba se napít v situacích, které jedinec dříve řešil alkoholem a mohou vést k recidivě abúzu.

.4 Odvykací stav s deliriem - do této kategorie zařazujeme především delirium tremens vyvolané alkoholem.

.5 Psychotická porucha - soubor příznaků, které se objevují během, nebo po požití psychoaktivních látek, které nelze vysvětlit akutní intoxikací a nejsou součástí odvykacího stavu. Objevují se tyto příznaky - halucinace, bludy, porucha vědomí.

.6 Amnestický syndrom - vyznačuje se výrazným postižením krátkodobé i dlouhodobé paměti. Typickým příznakem je i porucha schopnosti učit se novému. Zařazujeme sem Korsakovovu psychózu.

.7 Psychotická porucha reziduální a s pozdním nástupem - do této kategorie zařazujeme poruchy kognitivních funkcí, které přetrvávají i po odbourání psychoaktivní látky z těla. Můžeme se zařadit také "Flashback" (www.uzis.cz).

Donovan a Marlat (1988, str. 18) odvodili definici: „*Závislost je komplexní a progresivní vzorec chování. Který má biologické, psychologické, sociologické a behaviorální součásti. Od ostatních vzorců chování se liší výraznou patologickou angažovaností jedince v daném chování, přilnutí k němu, subjektivní kompulzí v něm pokračovat a sníženou schopností jej kontrolovat. Závislostní vzorec chování pokračuje navzdory negativním dopadům na fyzické, psychické a sociální fungování jedince*“.

Jak popíši dále, tento závislostní vzorec chování neovlivňuje pouze uživatele návykové látky, ale bytostně zasahuje do života celé rodiny a výrazným způsobem ji ovlivňuje. A odpovědí na otázku, do jaké míry rodinní příslušníci se cítí být ovlivněni závislostí člena své rodiny, se budu zabývat v druhé části své práce.

2.3. Rozdíl mezi užíváním alkoholu u žen a mužů a následky, které přináší

Během minulého století se postavení ženy v euro-americké společnosti několikrát výrazně změnilo. Nejvýrazněji po druhé světové válce. Ženy se stávají samostatnými, více disponují finančními prostředky. Je nastolena rovnoprávnost mezi muži a ženami. Se změnami ve společnosti dochází k uvolnění postojů k užívání návykových látek. A to především k alkoholu, protože je společností velmi tolerován. Rozdíl mezi pohlavími v užívání návykových látek se stírá a konzumace alkoholu a užívání dalších návykových látek již není výsadou chlapců a mužů, ale i dívek a žen. Přesto pokud u ženy dojde k rozvoji závislosti, většinou bývá okolím odsuzována, a její nemoc není akceptována. Kalina (2008) popisuje ženinu závislost jako fenomén dvojí deviace. Žena uživatelka je společností vnímána jako dvojí deviant – deviací je myšlena její konzumace a selhávání v ženské roli, roli matky a manželky. Proto ženy mnohdy pijí o samotě a potají, okolí si mnohdy velmi pozdě všimne rozvíjející se závislosti a reaguje opožděně. Tím se také později ženě dostává pomoci. Důvody k napití jsou však u mužů i u žen stejné. Aby se dostaly do nálady, či se zbavili deprese. Avšak důsledky abúzu alkoholu jsou pro ženu vážnější a náprava škod je obtížnější.

Důsledky pití (Heller, Pecinová, 2001) se u ženy projevují na tělesném a duševním zdraví dříve, rychleji a výrazněji než u muže, protože alkohol působí silněji, z důvodu většího obsahu tuku v těle, nižší hmotnosti a jinému metabolismu jater, které jsou zatíženy zpracováváním hormonů.

K rozvoji problematického pití dochází z pravidla nejčastěji po vstupu do manželství. A na rozvoj pití mají vliv neuspokojené partnerské vztahy, nebo soužití s pijícím partnerem.

U žen nasedá na problém s alkoholem i problém s příjmem potravy. Léčba kombinace těchto dvou diagnóz bývá svízelná. Netýká se to jen mladičkových děvčat, které nejčastěji zneužívají pervitin v kombinaci s alkoholem (redukce hmotnosti), ale

stoupá počet hospitalizovaných žen středního věku s duální diagnózou (závislost na alkoholu a poruchy příjmu potravy). Také lze pozorovat klesající počet hospitalizovaných pacientek s tzv. "čistou závislostí" (zkušenosti z našeho oddělení). To znamená, že pacientek závislých pouze na alkoholu ubývá, a roste počet žen s kombinovanou závislostí na alkoholu a lécích, nejčastěji benzodiazepinech, které jim předepisují obvodní lékaři.

A ještě jeden fenoménem, který pozoruji na našem oddělení a který se objevil až v posledních letech. Je jím stoupající věk poprvé hospitalizovaných žen. Výjimkou nejsou ženy staré 65 let a výše.

Při vstupních vyšetřeních uváděly příčiny abúzu alkoholu především odchod do starobního důchodu a odchod dětí z rodiny a narušený vztah s manželem a špatná komunikace mezi nimi.

2.3.1. Zdravotní komplikace závislosti na alkoholu u žen

Zdravotní následky způsobené dlouhodobým užíváním alkoholu jsou u obou pohlaví stejné. Alkohol je látka, která působí především na gastrointestinální systém a pokud je užíván pravidelně a dlouhodobě, může dojít k závažným somatickým komplikacím. Nejčastěji dochází ke vzniku vředové choroby žaludku a pankreatitidám, které často přechází do chronicity. Nejvíce poškozeným orgánem dlouhodobým pitím jsou játra. Fibrotické změny přecházejí do cirhózy a pokud pacientka neabstínuje, rozvíjí se hepatocelulární karcinom. Porucha jaterních funkcí má za následek vznik jícnových varixů a rozvoj neurologických změn na mozku.

Podle americké studie alkohol také zvyšuje riziko rakoviny prsu u žen tím, že ovlivňuje hladinu a metabolismus estrogenu. Lékaři potvrdili, že u žen, které onemocněly rakovinou prsu a dále pokračovaly ve škodlivém užívání alkoholu, stoupá o 30 % riziko vzniku karcinomu i v druhém prsu. Dlouhodobá konzumace se ukázala jako vysoce riziková pro vznik druhostranného (kolaterálního) nádoru (www.lecba-rakoviny.cz). Mohu potvrdit, že se také k nám do léčby hlásí ženy, které prodělaly nádorové onemocnění prsu.

Fetální alkoholový syndrom

Za velmi vážné považují, když žena pije během těhotenství. Etylalkohol je teratogen, který nepříznivě působí na plod a jeho vývoj po celou dobu těhotenství. Pokud žena nepřestane užívat alkohol, vystavuje svůj plod riziku vzniku fetálního alkoholového syndromu. Ten je charakteristický výskytem řady projevů. Nejvýznamnějšími jsou růstová retardace (hypotrofie, nízká porodní hmotnost, neprospívání v dalším věku) a výskyt vrozených vývojových vad v oblasti hlavy a obličeje (mikrocefalie, plochá střední část obličeje). Také dochází k různému poškození CNS (různý stupeň mentální retardace, kognitivní poruchy a v pozdějším vývoji

poruchy chování). Vyskytnout se mohou různé další vrozené vady, například vrozené vady srdce, rozštěpy a podobně (www.wikiskripta.eu).

2.3.2. Psychické komplikace závislosti na alkoholu

Psychické komplikace závislosti jsou stejné jak u ženy, tak u muže. Při jednorázové intoxikaci alkoholem vzniká prostá opilost, kdy dochází ke kvantitativní poruše vědomí. Její hloubka závisí na množství požitého alkoholu. Od exitace, přes ospalost, může nastat bezvědomí a smrt.

Opilost může být doprovázena negativními prožitky, jako jsou halucinace a bludy, palimpsesty (okénky), deliriem, které je doprovázené úzkostnými nebo paranoidními stavy.

Pokud dojde k patologické intoxikaci alkoholem, rozvine se jako náhlá patická reakce na alkohol – patická ebrieta. Začátek je náhlý rychlý po vypití relativně malého množství alkoholu. Tento stav se projevuje kvalitativní poruchou vědomí s pro okolí nepochopitelným jednáním. Mohou se přidružit poruchy emocí – strach, masivní úzkost, nebo poruchy vnímání – zrakové a sluchové halucinace, a také poruchy myšlení – paranoidně perzekuční bludy. Tento stav je většinou doprovázen těžkou agresivitou a nekontrolovatelnými výbuchy vzteku. Tato porucha může trvat několik minut, nebo až několik hodin. Tento stav končí hlubokým spánkem a je na něj amnézie.

Alkoholické psychózy bývají způsobené dlouhodobým chronickým abúzem. K akutním alkoholickým psychózám patří delirium tremens, alkoholická halucinóza a alkoholická paranoidní psychóza, k chronickým onemocněním řadíme Korsakovovu psychózu a alkoholickou demenci.

Delirium tremens bývá nejčastější komplikací chronického abúzu a Korsakovova psychóza s alkoholovou demencí bývají nejzávažnější komplikací (Heller, Pecinová, 2011).

2.3.3. Sociální a ekonomické komplikace závislosti na alkoholu u žen

Rozvoj závislosti u ženy má negativní dopad na celou rodinu a nejbližší příbuzné. Žena nezvládá své povinnosti, výchovu dětí a upadá i její manželský život. Partneři zprvu přebírají povinnosti na sebe a pomáhají, ale pokud problém přetrvává, mají tendenci z této rodiny odcházet a volí rozvod. Žena ztrácí dobré rodinné zázemí, popřípadě celou rodinu.

Také klesá její pracovní výkon, neplní své pracovní povinnosti, a mnohdy není schopna do práce vůbec dojít a kvůli absencím může o své zaměstnání přijít. Tím

dostává svou rodinu do nepříznivé ekonomické situace. Rodina se může začít zadlužovat a může být ohrožena exekucemi. Tím také rodině klesá životní úroveň. Z obavy ztráty dětí žena vyhledává léčbu později. Pokud je ale rodinou podporována, v léčbě více spolupracuje a také nutnost abstinence více akceptuje. Také je ochotna více investovat do své léčby (www.alkoholik.cz).

Za významné považují také to, že ženy jsou pod vlivem alkoholu velmi zranitelné. Jak psychicky, tak fyzicky. Velmi často pacientky v léčbě uvádějí, že byly oběťmi domácího násilí, nebo se staly terčem sexuálních útoků. Nejčastěji byly v ebrietě znásilněny.

2.4. Rodina a její charakteristika

Má práce je zaměřena na rodinné příslušníky a jejich kvalitu života, kterou nemoc (závislost) nějakým způsobem ovlivňuje. V další kapitole tedy popíši rodinu jako instituci a její funkci. Dále popíši možný vliv rodiny na rozvoj závislosti u rodinného příslušníka a v poslední části se zaměřuji na samotné rodinné příslušníky, jejich strategii zvládání problému závislosti v rodině a které oblasti života jsou alkoholismem příbuzné nejvíce zasaženy.

Na úvod tématu o rodinách bych ráda uvedla citát antropoložky Margaret Mead (www.federacerodin.cz), která výstižně popsala rodinu, jako nejtradičtější a nejosvědčenější způsob soužití lidí: *„Od nepaměti žili lidé v rodinách. Nevíme o žádném období, ve kterém by tomu tak nebylo. A nevíme o žádných lidech, kteří by dokázali nadlouho zrušit, nebo něčím rodinu nahradit. Znovu a znovu, navzdory navrhovaným změnám a v současnosti probíhajícím experimentům, potvrzují lidská společenství svoji závislost na rodině jako základní jednotce lidského života - na rodině sestávající se z otce, matky a dětí.“*

2.4.1. Definice pojmu rodina

Rodinu můžeme definovat různými způsoby a z různých perspektiv – ekonomické, sociologické, historické a podobně. Také ji lze definovat z hlediska jejího postavení ve společnosti a z hlediska procesů a vazeb, které v ní probíhají (www.szu.cz). Dá se říci, že se jedná o skupinku osob, které jsou navzájem propojeny svými příbuzenskými vztahy a společným způsobem života, kterým žijí a v neposlední řadě také postavením ve společnosti. Pokud některý z členů rodiny přestane plnit v této skupince svou roli z důvodů nadužívání alkoholu, či již rozvinuté závislosti, může zmiňované vazby a společný způsob života natolik ovlivnit, že pak nejsou tyto znaky rodiny naplňovány. Toto zjištění bude podpořeno výsledky kvalitativního výzkumu ve třetí části této práce (www.szu.cz).

2.4.2. Funkce rodiny

Mezi základní funkce rodiny můžeme zařadit plnění všech potřeb všech jejích členů, tj. zejména potřeby fyzické, psychické, sociální a ekonomické. Rodina rovněž zabezpečuje vzdělávání a socializaci dětí a vytváří útočiště a bezpečí před vnějším světem všem svým členům (www.szu.cz).

Nároky na funkčnost rodiny v poslední době stoupají. Důsledkem tohoto tlaku může být, že rodina svou funkci plní nedostatečně. A na druhé straně rodina a rodinné prostředí může své členy chránit a bránit proti tlaku okolního světa. Během některých období života a vývoje může dojít k narušení rodinné homeostázy, a v jiných obdobích nikoli. Proto mají různé události v různých obdobích odlišný dopad. Jak udává Satirová: *„Vždy ale platí, že jestliže je událostí ovlivněn jeden z členů rodiny, jsou do jisté míry ovlivněni všichni.“* (Satirová, 2007, str. 19). U závislosti jednoho člena rodiny to platí dvojnásob, jak budu ilustrovat ve výzkumné části práce.

2.4.2.1. Biologicko- reprodukční funkce rodiny

Rodina má význam jak pro fungování a základ společnosti, tak pro členy, kteří tuto rodinu tvoří. Aby společnost zdárně fungovala, potřebuje dostatek nově narozených dětí. Posledním trendem v mladých rodinách je ale naopak děti obětovat kariéře a vlastní seberealizaci. A bohužel začalo být dítě vnímáno jako přepych v rodinách s nižšími příjmy. Proto v posledních letech klesá počet nově narozených dětí. Nebo se rodiče spokojí pouze s jedním dítětem, nebo dokonce vstupují do manželství s plány, že žádné děti mít nechtějí. Na porodnost má určitě také vliv starší věk matek (Kraus, 2008).

2.4.2.2. Sociálně – ekonomická funkce rodiny

Rodina se podílí na výrobní a nevýrobní sféře státu a také se stává spotřebitelem. Poruchy ekonomické funkce rodiny se projevuje v jejím hmotném nedostatku. Bývá to způsobeno nezaměstnaností, nebo neustálým zvyšováním životních nákladů.

2.4.2.3. Funkce ochranná, zaopatřovací, pečovatelská

Správně fungující rodina zajišťuje svým členům základní životní potřeby. Nejen dětem, ale všem svým členům.

2.4.2.4. Funkce socializačně- výchovná

Rodina je první sociální skupinou, která působí na dítě. Učí ho osvojovat si základní návyky a způsoby chování ve společnosti. Přípravuje děti a mladistvé na vstup do praktického života. Díky pracovnímu vytížení a udržení si ekonomické nezávislosti

dochází k tomu, že rodina přesouvá zodpovědnost za výchovu dětí na školu, která má napravit škody způsobené nevhodnými přístupy ve výchově (www.szsemb.cz).

2.4.2.5. Funkce emocionální

Je to nejdůležitější funkce. Rodina by měla dokázat zajistit všem svým členům potřebné citové zázemí, pocity lásky, bezpečí, jistoty. Bohužel klesá schopnost rodin tyto důležité atributy nezbytné pro správné fungování členů zajišťovat. Vliv má velká rozvodovost, dezintegrace, zaneprázdněnost apod. Narůstá počet deprivovaných dětí a dospělých, kteří se s tímto stavem nedokážou vyrovnat (www.szu.cz).

2.4.3. Typy rodin:

Rodinu můžeme rozdělit podle funkčnosti na několik typů:

- Rodina funkční – je to rodina, kde je zajištěn dobrý vývoj dítěte a kde se dbá na dobrý prospěch všech jejích členů
- Rodina problémová – v takové rodině se vyskytují závažnější poruchy některých, nebo všech funkcí. A tím ale nedochází k ohrožení rodinného systému, nebo vývoje dítěte. Zatím je rodina schopna tyto problémy řešit vlastními silami, nebo jednorázovou, či krátkodobou intervencí zvenčí.
- Rodina dysfunkční – v této rodině se vyskytují vážné poruchy některých, nebo všech funkcí a kde dochází k ohrožení rodiny jako celku. Zvláště vývoj a prospěch dítěte. Tyto poruchy rodina již nezvládá sama a proto je nutná pomoc státu, tzv. sanace rodiny.
V této rodině jsou poruchy tak velkého rázu, že dochází k ohrožení samotného fungování rodiny, která již není schopna plnit svůj základní úkol a dítěti škodí, nebo je přímo ohrožuje přímo na životě (www.szsemb.cz).

Ve funkční rodině zažívají všichni členové mnoho emotivních stavů a citových rozpoložení. Je-li jednotlivým členům dovoleno vážit si sám sebe, může se jejich já tvořivě a realisticky rozvíjet a čelit všemu, co život přináší. Lze to vyjádřit slovy Virgine Satirové: „*Když jsem sám se sebou spokojen a mám se rád, je velká naděje, že budu schopen čelit životu z pozice důstojnosti, poctivosti, pevnosti, lásky a reality.*“ (Satirová, 2007, str. 39).

Pokud ale jedinec zažívá v rodině pocity ponižování, omezování, zklamání, nelásku, nebo jiné negativní pocity, jeho sebeúcta se rozplývá, přestává se mít rád, stává se poraženou obětí života. Satirová tento stav popisuje takto: „*Nemám – li rád sám sebe, znehodnocuji se a trestám, čelím životu z pozice strachu a nemohoucnosti a dostávám se do stavu, kdy se cítím podveden, podle toho se chovám. Jsem střídavě ponižený a tyranský, svaluji vinu za své jednání na druhé lidi.*“ (Satirová, 2007, str. 40). Takový člen rodiny si připadá zbytečný, obává se zavržení. Nedostává se mu ocenění, sám se ocenit neumí. Začne jednat manipulativně a důsledky jeho chování mají dopad na všechny členy rodiny.

Všechny změny, kterými nyní společnost prochází, mají dopad na tradiční způsoby rodinného života. Dochází k rostoucí nuklearizaci rodiny, kde chybí širší členové – prarodiče a další širší příbuzenstvo. Základ tvoří pouze rodiče a děti. Nebo osoby žijící samy – rozvedení anebo samoživitel a dítě. Ve společnosti narůstají pocity odcizení, pocity osamělosti, dochází ke krizím osobní identity. Lidé hledají východisko v návratu zpět ke své původní rodině, jejímž úkolem je poskytovat pocity bezpečí, lásky a přijetí, které lidé nemohou najít v individualistické společnosti. Tím vzniká na rodinu neúnosný tlak, který není schopna unést a tyto požadavky plnit (Satirová, 2007).

A pokud se v rodině objeví problém alkoholem, je v ní méně osob, které by mohly poskytnout podporu ostatním členům rodiny v případě závažných problémů. Rozvody rodičů a rozpady rodin mohou tedy být jak příčinou, tak důsledkem problémů s alkoholem (www.szu.cz).

2.4.4. Biologické, psychologické, sociální faktory vzniku a rozvoje závislosti v rodině

Od poloviny minulého století, kdy byla závislost na alkoholu zařazena do Mezinárodní klasifikace nemocí, je snaha najít biologické, psychologické a sociální příčiny vzniku rozvoje a udržování závislosti.

Mezi biologické faktory lze počítat užívání alkoholu matkou během těhotenství, nebo podání psychotropních látek při porodu. Výzkumy bylo ověřeno, že u jedinců, u kterých se později rozvinula závislost na alkoholu, byla zjištěna odlišná jaterní enzymatická aktivita alkoholdehydrogenázy. To znamená, že dotyčný získal větší toleranci k množství alkoholu (Kudrle, 20003). Také u alkoholiků byly zjištěny jiné interakce alkoholu v mozku s neurotransmitery (dopaminem a serotoninem) a jiném ovlivnění limbického systému, než u běžné populace.

Za psychologické faktory, které mohou mít vliv na vznik závislosti, můžeme počítat již psychické rozpoložení matky během těhotenství, přiměřené uspokojování potřeb během nejrannějšího vývoje dítěte a podpora během dospívání. Také vliv duševních chorob na vznik a rozvoj závislosti není zanedbatelný (Kudrle, 2003). Deprese, úzkosti mohou vést k samoléčbě pomocí návykových látek a to potom hovoříme o tzv. duálních diagnózách.

Faktory sociální jsou ovlivněny vztahem jedince a okolí, kterým je formován. Sem můžeme zařadit společenský status rodiny, prostředí, ve kterém rodina žije, její socioekonomické zajištění. Mezi sociální faktory můžeme zařadit i to, zda jedinec vyrůstá v rodině úplné, nebo neúplné, či jinak handicapované. Nejvýraznějším sociálním faktorem se stává to, pokud dítě vyrůstá v těsné blízkosti závislých osob. Od malička je konfrontováno s abúzem alkoholu, či drog, jako normou. Život se závislým člověkem roztáčí kolotoč dysfunkčních vztahů, změn, postojů, nepředvídatelných reakcí. V horším případě čelí dítě fyzickému, nebo psychickému násilí (Kudrle, 2003).

V takovéto rodině vznikají patologické jevy, které ovlivňují všechny členy rodiny. Vzniká spoluzávislost. Spoluzávislý nežije svůj život, ale veškerou svou energii

vynakládá na zvládnutí problematické životní situace. Snaží se s touto situací vyrovnat a přizpůsobit se jí. Ze začátku do popředí vystupuje naděje, že se změní chování závislého. Ve jménu této naděje se člen rodiny snaží řídit chování pijícího, anebo naopak se nechá jeho chováním ovládat. Na počátku se totálně angažuje a přizpůsobuje potřebám partnera. Činí to ve jménu lásky. Pocity osamělosti, nebo hrozba opuštění ze strany pijícího, ho vedou k tomu, že veškeré své potřeby a aktivity zcela potlačí. Tím se mu postupně zúží prostor pro vlastní potřeby. Svoji frustraci ventiluje, ale nedokáže ji konstruktivně řešit. Naopak jeho aktivity vedoucí k větší kontrole, připoutání pozornosti pijícího se stupňují, nebo naopak rezignuje. Postupně přestane realisticky nahlížet na danou situaci a dochází k totální závislosti na závislém a každý pokus vymanit se ze stále stahující smyčky nakonec končí neúspěchem. Tím dochází k prohlubování pocitů viny a selhání u spoluzávislého (Kudrle, 2003).

Stejný mechanismus funguje u rodičů závislého dítěte. Barnardová (2011) popisuje rodiče, kteří, aby eliminovali rizika, financovali drogový návyk svého dítěte. Spláceli dluhy, umožňovali dětem aplikaci drog doma (omezení rizika infekcí), někdy také sami drogy kupovali, aby předešli předávkování u dítěte (Barnardová, 2011).

Kudrle dále uvádí, že naopak, život spoluzávislého bez partnera, nebo svou samostatnost, může subjektivně vnímat jako ohrožující, proto může být abstinence a vyléčení závislého partnera pro něj nepřijatelné. Začne proto nevědomky vytvářet takové situace, kterými se pokusí závislého vrátit zpět k jeho původnímu chování (Kudrle, 2003)

Mezi příčiny takového chování můžeme uvést vzorce chování, které si přinášíme z původní rodiny. Jedná se o obranný mechanismus, kterým chráníme sebe sama před samotou a nejistotou. Také souvisí s vlastním nedostatečným sebevědomím a nedostatečným pocitem vlastní hodnoty.

Na počátku devadesátých let se v USA poprvé objevuje termín kodependence – závislost na druhém. Původně se tato porucha dávala do souvislosti vztahovosti příbuzných v alkoholických rodinách, ale později se ukázalo, že tento fenomén se vyskytuje především v rodinách dysfunkčních. Kudrle kodependenci popisuje jako fenomén „*vycházející z pocitů neadekvátnosti, rozštěpenosti, nízkého sebehodnocení, strachu z opuštění, ze ztráty identity. Postihuje jak jednotlivce, tak celou rodinu.*“ (Kudrle, 2003, str. 107). Spoluzávislému přichází potvrzení jeho existence zvenčí, z okolí. Satirová při své práci s rodinami popisuje takového člověka takto: „*jeho sebeúcta je extrémně závislá na mínění jeho okolí. Závislost na mínění okolí paralyzuje jeho autonomii a individualitu. Svou nízkou sebeúctu promítá do svého okolí, zvláště pokud chce druhým imponovat. Nízká sebeúcta má původ v zážitcích z dětství. Nikdy u něj nedošlo k separaci od rodičů. Jinými slovy – ve vztahu k rodičům nikdy nedosáhl kvality rovnosti. A má vysoká očekávání od ostatních, a zároveň velký strach; ve výsledku očekává zklamání a nedůvěru.*“ (Satirová, 2007, str. 20). Také pozornost zaměřená na problémového člena rodiny, může paradoxně odvádět pozornost od řešení vlastních důležitějších problémů.

2.4.4.1. Vývojové faktory vzniku a rozvoje závislosti v rodině

Ráda bych ještě zmínila vývojové aspekty vzniku a rozvoje závislosti, které lze považovat za rozhodující při vzniku závislosti. Za kritické vývojové etapy člověka lze považovat – dětství, od naprosté závislosti na druhých, přes adolescenci a téma separace a individuace, až po období dospělosti, krize středního věku a odchod dětí od rodiny.

2.4.4.2. Vývojové etapy a jejich vliv na rozvoj závislosti

Dále bych chtěla uvést nejdůležitější etapy a momenty ve vývoji jedince, které lze považovat za nejdůležitější a rozhodující na vznik a rozvoj závislosti.

Při narození je kojeneček zcela odkázaný na péči své matky, či jiného pečujícího. Z psychoanalytického pohledu lze již v této době spatřit první momenty, kdy se postupně "zakládá" na budoucí závislost. Je tím myšleno stadium orálně - fixační.

Kalina (2008) klade důraz na teorii attachmentu a její význam pro pochopení možného rozvoje závislostního chování v budoucnosti. Attachment popisuje jako vrozený systém v mozku, který se vyvíjí směrem k nejbližším pečujícím osobám. Attachment vede dítě k tomu, aby vyhledávalo blízkost rodičů, komunikovalo s nimi a od nich se učilo zvládat všechny negativní prožitky a stavy. Tím, že se opakují, pomocí rodičů je zvládnou, se jim dítě učí vhodně čelit. Kalina (2008, str. 50) o bezpečném attachmentu píše: *„umožňuje v zásadě přečkat běžné i extrémně zátěžové emocionální situace díky vnitřní schopnosti je unést, přenést pozornost nebo se o ně podělit s druhými.“* Ostatní druhy attachmentu - úzkostný, vyhýbavý a dezorganizovaný považuje za deficitní. Tím jsou považovány za možnou příčinu užívání psychoaktivních látek. Návykové látky ovlivňují myšlení a prožívání a tím nahrazují nedostatečně rozvinuté vnitřní schopnosti čelit krizovým situacím (Kalina, 2008).

Neschopnost rodičů reagovat na potřeby dítěte

Při výchově dítěte dochází k nesouladu v reakci rodičů na jeho potřeby a tendence. Rodiče při výchově nedokážou vyváženě reagovat. Jejich reakce jsou mnohdy nevypočitatelné. Na dítě kladou v určitých situacích přehnané nároky a reagují přehnaně, jindy jsou velmi benevolentní. U dítěte vytváří nejistotu, jak se v kterých situacích chovat a je zmatené. Hajný (2003, str. 136) uvádí: *„Z tohoto může vyrůst tzv. dospělé dítě, které je předčasně zralé, a to jak pohledem na svět, svými prioritami, tak i chováním a prosazováním ve svém sociálním okolí. Na druhé straně pokud není dítě stimulováno a nejsou na něj kladeny dostatečné nároky, jeho vývojový potenciál zamrzne. Toto dítě nemá podněty pro další osobnostní růst a tím pádem se neučí vyrovnávat s drobnými neúspěchy a překážkami.“* Nejčastěji se tato nerovnováha objevuje u mladých rodičů uživatelů drog, ale dá se tento příklad vztáhnout i na rodiče alkoholiky. Jak bude uvedeno níže, děti reagují zcela specificky na problém závislosti v rodině.

Dalšími činiteli, které zvyšují riziko návyku u dětí jsou: duševní poruchy a poruchy chování, setkání s návykovými látkami v mladém věku, dlouhodobé bolestivé onemocnění, perinální, nebo postnatální poškození mozku. K dalším rizikovým faktorům u dětí můžeme zařadit nedostatek dobrých kopingových technik, nedostatek dovedností v mezilidských vztazích, nízké sebevědomí, nižší inteligence (www.phil.muni.cz). Lettlová považuje za velmi důležitý vliv rodiny na budoucí vliv na rozvoj závislosti. Jsou to především nejasná pravidla v rodině, týkající se chování dítěte, nejasné hranice, nedostatek času na dítě. Zanedbané a deprimované dítě se nemá kde naučit důležitým sociálním dovednostem. Nemá vzor, který by mu poskytl kvalitní mezilidský vztah (www.phil.muni.cz).

V adolescenci jsou kladeny na jedince velké nároky na dokončení emocionálního a psychického vývoje. Jedním ze znaků, které tento vývoj vyjadřují, je schopnost snášet nepříjemné stavy, které jsou vyvolané na základě vnitřních a vnějších faktorů. Například: bolest, zklamání, zvýšené napětí, strach a úzkost, frustrace. Pokud nedojde k upevnění zvládnání těchto negativních emocí, v pozdějším věku mohou vést jedince k užívání návykové látky, jako náhrada a pomoc při chybějící odolnosti a síle. Hajný cituje Eriksona: *„Stereotyp závislosti s jednoduchým zaměřením na dosažení změny prožívání prostřednictvím chemické změny, se pro dospívajícího může stát úlevným útočištěm a odpovědí na mnoho těžko řešitelných otázek a nejistot.“* (In Hajný, 2003, str. 137).

Dalším úkolem, který spadá do splnění vývojových úkolů adolescenta, je dokázat přijmout a vypořádat se s reálným obrazem svého těla. S tím je spojeno vyjasnění si své sexuální orientace a překonání studu realizovat své sexuální potřeby. Drogy a alkohol se stávají pomocníkem, nebo útočištěm před řešením těchto obtížných otázek. Dokážou snížit psychické zábrany, pomáhají s redukcí hmotnosti, podporují sebevědomí a pocity vlastní síly. Kontakty s vrstevníky, vytváření a upevňování vztahů, zamilování a rozchody, to vše je nezbytné pro dozrávání mladého člověka. Návyková látka se tak stává podpůrným prostředkem, který pomáhá překonat rozpaky, neshlednost, zvednout sebevědomí apod. Ve vztahu k rodičům můžeme sledovat naprosté ustrnutí v závislosti na rodičích (závislost materiální, sociální a i emoční), nebo vzájemný vztahový kolaps a vývojové uvíznutí. Jak uvádí Hajný (2003, str. 138): *„Sadomasochistický charakter vzájemných vztahů, plných pocitů viny, studu, hněvu a pomsty, pak udržuje bludný kruh závislosti tak, jak je znám u tzv. spoluzávislých (kodependentních) rodinných systémů.“*

2.4.4.3. Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti

Během mé práce se závislými ženami, jsem si kladla otázku, zda je nějaká typická struktura rodiny závislého, či se v rodinách závislých vyskytuje nějaký společný jmenovatel, který vyvolá v jedinci rozvoj tohoto onemocnění? Při studiu adiktologie a dalším získávání zkušeností v práci se závislými, docházím k závěru, že nelze rodinné prostředí závislých zobecňovat a označit nějaký typický rys, který k rozvoji závislosti

vede, ale spíše se v rodinách závislých objevují některé společné znaky, které rozvoj závislosti mohou podnítit.

Jedním z nejvýznamnějších znaků, který může nejvíce ovlivňovat vznik závislosti je závislost (nejčastěji alkoholová) u některého z rodičů. Jestli nemoc propukne i u dítěte, závisí především na tom, jak závislost rodiče zasahuje a ovlivňuje chod rodiny. Může se stát pro dítě modelem v řešení jeho problémů. Marina Barnardová poukazuje na to, že děti, které musely od nejútlejšího věku čelit závislosti svých rodičů a tomu, co s sebou závislost přináší, buď dokázaly ve zdraví dospět, ale ve většině případů samy začaly nějakou drogu užívat (Barnardová, 2011).

Dalším znakem, který se objevuje v rodinách závislých, je hyperprotektivní role matky. Dítě, jehož matka o něj nadměrně pečuje, ochraňuje a je na něm velmi citově závislá, se nedokáže zdravě separovat a samostatně dospět. Většinou nemá oporu ve svém otci, protože ten bývá nepřítomný, chladný, slabý nebo nenápadný.

Mezi další faktory, které mohou mít vliv na rozvoj závislosti u dítěte Kudrle (2003) řadí nevyváženou výchovu rodičů. U spousty rodin jsou velice patrné přehnané rodičovské pečovatelské a ochraňující tendence k dítěti, nebo naopak rodiče vykazují vůči dětem lhostejné až chladné postoje. Také lze vidět nedostatečnou pozornost rodičů k pozitivnímu chování dítěte, a proti tomu věnují nadměrnou pozornost a necitlivost k selhání dítěte.

Jeho chyby a selhání však nevyvolají přirozenou reakci ze strany rodiče – kritickou a trestající, ale reakci, kterou dítě nepředpokládá – výčitky, skrytě vnucované pocity viny anebo vynucovaných nerealistická předsevzetí.

V historii rodiny se mohou objevit různá nashromážděná a ještě nezpracovaná témata. Například rozvody rodičů, násilí, smrt blízkého. Traumatizace v dětství je samostatnou kapitolou pro pozdější vznik a rozvoj závislosti. Ať už se jedná o tělesné a sexuální zneužívání a psychické týrání, nebo třeba dopravní nehodu. Kudrle (2003, str.130) popisuje trauma jako: *„ochromující, ničí vazby a tím i důvěrný vztah s jinými lidmi. Ničí integritu a základní důvěru. Trauma způsobuje nenávisť k sobě samému, nízké sebehodnocení a neschopnost ocenit druhé. Bezmocnost, izolace a ochromující strach jsou jádrovými prožitky psychického traumatu.“*

Chaotické a špatně vymezené vztahy mezi rodiči a dětmi, kdy nejsou v rodině jasně vymezeny role a kompetence, uvádějí dítě do zmatků a nejistot. V rodinách závislých se častěji vyskytuje narušení mezigeneračních hranic (Hajný, 2003).

Užívání návykové látky také může sloužit dospívajícímu ke snadnější separaci od rodiny. Může otupovat pocity viny, pramenící z toho, že chce odejít, anebo zmírňovat pocity z úzkosti a prázdnoty, že by se měl sám o sebe starat (Kalina, 2008).

2.5. Kvalita života rodinných příslušníků závislého

Jakmile onemocní závislostí jeden z členů rodiny, naruší se celý rodinný systém, který zasahuje všechny jeho členy. Dá se říci, že postupně onemocní celá rodina. Velký vliv na fungování rodiny má to, zda je závislý některý z rodičů, nebo návykové látky užívá některé z dětí. Soužití ve společné domácnosti se závislým jedincem vnáší do rodinného systému a jeho fungování mnoho negativních jevů, které popíšu v další části této práce.

Rodiny, kde se vyskytuje problém s alkoholem, jsou všeobecně méně stabilní a křehké. Škody, které závislost člena rodiny přináší, nedopadají jen na konzumenty samotné, ale především na ostatní. Pijící přestává být čitelný a předvídatelný. Stává se nespolehlivým a ostatní nemají žádnou jistotu, zda splní dohodnuté úkoly. Tyto situace v nich vyvolávají nejistotu a úzkost (www.szu.cz).

Mezi varovné příznaky, které mohou rodinné příslušníky upozornit, že jejich příbuzný má problém s alkoholem, či návykovou látkou patří: ztráta spolehlivosti, pozdní příchody, zmeškané schůzky, snížený zájem o rodinu, práci, neplnění slibů, nevysvětlené výdaje, zanedbaný vzhled, nedostatečná péče o domácnost, izolace, nutkavé chování a výkyvy v pracovním nasazení. O následcích alkoholismu na kvalitu života rodinných příslušníků se příliš nemluví. Blízcí závislých osob trpí permanentní úzkostí, žijí s pocitem studu a mají tendenci se izolovat. Některé příklady vlivu závislosti na užívání alkoholu členem rodiny ve specifických kontextech života rodiny uvádím v následující části této práce.

Uhlinger a Tschui citují ve své knize slova jedné z mnoha příbuzných závislého: *„Žila jsem v hrůze. Celé tři nebo čtyři roky mě děsilo vracet se večer domů. Podlamovaly se mi nohy, prudce mi bušilo srdce a potily se mi ruce. Při představě, v jakém stavu bych mohla Jindřicha najít, se mě zmocňovala skutečná panika. Bylo to traumatizující.“* (Uhlinger, Tschui, 2009, str. 32).

2.5.1. Oblasti nejvíce zasažené závislostí

Nejvíce je zasažena komunikace mezi členy, protože se s jedincem pod vlivem návykové látky, v našem případě alkoholu, nedá normálně a přirozeně komunikovat. Není schopen vnímat a pružně a adekvátně reagovat. Bohužel i ve stavu střízlivosti nedochází ke kvalitní komunikaci, protože je rodina již tak zasažena a destruována, že členové již nejsou schopni řešit problémy bez negativních a bouřlivých emocí. Na tom se výrazně podílí forma pití. Pokud závislý pije osamoceně a tajně, je narušena vzájemná důvěra a vazba. Dochází k přestavbě hodnotového systému rodiny a postupnému vzdání se. Abúzus návykových látek je neslučitelný se základními rodinnými funkcemi – reprodukční, ekonomickou, výchovnou a, ochrannou a dalšími (Heller, Pecinová, 2011). Chování pijícího se časem stane nepředvídatelným a rušivým, ovlivňujícím chod celé domácnosti. Je nespolehlivý, nedůvěryhodný. Naprostá nejistota a úzkost trvale provází rodinné příslušníky pijícího (www.szu.cz).

Pokud pije v rodině muž, tráví všechn svůj čas po hospodách ve společnosti kamarádů, partnerka je ho schopna zastoupit a i přes nárůst práce je pro ni výzvou na uvolněném místě muže zastoupit (Kalina, 2008). Sice si partnerky obvykle stěžují na danou situaci, ale jakmile se muž chce na své místo vrátit, žena to cítí jako ohrožující a jako zásah do své kompetence. Někdy se tento stav tak zacyklí, že partnerka může ze začátku tuto situaci vítat, ale později ji navýšená zátěž začne zmáhat, její práce a starost o zbytek rodiny není dostatečně oceněna a začne jí vadit i vzájemné odcizení. Svou nespokojenost ventiluje směrem k manželovi, který tomu nerozumí a nechápe to a tak raději opět mizí tam, kde je mu dobře. Místo uvolněné otcem zaujímá syn.

Dojde-li ke ztrátě otce (například rozvodem) hovoříme o paternální deprivaci. Uvnitř rodiny nastane změna skupinové dynamiky. Dosavadní vztah otec - matka - dítě se zredukuje na vztah matka - dítě (Tzigouros, 1977). Vzájemné vztahy se stávají jednostrannějšími, především v rodinách s jedním dítětem. Pokud dříve mohlo dítě hledat útočiště v rozepři s matkou u otce, nyní své pocity musí potlačovat, z obav, aby ho neopustila, jako otec. Proto u mnoha dětí bez otce se objevuje ambivalentní vztah k matce (Tzigouros, 1977).

Na druhé straně matka často nestačí plnit obě role (otcovskou a mateřskou) a velmi často začnou obraz otce, především do synů, promítat (Tzigouros, 1977).

Ten převezme jeho roli a úplně se rozmělní vzájemné hranice v rodině. Tyto role se mohou měnit, ale postupem času se ustálí v určitém stabilním vzorci. Kalina uvádí, že se může stát, že v rodině, kde problém s návykovou látkou má některý z rodičů, se on sám/a dostane do role zlobivého dítěte a naopak dospívající děti převezmou jeho rodičovskou roli a uzavírají koalici s druhým rodičem (Kalina, 2008).

Pokud ale má problém s návykovou látkou žena, je rodinná stabilita ohrožena podstatně více. Její závislost trvale a bezprostředně narušuje obrannou rodinnou strukturu. V manželových silách není vytvořit stabilní a produktivní koalici s dětmi, a ani nemůže situaci řešit odstěhováním ze společného bytu. Protože žena pije doma osamoceně a tajně, bývá manžel nejdůležitější a většinou jedinou osobou, která na její problém upozorní a chce jí pomoci. Pacientky v léčbě uváděly, že narušený vztah s manželem a jeho chování vůči nim, byly nejčastější důvody, proč začaly pít. Muži v této situaci setrvávají tak dlouho, dokud se daří „problém“ udržet uvnitř rodiny. Pokud se ale nejbližší okolí dozví o problému, bývá to pro partnera důvod k odchodu (Heller, Pecinová, 2011).

2.5.1.1 Rodinné rituály

Rodinné oslavy a společná setkání jsou obzvláště narušeny chováním závislého. Buďto se rodinných oslav neúčastní vůbec, nebo, což širší rodina vnímá jako daleko horší, bývá přítomen pod vlivem a rodinné oslavy většinou naruší (www.szu.cz).

2.5.1.2. Společenský život rodiny

Můžeme ho rozlišit na dva aspekty. Na vztahy v rámci rodiny a na vztahy členů k vnějšímu světu. Rodina začne omezovat své společenské aktivity, protože závislý není buď ochoten, nebo schopen se jich účastnit, nebo ostatní mají obavy, že dojde z jeho strany k nepředvídatelnému, či neadekvátnímu chování. Stydí se za něho a za jeho chování a cítí se velmi zahanbeni (www.szu.cz). Proto začnou své společenské styky omezovat, anebo se snaží před svými přáteli tento problém utajit. Proto odmítají jejich pozvání, nebo se bojí své přátele pozvat k sobě domů. Všechna tato opatření je dostávají do společenské izolace. Tím jsou společenské aktivity všech členů rodiny postupně omezovány, anebo se snaží své aktivity striktně oddělovat od svého domácího života. Tuto situaci většinou řeší tak, že začnou o své situaci doma lhát, mají tendence problémy doma zakrývat, jen aby se nikdo nedověděl pravdu. O své sociální izolaci situaci v rodině dítě říká: „*Kdyby ostatní rodiče věděli o tom, že můj otec pije, mohli by zakázat svým dětem hrát si se mnou.*“ (www.szu.cz).

2.5.1.3 Finance a finanční situace v rodině.

Bývá velmi špatná. Pijícímu může být v důsledku abúzu snižován výdělek, či dokonce může o práci přijít. Pokud nějaké zaměstnání získá, bývá podřadné, nebo ho opět ztrácí kvůli abúzu návykové láky. Častým řešením také bývá útěk do pracovní neschopnosti. Bohužel se stává, že je nezaměstnaný a je veden na úřadě práce. V lepším případě zaměstnavatel pracovní místo podrží, ale podmínkou je nástup do léčby. Rodina musí zajistit finance na běžné potřeby a na volnočasové aktivity, dovolené, kroužky školní výlety dětí, se již nedostávají finance. Největší hrozbou může být neplacení nájemného, a jiných pohledávek, půjček a podobně (www.szu.cz).

2.5.1.4. Domácí násilí

Alkohol způsobuje konflikty mezi partnery a má za následek zvýšenou rozvodovost. Partnerský konflikt může vést k domácímu násilí. Většina těch, co se ho dopouštějí, bývají pod vlivem alkoholu. Nebo naopak, oběti domácího násilí bývají pod vlivem alkoholu. Je patrné, že existuje vztah mezi problémovým pitím a zneužíváním dětí, včetně incestu. U žen, které problémově pijí, dochází k negativním verbálním konfliktům vůči partnerům a také dochází k častějším projevům násilí vůči nim (www.szu.cz).

2.5.1.5. Zdravotní stav partnerů

Ve většině případů je ovšem partner pijícího vystaven velkému psychickému vypětí a dochází u něho k silným negativním emocionálním prožitkům. Postupně se začnou u něho objevovat úzkosti, deprese, snižuje se mu sebevědomí, může začít selhávat ve svých rolích. Mohou se také sami dostat do potíží s návykovými látkami. Buď je jim je začne předepisovat lékař, nebo začnou sami pít, aby pochopili chování

svého partnera, nebo se mylně domnívají, že tak mohou jeho abúzus kontrolovat. Často dochází k rozvoji problémů v jejich zaměstnání. Bývají unaveni, nesoustředěni, protože musí stále myslet na to, zda pijící partner splní to, na čem se dohodli, nebo co se děje doma. Jejich zdravotní stav se může zhoršovat, mohou se objevovat somatické komplikace způsobené duševním vypětím (www.szu.cz).

2.5.2. Reakce partnerů na problém

Mezi klasické reakce příbuzného závislého patří mít pití závislého pod kontrolou. Jelikož závislý popírá, že by pil víc, než je škodlivé, či dokonce, nepije víc, než ostatní, snaží se partneři, či ostatní příbuzní na něj nenápadně dohlížet (Uhlinger, Tschui, 2009). Hledají po domě, či bytě láhve, ověřují si výšku hladiny v láhvi, nenápadně sledují, co alkoholik dělá, když náhodou v noci vstane. Doufají, že se alkoholik bude stydět a pití omezí. Opak je pravdou. Cítí se být pod tlakem, ustavičně kontrolován a to ho nutí ještě více lhát, vymýšlet nové skryše, aby unikl dohledu, který v něm vyvolává další pocity viny, které ho staví na úroveň dítěte (Uhlinger, Tschui, 2009).

2.5.3. Děti pijících rodičů

Děti pijících rodičů se nalézají ve velice těžké životní pozici. Záleží především na jejich věku, kdy problémy s alkoholem v rodině začnou. U malých dětí může dojít k zanedbávání tělesné péče a k špatnému tělesnému vývoji. Starší děti strádají především psychicky. Pokud nedochází v rodině k fyzickému násilí, trpí především nejistotou, zda jsou milováni, a zda nebudou opuštěni (Voitizová, 1980). Velmi obtížně snášejí také trvalé napětí, které v důsledku abúzu jednoho z rodičů mezi rodiči -partnery vzniklo. Stávají se úzkostnými a snaží se přebrat odpovědnost za rodiče, který selhává. Dítě se stává neurotickým a mohou se u něj začít objevovat typické psychické obtíže, jako je nespavost, koktavost, noční pomočování a podobně. Později se u něho mohou objevit duševní poruchy a dojít k odchylkám v psychickém vývoji, které jej budou v budoucnu negativně ovlivňovat. Ať již v špatné adaptaci v dětském kolektivu, ve škole, nebo v dospělosti, protože se hůře uplatňují na trhu práce. Jejich socializace je více poškozována, když pije matka. Projevuje se to horšeným prospěchem ve škole, mají problémy s chováním, jsou častěji nemocné, nedochází k rozvoji různých dovedností, protože mají méně volného času na své záliby a dovednosti, předpokládá se u nich větší riziko vzniku závislosti v dospělosti (Šálková, 2010).

Voitizová (1980, str. 29) také popisuje situace, které dítě prožívá, pokud je v rodině závislý některý z rodičů: „*Otec alkoholik, když je střízlivý, bývá starostlivý, milující a pečující a slibující, všechno, co si dítě přeje, aby spolu podnikali. Když se napije, přijde-li vůbec domů, ztrácí soudnost, většinou bývá hrubý, a dochází ke konfliktům s matkou. Cítíte se zoufalí. V takových chvílích otec zapomíná na všechny sliby, které učinil před tím. Vždyť to přeci myslel doopravdy?*“

A dále pokračuje: „*Je-li to matka, která pije, tak je velmi pravděpodobné, že Vás již otec opustil. Nebo zůstává dlouho v práci. Anebo již přišel v poledne, aby udělal matčiny práce. Vám se to nějak nezdálo, protože jste věděli, že to není jeho práce a že to dělá jenom proto, že je matka opilá. Nakonec jste převzali zodpovědnost za všechny věci, které většinu dělají matky. Naučili se vařit, uklízet a nakonec se starat o své mladší sourozence. Když matka vystřízlivěla, snažila se Vám vynahradit všechno, co zmeškala – jejími projevy viny jste byli téměř zahlceni.*“ Pokud pijí oba rodiče, promění se pro dítě domov v peklo. Tím, že jsou narušeny rodinné vztahy a posunuté rodičovské vztahy uvnitř rodiny, je u dítěte narušeno pozitivní přijetí rodičovských vzorů. Tím je ohrožen jeho psychosexuální vývoj a jeho zdravé formování rodičovských postojů (Woitzová, 1980).

Pokud se stává situace v rodině pro děti neúnosná, začínají se u nich projevat kompenzační mechanismy. V roce 1989 popsala Wegscheider- Cruseová čtyři typické reakce dětí na závislost některého rodičů.

Rodinný hrdina

Rodinným hrdinou se stává zpravidla nejstarší sourozenec. Snaží se přebrat povinnosti rodičů na svá bedra. Např. péči o domácnost, úklid, nakupování, vaření, péče o mladší sourozence.

Ztracené dítě

Takové dítě bývá uzavřené, stažené do sebe. Před problémy uniká do svého vnitřního světa. Nekomunikuje, vše si nechává pro sebe, nikoho k sobě nepustí. Tato role se častěji vyskytuje u dívek.

Klaun

Dítě v roli klauna se snaží řešit situace vtipkováním, rozveselováním ostatních. Snaží se, aby se v rodině zapomělo na problémy, které jej sužují. Role klauna není typická pro děti, kde se závislost vyskytuje u obou rodičů. Opět je tato reakce častější u dívek.

Černá ovce

Opačná reakce než u klauna. Dítě odvádí pozornost rodičů svým chováním – upozorňuje na sebe zlobením, problémy ve škole, může se začít chovat delikventně (Nešpor, 2011) anebo také začne užívat návykové látky.

2.5.4. Stadia, kterými rodina závislého prochází

Rodinné prostředí, ve kterém se problém závislosti na alkoholu vyskytl, je plné negativních emocí. V takovém prostředí není daleko k pocitům naštvání, vzteku, které můžou ústít až v agresi. Jak verbální, tak brachiální. Naše pacientky po delší době v

léčbě a získání náhledu na nemoc popisovaly, že na ně manželé ze zoufalství vztáhli ruku.

Rodina, ve které objevil u jejího člena problém s alkoholem, se s ním snaží vyrovnat po svém. V padesátých letech 20. stol. proběhla v USA studie na tisíci rodinách, kde se vyskytl problém s alkoholem a bylo určeno 7 předvídatelných stadií, kterými rodina prochází, když se snaží s tímto problémem vyrovnat:

První stadium: rodina se snaží problém popřít. Přes rostoucí povědomí okolí o chování, problémech, které pijící člen napáchal na veřejnosti, rodina stále věří jeho vysvětlování. Rodina se chová stejně, jako pijící. Popírá jakýkoliv problém a tím se marně pokouší udržet rodinou rovnováhu a uchránit poslední pocity vlastní sebeúcty a sebe hodnoty.

Druhé stadium: rodina se snaží problému zbavit. Členové rodiny se stávají čím dál izolovanější. Narůstají v nich pocity studu a hanby. Stydí se vyhledat pomoc a místo toho se marně snaží kontrolovat pijícího svými omezenými prostředky, jako je vymáhání slibů, vytváření dohod, které stejně pijící porušuje, hrozbami, které nebere vážně, až po schovávání alkoholu, který si pijící stejně opatří (www.manzelstvi-portal.cz).

Třetí stadium: v tomto stadiu v rodině nastává chaos a dezorganizace. Je paralyzovaná strachem, a zoufale hledá řešení. Hádky, výhrůžky na obou stranách pokračují, ale rodina nemá konstruktivní řešení problému. Komunikace je minimální. Vzájemné výčitky, obviňování. Může dojít až k fyzickému násilí páchanému na partnerovi a dětech.

Čtvrté stadium: rodina se snaží o nastolení pořádku. V této fázi je rodina velmi dysfunkční. Parter se snaží o zavedení nějakých pravidel, přebírá povinnosti za pijícího, snaží se dětem chybějícího rodiče nahradit. Separovaný pijící se cítí izolován, nepotřebný a tak se jednou snaží o jakési fungování, aby vzápětí vše popřel svým destruuujícím chováním.

Páté stadium: rodina se snaží o únik od problémů. Partnerovi docházejí síly a uvažuje o radikálním řešení situace separací, či rozvodem. Ale dlouhodobé a neustávající problémy ho paralyzují a on se nedokáže rozhodnout.

Šesté stadium: rodina konečně uniká od problému. S pomocí, či bez pomoci. Rodina opouští pijícího a přes výčitky (většinou u partnerek, které opouští manžela) se stabilizují a vytváří novou funkční jednotku.

Sedmé stadium: rodina se reorganizuje po tom, co problémový uživatel vyhledá pomoc a léčí se. Když pijící vyhledá léčení, celý rodinný systém má možnost se uzdravovat.

T. Williams uvádí, že pokud se členové rodiny dostanou do posledního stadia – stadia akceptace, dojdou konečně k poznání, že jsou naprosto bezmocní v kontrolování pití závislého člena rodiny a jsou schopni akceptovat fakt, že ho nedokážou změnit.

Pochopí, že jediná naděje změny, je změna jich samých, což může přinutit pijícího k nějaké pozitivní akci (www.manzelstvi-portal.cz).

2.5.5. Typologie partnerů závislých žen trochu jinak

Při terapii závislých pacientů – mužů, se zcela běžně používá charakteristika jejich manželek. Představitelkami jednotlivých charakteristik jsou trpící Marie, trestající Vlasta, dirigující Kateřina a kolísající Zuzana. Pracovníci ženské pobočky protialkoholního oddělení v Lojovicích společně s pacientkami sestavili typologii partnerů závislých žen. Pro zajímavost ji zde uvádím.

Prosebník Ríša

Je velmi plachý a tichý partner. Většinou domácí kutil, založením spíše introvert. Je velmi skromný a trpělivý. Donekonečna prosí ženu, aby přestala pít. Pokud žena holduje alkoholu ve společenských zařízeních, či u známých, vyhledá ji tam a snaží se ji přivést k rozumu připomínajíc rodinu a děti, nebo poukazuje na veřejné mínění, bojí se skandálu. Také poukazuje na jejich doposud krásné soužití, když je střízlivá. Svou ženu miluje natolik, že jí opatřuje alkoholické nápoje, aby netrpěla. Ríša tiše trpí, ponižuje se, nechá se svou ženou i fyzicky napadnout. Svou ženu nedokáže přimět k léčbě. K té ji dovedou až problémy zdravotní, pracovní, anebo sociální. Do léčby ji doprovází plačky a pravidelně ji navštěvuje. Po léčbě si ji domů odváží autem a jako překvapení na ni doma čeká nějaký hodnotný dárek. Ríša bývá trpělivý i v oblasti manželčiny nevěry, stává se, že se radí i s milencem své ženy o její abstinenci.

Fackující Bivoj

Je to partner nekompromisní, tvrdý a svou ženu hodnotí podle činů, ne podle slov. Je dominantní nejen doma, ale i v zaměstnání, bez ohledu na své vzdělání a postavení. Nebývá kreativní, o to víc je však direktivní a často i vznětlivý. Závislost partnerky řeší příkazy, zákazy a nemá daleko k fyzickému násilí. O rozvod ale nestojí, má rád své děti. Také negativně hodnotí pijáckou společnost své ženy. Jedinou oblastí, kde žena svého muže neposlouchá, je její závislost. Jinak se ho převážně bojí. Na druhé straně dokáže Bivoj donutit svou ženu k léčbě, ale po jejím absolvování s ní neabstinuje, závislost považuje za její problém.

Vědátor Cyril

Je to vědecký typ, který hloubá nad zákonitostmi světa. Pokud zrovna není koncentrován na nějaký problém, dovede být výtečným pozorovatelem, tak že mu symptomy počínající závislosti partnerky většinou neuniknou. Jeho reakce je taková, že si opatří veškerou dostupnou literaturu, popisující alkoholovou závislost a o nocích ji studuje. K nemoci partnerky přistupuje racionálně, dovede ji přimět k léčbě, spolupracuje s týmem a účastní se rodinné i manželské terapie. Psychoterapeutické

techniky, zaměřené na prožitky a emoce mu ale dělají obtíže. Po léčbě abstinuje společně se ženou.

Rezignující Bedřich

Svou ženu neprosí, aby přestala pít, nebo se léčila. Pro něho prakticky přestala existovat. Komunikaci omezuje na minimum, omezuje ji pouze na věci týkající se chodu domácnosti a dětí, ve kterých potřebuje jejího souhlasu. O děti se stará sám, a to výborně. Dohlíží na učení, účastní se třídních schůzek. Vaří a připravuje dětem svačiny. Bývá nejen příkladným otcem, ale také i pracovníkem. O partnerce již ztratil veškeré iluze. K léčbě ji přinutit nedovede, raději se rozvádí. Děti bývají svěřeny do péče jemu (Nerad, Neradová, Heller, 1998).

Když pacientky při psychoterapeutických programech popisovaly svou situaci v rodině, své partnery, tak výše uvedená typologie některým typům odpovídá. Velmi často se ve vyprávění patientek objevoval prosebník Ríša - na pacientky po léčbě doma čekaly renovované kuchyně, či zahraniční zájezd. Také rezignujících partnerů, kteří nad recidivujícími pacientkami zlomili hůl a ukončili veškeré kontakty, se u patientek vyskytuje velmi často.

2.6. Systém péče

V České republice je velice dobře propracovaný systém léčebné péče o pacienty závislé na návykových látkách, který zavedl docent Jaroslav Skála a na jeho principech probíhá léčba v psychiatrických zařízeních a léčebnách, která je hrazena ze zdravotního pojištění a pacient má vystavenou pracovní neschopnost.

Před rokem 1989 byly ordinace, zabývající se léčbou závislostí povinnou součástí psychiatrického oddělení a tvořili souvislou síť, která pokryla celou republiku. V první polovině 90. let 20. stol. postupně velké množství ordinací zanikalo a péče o závislé se roztříštila a některá zařízení postupně zanikla (Bém, 2003). Situace na drogovém trhu si vynutila vznik nových služeb, které se snaží nabídnout služby pro co nejširší populaci uživatelů návykových látek. Protože závislost sebou nese i sociální problematiku, kterou nebyla schopna zdravotnická zařízení zajistit, začal se postupně rozvíjet nestátní a neziskový sektor, který se stal doplňujícím článkem systému léčebné péče (Bém, 2003).

2.6.1. Střednědobá ústavní léčba

Nyní krátce popíši principy střednědobé ústavní léčby.

Nejčastěji bývá tato léčba poskytována psychiatrickými léčebnami, nebo specializovanými psychiatrickými odděleními nemocnic. Její délka je většinou od 3 až 6 měsíců. (Heller, Pecinová, 2011) udávají, že smysluplná léčba by neměla být kratší

než 6 týdnů. V této době by měla proběhnout nejdříve detoxifikace a zvládnutí abstinčních stavů a návratu organismu k plnému fungování na kterou by v ideálním případě měla plynule navazovat ústavní léčba. V některých případech může pacient ústavní léčbu přeskocit a nastoupit na rezidenční léčbu do terapeutické komunity.

Péči v ústavní léčbě poskytuje multidisciplinární tým. Jeho součástí jsou lékaři, nelékařští pracovníci- sestry, psychologové, sociální pracovníci, ergoterapeuti, psychoterapeuti (Dvořáček, 2003).

2.6.2. Cíle střednědobé léčby

Léčba je zaměřena na potřeby pacienta a zlepšení somatického, psychického a sociálního stavu, který je závislostí negativně ovlivněn a zhoršen (Dvořáček, 2003). Cílem léčby je směřování abstinenci a zpětnému převzetí původních životních rolí a vybudování náhledu na nemoc – uznání závislosti jako nemoci, jejích důsledků a dodržování doléčování, řešení problémů, které závislost způsobila, prohlubování motivace ke změně, nastavení denního programu a jeho dodržování, pracovat s rizikem relapsu a nácvik jeho zvládnutí, změna škodlivého životního stylu (Dvořáček, 2003).

2.6.3 Léčebný program

Léčebný program je komplexní a strukturovaný. Během týdne se pravidelně střídají všechny části tohoto komplexního programu. Jedná se především o psychoterapii, pracovní terapii, volnočasové aktivity, edukace, sociální péči, včetně lékařské a ošetrovatelské péče. Jednotlivé části programu jsou pečlivě naplánované a navazují na sebe. Tím dochází k možnosti sledovat pacienta, jak si vede v jednotlivých programech, a jeho pokroků v léčbě. Dvořáček (2003) uvádí, že režimová léčba slouží jako prostředek socializace pacientů, neboť založena na společném fungování pacientů a na principu zodpovědnosti sám za sebe, ale i za ostatní. Léčba dává každému jasnou strukturu a určuje jasná pravidla, kterými se pacient řídí. Návyková látka mění u pacienta strategie chování, životní režim, je proto důležité jej znovu vytvořit a zavést. K tomu přispívá týdenní hodnocení pacienta, například formou bodovacího systému, který má význam výchovný a zpětnovazebný.

2.6.4. Jednotlivé prvky léčebného programu

Ráda bych popsala některé důležité části léčebného programu, které jsou součástí střednědobé ústavní léčby.

Komunita

Vytváří bezpečné a důvěrné prostředí pro pacientky. Poskytuje jim zpětné vazby, jejichž prostřednictvím si ověřují, jak zvládají běžné denní činnosti, vzájemně

konflikty a vlastní krize bez podpory návykové látky. Učí se přebírat zodpovědnost za své chování a postoje, což podporuje jejich osobní růst (Dvořáček, 2003).

Psychoterapie

Pilířem léčebného programu je skupinová psychoterapie. Může být zaměřena tematicky, životopisně nebo interakčně. Využívá metod a technik kognitivní a behaviorální terapie. Zde pacient dostává prostor individuálně řešit svá témata. Komunitní terapie je zaměřena na všechny členy komunity a řešení problému, které život v komunitě přináší. Součástí terapeutických aktivit je i individuální psychoterapie, která je však spíše doplňková a na požádání pacienta (Dvořáček, 2003).

Manželská, partnerská, rodinná terapie pro jednotlivé rodinné příslušníky je nedílnou součástí léčebného programu. Aby byla léčba ještě efektivnější, je velmi důležité je zahrnout do léčebného procesu.

Její význam spočívá především v navození smysluplné, plodné a vzájemné komunikace mezi pacientkou a rodinnými příslušníky a obnovu narušených partnerských vztahů narušených závislostí. Během terapie dochází k zapojení partnera do doléčovacího programu pacientky, tak aby byl pro něj srozumitelný a akceptovatelný (Dvořáček, 2003). Nedílnou součástí je snaha o zapojení partnerů a dětí do doléčovacího systému pacientky a jejich spolupráce při vybudování nového životního stylu. Rodinná a partnerská terapie na našem oddělení bývá zařazena v posledním měsíci léčby v délce jednoho týdne. V této době má již (měla by mít) pacientka vytvořen náhled na onemocnění, má zvnitřněný řád a sebe regulaci a dokáže popsat své potřeby po skončení léčby, včetně podpory rodiny v doléčování a prevenci relapsu (Heller, Pecinová, 2011).

Pracovní terapie

Pracovní terapie jedním z důležitých prvků režimové léčby. Pacienti se podílí na chodu oddělení, přebírají zodpovědnost za různé činnosti. Hlavním cílem pracovní terapie je rehabilitace jejich pracovních návyků (Heller, Pecinová, 2011) Pro pacienty je velmi důležitá, protože při pracovní terapii si mohou ověřit své schopnosti a fungování, neboť pracovní terapie přináší bezprostřední výsledek činnosti.

Volnočasové aktivity

Pacienti užívající návykové látky se většinou obávají volného času, nudy (Dvořáček, 2003). Cílem zařazení volnočasových aktivit do režimové léčby je naučit je smysluplně trávit volný čas, umět si naplánovat uspokojivý program, a zároveň si obnovit smysl pro přirozené zdroje odměny (sport, ruční práce, obnovení koníčků a zálib, sociální kontakty).

Neverbální techniky

Běžnou součástí léčebného programu jsou také arteterapie, ergoterapie, muzikoterapie, terapie tancem, psychodrama, psychogymnastika, apod. Velká pozornost je věnována nácviku zvládnání relapsu (Dvořáček, 2003).

2.6.5. Doléčování

Ústavní léčba nemá bez doléčování efekt. Doléčování má za úkol stabilizovat změny životního stylu v běžných životních podmínkách. (Heller, Pecinová, 2003, str.132) považují za nejdůležitější: „*řešit s pacientkou problémy psychického typu, neboť teprve přibližně po roční abstinenci se objevují problémy primární ty, které vedly ke zneužívání návykové látky, po odeznění problémů sekundárních (těch, které vznikly až ex post jako důsledek užívání návykové látky).*“ Dvořáček (2003, str. 199) ještě dodává: „*změny, ke kterým došlo během ústavního pobytu, mají tendenci po návratu do původního prostředí postupně mizet*“.

Po zvládnutí těchto problémů ještě ve druhém roce abstinence dochází ke změnám v osobnostní struktuře pacientky, v jejím životním stylu a na to musí rodinní příslušníci nějak reagovat. Do tří let by se měly pacientky aktivně doléčovat (Heller, Pecinová, 2011). Z posledního výzkumu, který ještě nebyl publikován a který proběhl na Oddělení léčby závislostí v roce 2010, vychází tyto skutečnosti: „*vyhodnocení účinnosti Apolinářského léčebného programu pro závislé ženy ukazuje na velmi dobrý výsledek ve smyslu trvalé abstinence s odstupem jednoho nebo tří let. Přičemž výsledky jsou prakticky stejné po třech letech. Potvrdilo se, že úspěch léčby souvisí s dokončením léčebného programu, s aktivní spoluprací rodiny při léčbě a s adekvátní farmakoterapií deprese. Výpovědi úspěšně léčených pacientek svědčí o nutnosti vnitřního ztotožnění se s ideologií léčebného programu - tj. přijetí nemoci a abstinence jako cíle léčby.*“ (Heller, Pecinová, 2011, str. 149).

3. Praktická část

V praktické části popíši cíle svého výzkumu, metodologii, kterou jsem při jeho realizaci použila a výsledky, k nimž jsem v něm dospěla.

3.1. Cíle práce

Cílem dotazníkového šetření je zmapovat, dochází – li ke změnám v životě rodinných příslušníků, pokud členka rodiny (partnerka, dcera, sestra, matka) onemocní závislostí na alkoholu a pokud ano, tak k jakým změnám. Šlo mi o to zjistit, jak tyto změny subjektivně vnímají, jak dalece jim ovlivňují a mění kvalitu života. Dále jsem se pokusila zjistit, nastane-li v kvalitě života nejbližších příbuzných nějaká změna, pokud pacientka absolvuje střednědobou ústavní léčbu a nejméně rok abstinuje od všech návykových látek.

3.2. Výzkumné otázky:

K dosažení cílů stanovených pro realizaci výzkumu, jsem si stanovila následující výzkumné otázky:

- 1) Postihuje závislost členky rodiny kvalitu života ostatních členů rodiny?
- 2) Jaké jsou nejvíce a nejméně postižené oblasti kvality života rodinných příslušníků závislostí příbuzné?
- 3) V kterých oblastech vnímají rodinní příslušníci zlepšení kvality svého života po absolvování léčby závislé příbuzné?
- 4) Jsou oblasti, ve kterých ke zlepšení nedošlo?

3.3. Metodologie výzkumu

V metodologii výzkumu uvedu zvolený přístup, výzkumný soubor a etické otázky, popíši pozici výzkumníka a metody zpracování dat.

3.3.1. Typ výzkumu

Pro realizaci výzkumného šetření pro bakalářskou práci jsem zvolila kvalitativní přístup, neboť mě zajímá, co prožívají příbuzní, když se stane závislým nejbližší člen jejich rodiny, jak jim závislost ovlivní kvalitu života a do jaké míry vnímají vliv léčby pacientky na svůj život. Kvalitativní přístup se pro tento typ šetření jeví jako nejvhodnější, protože se zaměřuje na perspektivu vnímání mnou zkoumaného jevu z pozice jeho přímých účastníků.

Zvolila jsem metodu zjišťování pomocí strukturovaného dotazníkového šetření proto, že bylo velmi problematické oslovit rodinné příslušníky přímou metodou

rozhovorů. Dalším důvodem bylo to, že většina léčených patientek jsou mimopražské a proto by bylo náročné data od příbuzných získat. Výhody dotazníku spočívají dle Ferenčíka (2000) v tom, že poskytuje poměrně velký záběr respondentů, šetří čas a finanční prostředky, respondenti si mohou v klidu rozmyslet odpovědi a data lze lépe analyzovat. Mezi nevýhody Ferenčík (2000) řadí menší pružnost a nemožnost klást doplňující otázky. Formulace otázek také nemusí být dotazovaným dostatečně srozumitelná. Za nevýhodné také považuje nižší věrohodnost dat a také to, že příprava dotazníku vyžaduje větší pečlivost, než příprava interview. Zvolená metoda sledování rozdílů a srovnávání odpovědí v dotaznících (Hendl, 1999), či metoda kontrastů a srovnávání (Mioviský, 2006) je technika, která kontrastuje dvě identifikovatelné kategorie a upozorňuje na rozdíly, které se mezi nimi objevují. Touto metodou jsem mezi sebou porovnávala odpovědi partnerů patientek na jednotlivé otázky a identifikuji jejich poskytnuté údaje a vyzdvihuji rozdíly, které jsou významné.

3.3.2. Metody získávání dat

Pro sběr dat jsem tedy vytvořila anonymní dotazník sestavený z otevřených otázek, který je určený pro rodinné příslušníky. Pomocí kladených otázek jsem chtěla zjistit, jak rodinní příslušníci subjektivně vnímali závislost na alkoholu u své manželky, matky, sestry či dcery, které oblasti jejich života byly touto nemocí zasaženy, jaké obtíže (fyzické, psychické, materiální, či jiné) jim přinesla a jestli po absolvování léčby a následné roční abstinenci došlo v těchto oblastech k nějakým změnám.

Dotazník se skládá ze dvou částí. V první části jsem se zaměřila na subjektivní prožívání kvality života rodinných příslušníků před nástupem pacientky do ústavní léčby a ve druhé části se zaměřuji na změny, které v subjektivním prožívání u rodinných příslušníků nastaly po absolvování léčby a nejméně po roce abstinence od všech návykových látek.

Ptala jsem se na věk respondentů, jejich vztah k závislé pacientce a jak dlouho má příbuzná po léčbě. Dotazník je k nahlédnutí v příloze bakalářské práce.

Dotazník byl rozdělen na těchto sedm oblastí života rodinného příslušníka:

1. Rodina a vztahy
2. Pracovní oblast
3. Ekonomická oblast
4. Zdravotní oblast
5. Emocionální oblast
6. Sociální oblast
7. Právní oblast

Dále jsou jednotlivá témata rozvinuta na konkrétní podotázky, které dávají respondentovi možnost vyjádřit se k jednotlivým situacím, dějům, emocím, které prožívali během rozvinuté nemoci své závislé příbuzné. Druhá část dotazníku je stejná,

jen mapuje změny u příbuzných po léčbě a abstinenci pacientky. Všechny otázky jsou otevřené a dávají respondentovi možnost vyjádřit se k dané konkrétní situaci.

V poslední části dotazníku mají respondenti možnost vyjádřit se k dané problematice a dodat, co v dotazníku chybělo.

3.3.3. Respondenti dotazníkové studie

Skupinu respondentů tvořili rodinní příslušníci pacientek, které absolvovaly střednědobou ústavní léčbu ve VFN Oddělení léčby závislostí, Lůžkové oddělení ženy s diagnózou F10.2 – závislost na alkoholu v letech 2003 - 2011. Toto období jsem si vybrala z toho důvodu, protože v roce 2003 se Lůžkové oddělení přestěhovalo z Lojovické léčebny do Prahy a stalo se součástí Oddělení léčby závislostí, Všeobecné fakultní nemocnice. Změnily se podmínky léčby, a musely se upravit jednotlivé prvky léčebného programu. Především se snížily hodiny pracovní terapie (nutné k zajištění chodu léčebny) a navýšily se hodiny určené psychoterapeutickému programu. Přibýlo více psychoterapie, edukačních a tematických skupin. Zlepšily se podmínky pro intenzivnější psychoterapeutickou práci.

Věk, ani pohlaví respondentů nemělo na jejich zařazení mezi dotazované vliv. Pro dotazníkové šetření jsem zajistila příslušný souhlas etické komise Všeobecné fakultní nemocnice, který je také k dispozici v příloze této práce.

Důležitým kritériem pro výběr respondentů bylo, aby doba po uplynutí od ukončení základní sedmnáctidenní léčby členky jejich rodiny byla nejméně jeden rok, a tuto dobu také pacientka abstinovala od všech návykových látek.

Dotazník byl určen pro rodinné příslušníky a nebylo striktně dáno, komu pacientky dotazníky k vyplnění předají. Pacientky jsem požádala o spolupráci a nechala na jejich výběru, komu dotazník předají. Mým předpokladem bylo, že dotazník předají především svým partnerům. Z celkového počtu 60 dotazníků se vrátilo 40 dotazníků, jejich návratnost tedy byla celkem 66, 6 %.

Celkem vyplnilo dotazníky 20 manželů a partnerů (50%), dále 7 rodičů (17,5 %), 2 sourozenci (5 %), 8 dětí (20 %) a z kategorie „ostatní“ vyplnili dotazníky 2 (5 %) rodinní příslušníci (švagrová a neteř).

Tabulka č. 1. Počet respondentů podle vztahu k pacientkám

partneři	rodiče	sourozenci	děti	ostatní
20	7	2	8	2
50%	17,5%	5%	20%	5%

V teoretické části jsem se zaměřila pouze na partnery a manžely pacientek, protože jsem u nich předpokládala, že budou mít nejvíce zasažených oblastí kvality života. Dotazník také mapoval oblasti, které se partnerů a manželů dle předpokladů nejvíce dotýká. Také většina pacientek dotazníky předala svým partnerům a těchto

dotazníků se vrátilo nejvíce. Dotazníky vyplnili 2 partneři a 18 manželů, z toho jeden uvedl, že je již bývalý.

Stručná charakteristika respondentů

Respondent	Věk respondenta	Vztah k závislé osobě	Délka abstinence příbuzné po léčbě
P 1	neuedl	Partner	22
P 2	neuedl	partner	1 rok
M1	44 let	Manžel	1 rok
M2	67 let	Manžel	1 rok
M3	neuedl	Manžel	2 roky
M4	76 let	Manžel- bývalý	7 let
M5	neuedl	Manžel	5 let
M6	66 let	Manžel	7 let
M7	65 let	Manžel	4 roky
M8	62 let	Manžel	3 roky
M9	neuedl	Manžel	1 rok
M10	54 let	Manžel	6 let
M11	neuedl	Manžel	4 roky
M12	neuedl	Manžel	3 roky
M13	neuedl	Manžel	13 let
M14	neuedl	Manžel	7 let
M15	55 let	Manžel	3 roky
M16	neuedl	Manžel	3 roky
M17	60 let	Manžel	3 roky
M18	42 let	Manžel	7 let

P - partner, M - manžel

3.3.4. Etika výzkumu

Respondenti byli informováni o tom, že jejich účast na tomto výzkumu je dobrovolná, že mají právo odmítnout a dotazník nevyplňovat. Bylo jim sděleno, že sběr dat je prováděn pro účely zpracování mé bakalářské práce, že je zcela anonymní, a jimi svěřená data nebudou kromě této práce jinde uváděna. Rovněž byli informováni i o tom, že mohou účast v mnou realizovaném šetření odmítnout, což se ve dvaceti případech i stalo (viz. bod 3.2.3 Respondenti dotazníkové studie). Všichni respondenti podepsali informovaný souhlas o účasti ve výzkumu.

3.3.5. Metody zpracování dat

Odpovědi respondentů jsem analyzovala a srovnávala s poznatky uvedenými v teoretické části a hledala odpovědi na své výzkumné otázky. Cituji jednotlivé otázky z dotazníků a k nim přiřazuji odpovědi respondentů, které nejvíce korelují s uvedeným textem.

3.4. Výsledky

V této části práce uvádím odpovědi od vybraných respondentů a porovnávám je s uvedenými fakty uvedenými v teoretické části. V následujícím textu budou přepsány otázky z dotazníku a kurzívou doplněny vybrané odpovědi respondentů. Na konci každé podkapitoly je krátký souhrn poznatků a diskuse o výsledcích.

I. Rodina a vztahy :

1a) Jak byste popsali Vaše vztahy před léčbou? Byla ovlivněna vzájemná důvěra závislostí partnerky?

P 1- „Pití partnerky na náš vztah samozřejmě mělo vliv, ale ještě stále nějak fungovala. Před léčbou už to bylo hodně vážné.“

M 18 - „Náš vztah byl jejím pitím velmi poznamenán. Byla nespolehlivá a její chování se vůbec nedalo předvídat.“

M6- „Bylo to mezi námi jak na houpačce, ale snažil jsem se to vydržet. S důvěrou už to bylo horší.“

M 8- „Před léčbou jsem si s ní už nevěděl rady. Byla nespolehlivá, musel jsem ji stále kontrolovat, a veškerá práce zbyla na mě.“

M 7 - „Jak není důvěra, tak není vztah. A alkoholik je nedůvěryhodný.“

Všichni respondenti se shodují na tom, že v důsledku závislosti na alkoholu dochází k naprostému ovlivnění základního partnerského soužití. Většina z nich udává vzájemné vztahy mezi sebou jako velmi narušené a většina začala partnerkám velmi nedůvěřovat. Partnerky se staly pro své muže v době největšího abúzu nedůvěryhodné a pro partnery se společný život stal zátěží, přítěží. Potvrdilo se mi, že pokud pije žena, stává se pro partnery vzájemný vztah velmi těžkým a popisují, že došlo k výrazným negativním změnám v jejich životě. Tato oblast kvality života je velmi ovlivněna závislostí. Jellinek popisuje v třetím stadiu pijáckého období (krucialním), že jedinec již nestačí plnit své povinnosti, narůstají konflikty s okolím, a dochází k těžké poruše vztahů a důvěry (www.pomocvzavislosti.cz). Toto tvrzení se zcela potvrdilo mým výzkumem.

1b) Zlepšil se Váš vztah a vzájemná důvěra po léčbě a jak moc?

P 1- „Hodně se to mezi námi srovnalo, hodně se totiž snažila. Začalo jí na mě a našem vztahu záležet.“

M 12- „Vzájemný vztah se upravoval dlouho, dělalo mi problémy jí věřit, a jí to trápilo.“

M 6 - „Hodně se to po léčbě zlepšilo. Začali jsme spolu trávit víc času, začala mi víc o sobě říkat.“

M 14 - „Po léčbě se to pomalu srovnávalo. Dalo se jí i věřit, dodržovala své slovo.“

M 7 - „Po léčbě se to mezi námi zlepšilo o 100 %. Říkala, kam jde a kdy se vrátí. Samozřejmě, jsem se ze začátku bál, v jakém stavu se vrátí. Pomalu se ta důvěra zlepšovala.“

Respondenti se shodují v tom, že se jejich vzájemné vztahy po léčbě zvolna a postupně upravovaly. Partneři oceňovali především to, že pacientky po léčbě začaly více komunikovat, začaly do společného vztahu více investovat, a staly se více transparentnějšími. Také došlo ke zlepšení důvěry partnerů k pacientkám. Potvrdilo se mi, že léčba kladně ovlivnila vzájemné vztahy partnerů.

2a) Jak byste popsali své vztahy s blízkými příbuznými před léčbou?

P 1- „Vzájemné návštěvy jsme omezili, ale zas to nebylo nějak radikální. Měl jsem podporu nejbližších.“

M 9- „S příbuznými jsme se téměř přestali stýkat, když byla nějaká rodinná oslava, vždycky byla nějaká ostuda.“

M 6 -“ „Dobré, všichni se mi snažili pomáhat, hlavně děti.“

M 14 - „Neměl jsem pocit, že by byl v tom nějaký problém. Rodina držela pohromadě za všech okolností. Sestra, bratr, teta...“

M 16 - „Jako dobré. Stýkali jsme se dál. Rodiče měli velkou starost.“

M 3 - „Závislost manželky vzájemné vztahy v rodině neovlivnila.“

V kapitole 2.5.1.2 je popisováno, že závislost může narušit vztahy v rámci rodiny a vztahy členů k vnějšímu okolí. Kvůli nepředvídatelnému chování partnerů se rodina izoluje a přetrhává vzájemné vazby se svými příbuznými (www.szu.cz).

Toto tvrzení se mi úplně nepotvrdilo, všichni partneři popisují, že zůstali v kontaktu s nejbližší rodinou a že se jim dostávalo výrazné pomoci a podpory. Pouze jeden z manželů uvedl, že raději vzájemné styky s příbuznými omezil, protože se bál ostudy, kterou by opilá manželka mohla způsobit.

2b) Jak byste popsali své vztahy s příbuznými po léčbě?

M 9 - „Hodně se to po léčbě zlepšilo. Ze začátku se starala hlavně její sestra a dost jí hlídala. Ostatní sourozenci jí taky začali podporovat. Ale taky hlídat.“

M 6 - „Stejně jako před její léčbou“. Věděl jsem, že u nich najdu vždycky podporu.“

M 14 – „Dobré, jako před léčbou.“

M 13 - „Velmi jsem kvitoval, že když jsme byli na nějaké rodinné oslavě, tak manželce vždycky někdo řekl, že nebude pít, že s ní bude pít nealko. To bylo dobré a mě to hodně pomohlo. Nikdo ji neodsuzoval a všichni byli rádi, že se šla léčit.“

M 8 – „Jelikož se vztahy nenarušily, tak zůstaly po léčbě pořád stejné - dobré.“

Prakticky všichni popisují zlepšení vztahů mezi příbuzenstvem a rodinou po léčbě pacientky. Vyzdvihují především péči a pomoc sourozenců a dalších příbuzných. Přesto, že neuvádějí v předchozích odpovědích významné zhoršení vzájemných vztahů s příbuznými, někteří uvádějí, že po léčbě došlo ještě k jejich zlepšení.

3a) Jak narušila závislost Váš intimní život?

P 1- „Narušila. Partnerka pořád spala, nebo se na něco pořád vymlouvala. Ale spíš nechtěla, abych poznal, že pila.“

M 9 - „Velmi hodně.“

M 8- „Pití manželky způsobilo, že jsme se úplně odcizili. Tedy velmi hodně.“

M 14 – „ Teď, když to hodnotím zpětně, tak ano.“

M 2 – „Velice intimní otázka. Ano.“

M 6- „Trochu ano, ale už je to dlouho.“

Všichni partneři se shodují na tom, že jim závislost partnerky narušila intimní život. V odpovědích jsou opatrní a ne moc otevření, je to pro ně citlivá otázka (viz např. odpověď M2). Intimní život je jednou z dalších oblastí, která závislostí partnera trpí. Nepotvrdilo se ale, že by byla narušena biologická reprodukce rodiny (Kraus, 2008). V rodinách již většinou byly děti, nebo v dotaznících odpovídali manželé vyššího věku, kde již reprodukční funkce byly naplněny. Tudiž závěry z kapitoly 2.4.2.1. Biologicko - reprodukční funkce rodiny se mi nepotvrdily.

3b) Jak byste popsali Váš intimní život po léčbě?

P 1 - „Nějak už to nebylo jako dřív“. Pociťoval jsem vzájemné odcizení.“

M9 - „Hodně se to zlepšilo. Sice to chvíli trvalo, než jsme se zase sblížili, ale chtěli jsme to oba.“

M 6 - „Pořád stejně.“

M 14 – „Hodně se to po léčbě zlepšilo.“

P 2 - „Jak je narušená důvěra, tak je narušen i ten sex. Už to není ono.“

M 10 - „Náš intimní život se po léčbě vůbec nezlepšil.“

Tato oblast života je tak individuální, že nelze jednoznačně říci, zda ji ovlivnila léčba, či nikoliv. Někteří partneři popisují zlepšení v této oblasti, naopak někteří

popisují svůj intimní život stejný, někteří naopak zhoršený. Na zlepšení intimního života partnerů mělo patrně spíše vliv zlepšení vzájemných vztahů a komunikace.

4a) Jak moc se vaše příbuzná dopouštěla psychického, či fyzického násilí? Vyhrožovala Vám Vaše příbuzná, že spáchá sebevraždu?

P 1 - „Ze začátku to nebylo tak zlé, ale s postupujícími roky začala být agresivní a hodně sprostá. Na mě, na děti, na svou matku. Hlavně, když jsme jí říkali, aby šla se sebou něco dělat. To pak i tou sebevraždou vyhrožovala.“

M 9 – „ Byla hodně zlá. Před léčbou polykala prášky, které zapíjela alkoholem. Musel jsem jí volat záchranku.“

M 14 – „Když nebyla tolik opilá, tak ano. Když to přehnala, tak většinou usnula. Sebevraždou nevyhrožovala.“

M 2 – „Před léčbou už ani nekřičela, protože byla tak opilá, že jen pořád spala. Ale když vystřízlivěla, tak to se s ní nedalo vydržet.“

M18- „Úplně se změnila. Stala se z ní nesnesitelná ženská, strašně zlá. Sebevraždou vyhrožovala pořád. Byly to nervy, měl jsem strach, že si opravdu něco udělá. Byl jsem z ní zoufalý.“

Všichni partneři se shodují na tom, že abúzus alkoholu jejich partnerku změnil tak, že se začaly chovat agresivně, začaly být hrubé a některé vyhrožovaly sebevraždou. Alkohol je spouštěčem konfliktů, které mohou ústít ve vzájemné násilí, u žen to jsou častěji verbální konflikty a hrubosti (www.szu.cz). Partneři popisují agresivitu a vyhrožování ze strany partnerek. Tato oblast života je alkoholem velmi narušena, což se mi výpověďmi respondentů potvrdilo.

4b) Pokud se vaše příbuzná dopouštěla před léčbou psychického, či fyzického násilí, jak byste popsali stav po léčbě? Pokud vyhrožovala příbuzná před léčbou sebevraždou, došlo k nějaké změně po léčbě? Jaké?

P 1 – „Přestala pít, přestala být agresivní. Přestala vyhrožovat a začala více o sobě mluvit.“

M9 – „Po léčbě se to hodně zlepšilo. Přestala se hádat, vztekat se, rvát na děti. Doma nastal postupně klid.“

M 2- „Trochu se to uklidnilo, ale hádali jsme se pořád. Alespoň mi už pořád nevyhrožovala, že si něco udělá. Ted' mi vyhrožuje Apolinářem.“

M 14 – „Nedá se to srovnat.“

M 18- „Po léčbě se to úplně změnilo. Přestala vyhrožovat, že si něco udělá. Hodně se mi ulevilo.“

Většina partnerů se shoduje na tom, že se situace kolem násilí ze strany partnerky po léčbě rapidně zlepšila. Léčba přispěla k lepší komunikaci mezi partnery, a k celkovému zklidnění situace doma. Vliv léčby v této oblasti je znatelný.

5a) Uvažovali jste před jejím nástupem na léčbu o rozvodu?

P1 - „Hodně jsem přemýšlel o tom, že se odstěhuji. Bylo to pořád dokola a k ničemu to nevedlo. Ztrácel jsem chuť ji pořád pomáhat a starat se o ni. Byla to na ni jediná páka, aby se šla léčit.“

M9 – „Ke konci mi už docházela trpělivost. Byla to moje podmínka, aby se šla léčit.“

M 4 – „Rozvedl jsem se s ní, kvůli jejímu pití.“

M6 – „Ano, uvažoval, ale stejně bych to asi neudělal.“

M 15 - „Vůbec jsem o tom neuvažoval.“

M 5 – „Ne, neuvažoval.“

M 3 - „Ne.“

P2 - „Nejsme manželé, tak mě u ní nic nedrželo. Už jsem byl opravdu rozhodnutý od ní odejít, ale chtěl jsem jí dát ještě jednu šanci.“

Devět respondentů uvedlo, že o rozvodu vůbec neuvažovalo. Čtyři nebyli rozhodnuti a váhali, zbytek respondentů uvedl, že o tom velmi silně uvažovali. Pouze jeden z manželů uvedl, že se kvůli alkoholismu partnerky rozvedl. Muži odcházejí, pokud se o problému dozví nejbližší okolí (Heller, Pecinovská, 2011). Tato teorie (kapitola 2.5.1), že partneři častěji opouštějí pijící ženy, než je tomu naopak, se mi nepotvrdila.

5b) Pokud jste uvažovali před léčbou o rozvodu, jak se změnila situace po léčbě?

P1 - „Rok nepije. Jsem ještě opatrný, jak jí to dlouho vydrží. Ale chci s ní být a pomáhat jí.“

M 9- „Zatím je to moc krátce po léčbě. Uvidíme.“

M6 – „To že absolvovala léčbu, mělo na moje rozhodování velký vliv. Byl jsem hrozně rád, že se šla léčit.“

M 1- „Před léčbou jsem už pro sebe neviděl jinou možnost, než od ní odejít. To že se léčila, je pro mě velkou nadějí. Požádala mě o pomoc, tak to ještě zkusím.“

P2 – „ Jak jsem uvedl, chci jí dát ještě jednu šanci.“

Všichni partneři zůstali ve vztahu se svojí partnerkou, s výjimkou jednoho, který ale uvedl, že se rozvedli ještě před léčbou. Téměř všichni se shodují na tom, že se situace po léčbě zlepšila, chtějí setrvat se svými partnerkami, ale někteří jsou již skeptičtí a opatrní.

II. Vaše pracovní oblast:

1a) Popište prosím, jak závislost příbuzné ovlivňovala Vaši pracovní činnost a pracovní výkon? Jaké bylo Vaše soustředění na práci?

P1 - „Než jsem odešel do práce, tak jsem ještě kontroloval byt, jestli nemá někde něco schovaného. Na práci jsem se soustředil těžko, protože jsem musel přemýšlet, v jakém stavu ji najdu, až přijdu z práce domů.“

M9 – „Její pití bylo hrozný. Kolikrát mi volali děti do práce, že ji našli doma spící, že není doma nic k jídlu. I když ze začátku se snažila mít navařeno, aby jsme jí nevyčítali, že se o nás nestará. Byl jsem už hodně vyčerpaný. Ale kvůli dětem jsem měl v sobě nějaký hnací motor. A děti pak raději trávily čas u kamarádů, nebo ve školních kroužcích, aby nemusely být doma.“

M 6- „V práci jsem moc velké problémy neměl. Ale přesto jsem musel přemýšlet, co kde dělá, jestli ji najdu doma v pořádku. V poslední době jsem už byl opravdu vyčerpaný.“

M14 – „Snažil jsem se, aby to mojí práci neovlivňovalo. Ale stejně jsem musel myslet na to, jak bude večer vypadat. Jestli bude v pohodě, nebo se zase napije.“

M11- „V práci jsem se vůbec nemohl soustředit, bylo to hodně těžké. Pořád jsem jí volal, kde je a co dělá. Když mi nebrala telefon, tak jsem byl hodně nervózní.“

P2 – „Už jsem byl tak unavený, že jsem si pak už jel podle svých představ, ale nikdo mi z blízkých nic nevyčetl, nebo nepředhodil.“

Většinu partnerů závislost partnerky přinášela obtíže v práci. Museli přemýšlet, co dělá partnerka doma, jestli splní své povinnosti a co dělají děti (www.szu.cz). Přemýšleli, zda najdou partnerku večer v pořádku. Měli tendence ji kontrolovat, v jakém je stavu a to pro ně bylo velmi vyčerpávající. Určitě byla jejich pracovní výkonnost snížena nesoustředěností a obavami, co se děje doma (Uhlinger, Tshiu, 2009). Jejich pracovní oblast byla velmi ovlivněna kontrolou partnerky. Tato teorie se mi potvrdila.

1b) Jak byste popsali svoje fungování v práci po její léčbě? Zlepšila se Vaše výkonnost v práci po léčbě?

P1- „Ve všech směrech se to zlepšilo. A mně se hodně ulevilo. A na práci se to odrazilo.“

M 9- „Měl jsem problém ji nechávat bez dozoru, takže jsem stejně v práci musel myslet na to, co kde dělá. Hlavně, když byla ještě bez práce, a byla doma.“

M 14 – „Po její léčbě jsem přestal mít problém se spánkem, tak jsem nebyl v práci tak unavený. Ze začátku, po léčbě jsem ji ještě přes den kontroloval, jestli je v pořádku, ale pak jsem už nemusel.“

M 15 – „Do práce jsem chodil klidnější. Dohodli jsme se s manželkou, že si budeme volat, anebo že ji zavolají rodiče. Dohodli jsme se na tom, že když to nezvedne, tak to bude signál, že se něco děje. Tak jsem teď klidnější.“

M 10 - „Problémy v práci po léčbě ustaly. Mohl jsem se víc soustředit a taky jsem byl o hodně klidnější.“

M 2 – „Zatím abstinuje teprve rok, ale pomalu se to vrací do normálu.“

Všichni partneři popisovali po léčbě úlevu a zlepšení své pracovní výkonnosti. Někteří si domluvili některé činnosti (například kontrola telefonem), které jim umožní kontrolu partnerky a tím i navození většího klidu pro sebe.

III. Vaše ekonomická oblast :

1a) Popište, prosím, zda a jak se Vám snížila životní úroveň v důsledku ztráty zaměstnání příbuzné? Měli jste dluhy? Trpěli jste nedostatkem financí? Hrozila Vám exekuce?

P2 - „Bylo poznat, že přišla o práci. Táhl jsem celou domácnost ze svého platu. Bylo znát, že jeden výdělek chybí. Hlavně před nástupem na léčbu, když se začalo zdražovat. Peníze chyběly. Dluhy jsme měli. Hlavně půjčky. Exekuce nám hrozila. Ani jsem nevěděl, kde všude si na půjčovala. Dopisy od věřitelů začaly chodit postupně.“

M9 – „Ano, trochu se snížila a nedostatek peněz byl znát. Z mého platu se zajišťoval chod domácnosti a na koničky už nebyly peníze. A dluhy máme ještě teď, včetně hrozby exekucí.“

M 6 – „Naše životní úroveň se nesnížila, byl jsem schopný to utáhnout. Peníze nám nechyběly. Naštěstí jsem si nemusel nikde nic půjčovat, takže jsme dluhy neměli.“

M14 - „Naštěstí manželka o práci nepřišla, protože jí řekli, že když se půjde léčit, tak jí místo podrží. Naše životní úroveň se nesnížila a dluhy jsme taky neměli. Exekuce nám nehrozila.“

M2 - „Manželka o práci nepřišla, měla nemocenskou. Dluhy jsme neměli, ani jsme si nikde nepůjčovali. Peněz jsme měli dost. Exekucí jsme ohroženi nebyli.“

M15- „Životní úroveň se na štěstí nesnížila, a nedostatkem financí jsme netrpěli, vydělávám dost. Když jsem náhodou potřeboval nějaké peníze, tak nám pomohli rodiče. Ale bylo to jen výjimečně.“

Partneři popisují svou finanční situaci různě. Pokud jsou v rodině děti, popisují ji jako zhoršenou. Také popisují, jak je důležité, že partnerka nepřišla o práci. To má na

životní úroveň velký vliv. V kapitole 2.5.1.3. popisují finanční situaci, která je v rodině pijících. Rodina musí zajistit finance na běžné potřeby a na volnočasové aktivity (www.szu.cz). Partneri, pokud zůstávají v rodině, tak svým větším výdělkem jsou schopni zabezpečit rodinu lépe, než když je výdělečně činná žena a muž v důsledku abúzu přišel o práci. Nepotvrdilo se mi tedy, že by v rodině, ve které trpí závislostí žena, byla nějak více porušena její ekonomická funkce, či byly zhoršeny ekonomické podmínky.

**1b) Popište prosím, jak se změnila Vaše životní úroveň po léčbě příbuzné?
Pokud jste měli dluhy a hrozila exekuce, začala to partnerka nějak řešit?**

P1 – „Jelikož sehnala partnerka práci až teď, a ještě to není nijak moc placený, tak to zlepšení není tak veliký. Splátky začala už řešit. Hodně se styděla za to, kolik dluhů udělala a co kde musí splácet.“

M9 – „Manželka nemá práci a je vedena na úřadu práce. Trochu se naše finanční situace zlepšila. Podílí se na splácení všech dluhů.“

M 2 – „Po léčbě má invalidní důchod, tak že se naše situace moc nezměnila. Dluhy jsme řešit nemuseli.“

M 13 – „Manželka nastoupila do starobního důchodu, tak jsme stále měli dva příjmy. Dluhy nebyly a exekuce nám nikdy nehrozila.“

M 8 – „S odstupem tří let po léčbě nejprve manželka nastoupila do práce, pak byla vedena na úřadu práce a nakonec šla do důchodu. Tak pořád byl nějaký příjem. Dluhy a exekuce nebyly.“

M 18- „Po léčbě ihned nastoupila do práce a tím se naše úroveň o hodně zvedla. Jelikož jsme dluhy neměli, nemusela nic řešit. Exekuce - ne.“

U partnerů, u kterých vznikly před léčbou dluhy, se situace pomalu zlepšuje, partnerky se zapojily do řešení vzniklých finančních problémů. Ostatní partneři popisují svou ekonomickou situaci po absolvování léčby jako dobrou, nebo zlepšující se. Podle odpovědí partnerů, rodina téměř nebyla zasažena peněžní insolvenčí a dá se konstatovat, že závislost na alkoholu u ženy nezpůsobuje až takové finanční dopady, jako jiná nealkoholová závislost. Pouze dvěma pářům z dvaceti hrozila exekuce a měli problémy s dluhy. V této oblasti se naprosto nepotvrdilo, že by alkoholismus ženy způsobil hrozbu exekuce. Bylo by dobré detailněji prozkoumat, proč tomu tak je a proč tato oblast není alkoholismem partnerky téměř zasažena.

IV. Vaše zdravotní oblast :

1a) Popište prosím, zda jste před léčbou trpěli nějakými psychickými obtížemi (deprese, úzkosti, porucha spánku a pod. a pokud ano, došlo k jejich zhoršení?)

M 13- „Špatně jsem to všechno snášel. Její pití se podepsalo především na mém spánku. A taky jsem to všechno špatně snášel psychicky.“

M 7- „Začal jsem být hodně nervózní, a hůře spát. A zhoršovalo se to.“

M 2- „Než začala pít, tak jsem žádnými psychickými obtížemi netrpěl. Před tím, než nastoupila na léčbu, jsem si myslel, že už se z toho zblázním. A bylo mi čím dál hůř.“

M1- „Nějaký potíže se objevily, ale nebylo to tak hrozné.“

M 3 – „Vůbec žádné, ani před, ani po léčbě.“

M11- „ Začal jsem mít trochu psychické problémy, měl jsem z toho všeho už deprese, ale nikam jsem s tím nešel.“

V této oblasti se partneři rozdělili na dvě poloviny a tudíž závěry z kapitoly 2.5.1.6. se zcela nepotvrdily. Partneři neuváděli, že trpěli konkrétními psychickými nemocemi, jako je deprese, úzkost a podobně (www.szu.cz), ale spíše uváděli neurčité problémy, jako jsou potíže se spánkem, psychická únava. Pouze dva uvedli, že trpěli depresemi, či popisovali svůj psychický stav tak, "že se z toho zblázní". Tato oblast kvality života je určitě poznamenána, ale záleží především na osobnosti partnerů, jak tuto situaci zvládnou a zda psychickými obtížemi budou trpět.

1b) Popište prosím, jak jste se cítili po psychické stránce po léčbě. Vnímali jste nějaké změny?

M 2 – „Trochu se to zlepšilo, hlavně jsem se cítil psychicky lépe, ale zdravotní obtíže mi už zůstaly a nelepší se to.“

M13- „Všechny obtíže se trochu zmírnily, ale vzhledem k mému věku, to už není žádná sláva.“

M 7- „Psychické obtíže úplně vymizely.“

M 11 – „Přestal jsem mít deprese a líp se mi spalo.“

P 1 - „Cítil jsem se líp, jak byly starosti.“

M 16- „Hodně se mi ulevilo, a tím jsem se začal lépe cítit.“

Ti, kteří uváděli psychické obtíže, způsobené závislostí partnerky, potvrdili velké zlepšení svého psychického stavu po léčbě. Především pocítují úlevu, úbytek starostí a zlepšení spánku.

2a) Popište prosím, zda jste před léčbou trpěli nějakými somatickými obtížemi (bolest, zaživací obtíže apod. a pokud ano, došlo k jejich zhoršení?)

M 13 – „Zdravotní obtíže mám, ale ty jsou v mém věku normální. Ale určitě za jejich zhoršení taky může pít mé manželky. Nejvíc mi vadilo, že jsem byl už hodně vyčerpaný a docházely mi síly.“

M 8 – „Nějakými tělesnými neduhy trpím, ale bude to spíš souviset s mým věkem, než tím, že manželka pila.“

M 2- „To samé, jako u psychických obtíží. Mám problémy se srdcem, které se zhoršovaly a určitě na to její pít mělo velký vliv.“

M 16- „Žádné zdravotní potíže jsem neměl.“

M3- „To samé jako psychických potíží. Neměl jsem ani před, ani po její léčbě.“

M 17 – „Psychicky jsem trpěl dost, ale tělesně mě její závislost nějak nepoznamenala.“

Partneři uvádějí spíše nekonkrétní somatické obtíže, které částečně přisuzují pít partnerky (kapitola 2.5.1.5). Většina z nich však somatické obtíže nepotvrdila (www.szu.cz). Nepotvrdilo se tedy, že by tato oblast kvality života partnerů byla více postižena. Naskytá se otázka, jestli to není tím, že muži své obtíže skrývají a nevyhledají pomoc, než ženy v podobné situaci.

2b) Popište prosím, jak jste se cítili po somatické stránce po léčbě. Vnímali jste nějaké změny?

M 13- „Jak jsem to napsal dříve, trochu se to zlepšilo, ale mám už svůj věk.“

M 16 – „ Je to spojené s tou psychikou. Zlepšila se psychika, zlepšil se zdravotní stav.“

M 3 - „ Psal jsem to u psychických obtíží. Nijak mě to nepoznamenalo.“

M 15- „ Stejný stav jako před léčbou. Dobrý, jak psychický, tak fyzický.“

P 2- „Všechny zdravotní neduhy, které se před léčbou objevily, tak po léčbě úplně vymizeli. Cítím se dobře.“

Tak jako u předchozích odpovědí, partneři popisují zlepšení svých somatických obtíží, nebo jejich úplné vymizení. Opět se nabízí otázka, zda si partneři ústup svých obtíží dali do souvislosti se závislostí partnerky.

V. Vaše emocionální oblast :

1a) Popište prosím, jaké emoce jste prožívali před léčbou příbuzné?

Byly to: strach, obava, úzkost? Naštvanost, vztek, agrese? Stud, nejistota, pocit viny, smutek?

Měli jste tendence před léčbou krýt či omlouvat její pití?

M 13- „Hlavně úzkost a strach z budoucnosti. Pořád jen slibovala, že toho nechá a stejně to nikdy nedodržela. To už jsem byl na ni hodně naštvaný. Pak už to byla jen bezmoc.“

M18- „Prožíval jsem všechny tyto emoce. Úzkost a obavu velmi hodně. Vztek na ní jsem měl taky pořádný. Smutek a pocity vlastního selhání taky.“

M 11 – „Všechno jsem to hodně prožíval. Všechny tyto emoce. Měl jsem tendence ji omlouvat. Hlavně ze začátku, těsně před léčbou už ne. To jsem se těšil, že už se něco změní.“

M2- „Strach, vztek, stud a pocity viny se objevily. Ale nebylo to tak hrozné, ale do její práce jsem několikrát volal. Aby ji nevyhodili.“

M 5- „Strach a nejistotu, nebo pocity viny a smutek jsem pociťoval jenom trochu nebo vůbec ne. Ale byl jsem na ni hodně naštvaný a vzteklý. Když se napila, musel jsem se už hodně držet.“

M 5- „Strach a obavy jsem neměl. Ale pocity vzteku a agrese ze začátku, to jsem pociťoval hodně. Pak už převládal smutek a pocity viny.“

Partneři popisovali všechny negativní emoce, na které jsem se v dotazníku ptala. Někteří zdůrazňovali především úzkost a obavy z budoucnosti (www.szu.cz). Někteří zdůrazňovali především vztek a agresi, kterou v nich pijící partnerka vyvolávala. A někteří popisovali jako významné emoce typu smutku a pocitů viny. Tato oblast je u partnerů velmi ovlivněna pitím partnerky a potvrdilo se mi, že emocionální funkce v rodině jsou narušeny (viz. kapitola 2.4.2.5). V kapitole 2.5.2 v teoretické části popisují reakci partnerů na problém s alkoholem. Potvrdilo se mi, že někteří z partnerů reagují na abúzus partnerky zvýšenou kontrolou a intervencemi směrem k partnerce. Také měli tendence její absence způsobené pitím zakrývat a omlouvat. Pouze velmi málo partnerů to nedělalo, a ani tyto tendence nemělo.

1b) Popište prosím, k jakým změnám došlo v emocionální oblasti po léčbě? Změnily se Vaše negativní emoce, či některé zůstaly i po léčbě?

M 13- „Strach a obavy ještě dlouho přetrvávaly. To ostatní postupující délkou její abstinence pomalu vymizely. Nakonec jsem se rozhodl, že už ji v pití vůbec nebudu podporovat, takže kdyby se napila, tak okamžitě volám do Apolináře a už ji v žádném případě krýt nebudu.“

M 14- „Všechno se po léčbě hodně zlepšilo. Jen když jsem si vzpomněl, na ty ztracený roky, tak jsem tak jsem byl ještě hodně naštvaný.“

M 12 – „Ty hodně negativní emoce jsem postupně přestával cítit - strach a úzkost, vztek a naštvanost. Ale co jsem velmi dlouho v sobě nesl, byly ty pocity smutku, pocity viny a tak. To hodně dlouho přetrvávalo“. A taky jsem se rozhodl, že kdyby se někdy napila, že už to budu řešit jinak.“

M 9- „Něco ustoupilo, něco ještě přetrvává. Ještě je to velmi krátká doba na to, aby se všechny rány zahojily. Už nejsem tak naštvaný, protože po léčbě nepije.“

M 15 - "Strach a obavy z její recidivy ještě občas mám. Taky občas jsem smutný z toho, co bylo. Přestal jsem být naštvaný, k ničemu to nevedlo. A už vím, že se dá s alkoholismem něco dělat, tak jsem klidnější."

Negativní emoce u partnerů přetrvávaly ještě po léčbě. S postupující délkou abstinence mizely emoce typu strachu a úzkosti, ale vztek a naštvanost u některých přetrvávala déle. U partnerů došlo ke změně ve vnímání jiných možností, jak závislost, relaps řešit. Už si s tím věděli rady. V tomto vidím velkou změnu oproti situaci před léčbou.

VI. Vaše sociální oblast:

1a) Popište prosím, jak závislost příbuzné ovlivnila Vaše koníčky, přátelské vztahy. Museli jste se jich vzdát?

M 9- „ O přátele jsme postupně přišli, protože se při každé akce opila. Tak jsem s ní raději nikam nechodil. Protože jsem ji pořád hlídal, tak jsem neměl čas ani na své koníčky.“

M 12- „O přátele jsme přišli a o koníčky vlastně taky.“

M 1- „Přátele, koníčky - to mi její pití vzalo. Měl jsem co dělat, abych zvládl rodinu. Na koníčky nezbyl čas.“

M 8 – „ Před léčbou jsem raději nikam nechodil, tak jsem se cítil dost sám. Ani na koníčky jsem neměl chuť.“

M 15 – „K ničemu z toho nedošlo. Nic jsem si nenechal vzít. Nepřišel jsem o přátele a koníčků jsem se nevzdal.“

M 7- „Manželčino pití a její závislost nijak moje koníčky neovlivnila. Koníčky jsem se uhájil, jinak bych se zbláznil.“

Společenský život rodiny je u většiny partnerů narušen (www.szu.cz), tak jak ho popisují v kapitole 2.5.1.2. Partneři postupně popisovali, jak přicházeli o přátele a známé, jak raději svůj společenský život omezili jak z důvodů finančních, tak z důvodů ostudy. Některým partnerům se podařilo své kontakty se známými uhájít a koníčky si nenechali vzít. Ale těch byla menšina.

1b) Mohli jste se po léčbě vrátit ke svým koníčkům? Začali jste navštěvovat své přátele?

M 2- „V našem věku se nová přátelství hledají už těžko. A nějaké nové koníčky taky.“

P 2- „Hodně se to zlepšilo. Jelikož to naši přátelé věděli, tak ji hodně pomáhali, tím, že se před ní nepije. Začali jsme spolu jezdit na kole a chodit do přírody.“

M 11 – „Po léčbě jsem začal mít více času pro sebe. A taky jsme postupně začali chodit spolu mezi lidi.“

M 14 – „Po léčbě se to hodně zlepšilo. Přátelé se vrátili a já jsem se konečně mohl začít věnovat sám sobě.“

M 8 – „ Mám své přátele a manželka taky. Jen těch koníčků už je méně.“

M 9- „Museli jsme po léčbě některé přátele opustit, kvůli jejímu pití, ale zase jsme některá navázali. Je víc času na koníčky.“

Na vznik nových přátelství má určitě vliv věk respondentů. Ti starší vesměs uváděli, že se jim již nepodařilo navázat nová přátelství. Většina z nich ale popisovala dobu po léčbě, jako čas nových společných prožitků s partnerkami (sport, výlety, návštěva různých akcí), jiní si pochvalují více času na své záliby. Tuto oblast pravděpodobně pozitivně ovlivnilo absolvování léčby partnerky.

2a) Ohrozila Vás závislost příbuzné tak, že Vám hrozila ztráta bydlení, či jste se museli přestěhovat? Jaké byly Vaše sousedské vztahy?

M 15- „ Naštěstí ne. I vztahy se sousedy bych označil za normální.“

M 9 – „Naštěstí jsme se stěhovat nemuseli, ale sousedi s námi přestali mluvit“.

M 1 - „O bydlení jsme nepřišli, stěhovat jsme se nemuseli a sousedi se s námi bavili.“

M8 - „Stěhovat jsme se nemuseli a se sousedy jsme vycházeli. Naštěstí.“

M 7- „Nic takového. Se sousedy vycházíme dobře. Vztahy nebyly narušeny.“

M 2 – „Ztráta bydlení nehrozila a ani jsme se nemuseli stěhovat. Se sousedy jsme žádné konflikty neměli.“

Největší hrozbou může být neplacení nájemného a jiných pohledávek (www.szu.cz). Ani jeden z partnerů nevedl, že by byla ohrožena jejich bytová otázka partnerčinou závislostí. Též své sousedské vztahy považují za nenarušené, pokud nebyly narušeny již před pijáckou kariérou partnerky. Závislost na alkoholu u žen nevyvolává ohrožení v otázkách bydlení, či narušení sousedských vztahů (kapitola 2.5.1.3).

2b) Upravila se po léčbě Vaše bytová situace, jak se změnili sousedské vztahy?

P 2- „Se sousedy se naše vztahy upravily.“

M 11 – „Se sousedy se to upravilo.“

M 3 - „Bydlíme pořád stejně a sousedi s námi chodí grilovat.“

M 9 - „Nemyslím si, že by s námi sousedi nemluvili kvůli manželčinému pití, protože s námi nemluví ani teď.“

M 12- „ Sousedské vztahy máme stejné jako před léčbou.“

Bydlení a bytová otázka nebyla závislostí téměř ovlivněna. Tudíž se nijak výrazně nezlepšila. Také sousedské vztahy nezaznamenaly větších změn.

VII. Vaše právní oblast:

1a) Popište prosím, zda Vám kvůli závislosti příbuzné hrozilo trestní stíhání, nebo soudní spory? Například: soudy o děti? Ohrožovala Vás příbuzná nějakou kriminální činností (krádeže, výtržnictví, násilí apod.). Uveďte jakou?

M 18 – „Mě ne, ale měla autonehodu pod vlivem alkoholu a následně soudní řízení.“

M 5 – „Trestní stíhání mi nehrozilo a žádné soudní spory nebyly. Ničím mě neohrožovala.“

M 3 – „Ne.“

M 13 – „Trestní stíhání mě a ani manželce nehrozilo. Ani soudy o děti.“

M 15- „Ani trestní stíhání a ani soudní spory nám nehrozily.“

M 9 – „Trestní stíhání mě a ani jí nehrozilo, ale požádal jsem o rozvod a svěřeni dětí do své péče.“

Pouze jeden z dvaceti respondentů potvrdil soudní spory (svěření dětí do své péče) a jeden uvedl soudní řízení kvůli autonehodě pod vlivem alkoholu a následně soudní řízení, které ale nehrozilo jemu, ale jeho manželce V této oblasti jsou respondenti velice opatrní, a na tuto otázku odpovídali záporně. Myslím si, že určitě více pacientkám hrozilo trestní stíhání za řízení motorového vozidla pod vlivem alkoholu, či spáchání dopravní nehody pod vlivem alkoholu a tím ohrožení celé rodiny. V této oblasti považuji dotazník za nedokonalý způsob zjišťování dat. Myslím si, že v rozhovoru by se partneři více rozpovídali o těchto citlivých tématech.

Ani jeden z partnerů nepotvrdil, že by jim hrozilo trestní stíhání. Nepotvrdilo se mi, že by tuto oblast závislost partnerky nějakým způsobem negativně ovlivnila.

1b) Zlepšila se po léčbě Vaše právní situace? Napište prosím, jak.

M 18 – „Po léčbě si připustila, co dělala. Byla z toho hodně špatná.“

M 2 – „Stejně jako po léčbě. Žádné problémy právního rázu nebyly.“

M 1 – „Stejná jako před léčbou.“

M 16- „Jelikož nám nic nehrozilo, tak se nic nezměnilo.“

V této oblasti ke změnám nedošlo. Partneri popisují situaci stejnou jako před léčbou. Pouze jeden z nich připustil, že se situace změnila k lepšímu a partnerka dokázala reflektovat své chování jako před léčbou. Je opět zajímavé, že ani jeden z respondentů nepřipustil nějakou změnu v právní oblasti po léčbě pacientky.

8) Chtěl/a byste k uvedeným otázkám ještě něco dodat, co se týče potřeb příbuzných závislého a nebylo to v tomto dotazníku uvedeno? Napište jakékoliv myšlenky k uvedenému tématu.

M 5 - 1) špatná informovanost příbuzného o stavu léčeného

2) nezájem lékařů o informace od příbuzného o léčeném., aby mohl být zvolen částečně individuální přístup a ne pouze standardní dril.

3) myslím si, že léčba se zaměřuje hlavně na zvyšování sebevědomí. Měla by se zabývat také tím, aby se v léčených zvýšila úcta a pokora k příbuzným, kteří jejich závislosti velmi citově trpí a zaslouží si za svoji pomoc a pochopení léčených, ovšem přiměřeně.

M 17 – „Nebýt takového léčebného zařízení, jako je Apolinář, náš společný život by se odvíjel úplně jinak - skončil by rozchodem (to v lepším případě) a moje žena by zemřela na následky alkoholismu. A já bych byl psychicky i fyzicky absolutně vyčerpaný.“

Vybrala jsem dva dovětky od manželů pacientek. Jeden z nich postrádá lepší spolupráci se zařízením, chybí mu větší informovanost o léčbě a uvítal by, kdyby se u léčených více podporovala úcta a pokora k příbuzným.

Druhý respondent byl rád, že manželka absolvovala ústavní léčbu. Protože, jak uvádí, buď by manželku opustil, nebo by se upila.

3.5. Diskuse

Myslím si, že rodinným příslušníkům pacientek, které jsou závislé na alkoholu je věnována malá pozornost ze strany zdravotnických zařízení, což potvrzují i výroky některých respondentů výše. To byl jeden z důvodů, proč jsem si toto téma zvolila do své bakalářské práce. Dalším důvodem výběru tohoto tématu bylo to, že se nikdy v Apolináři nedělal systematický průzkum kvality života rodinných příslušníků a tato problematika mě osobně velmi zajímala.

V teoretické části jsem stručně představila příčiny vzniku závislosti, její vývoj a porovnala jsem rozdíl mezi užíváním alkoholu u žen a u mužů. Popsala jsem komplikace, které závislost na alkoholu přináší pro uživatele. V kapitole o rodině jsem se zaměřila především na funkci rodiny a možné faktory, které mohou ke vzniku závislosti přispět. Představila jsem oblasti rodinných příslušníků, které jsou nejvíce

zasazené abúzem alkoholu, jejich reakce a zvládnutí tohoto problému. V poslední kapitole popisují systém péče, která je poskytována pacientkám s diagnózou závislosti.

V praktické části jsem představila kvalitativní výzkum, zaměřený na zjištění kvality života rodinných příslušníků patientek závislých na alkoholu. Můj výzkumný vzorek byl zúžen na partnery a manžely patientek z toho důvodu, že teoretická část je zaměřena spíše na manžely a také se mi od nich vrátilo nejvíce dotazníků.

V práci byly kladeny tyto výzkumné otázky:

- 1) Postihuje závislost členky rodiny kvalitu života ostatních členů rodiny?
- 2) Jaké jsou nejvíce a nejméně postižené oblasti kvality života rodinných příslušníků závislostí příbuzné?
- 3) V kterých oblastech vnímají rodinní příslušníci zlepšení kvality svého života po absolvování léčby závislé příbuzné?
- 4) Jsou oblasti, ve kterých ke zlepšení nedošlo?

Na tyto otázky byly pak zjištěny tyto odpovědi:

1) Postihuje závislost členky rodiny kvalitu života ostatních členů rodiny?

Ano, kvalita života členů rodiny je závislostí partnerky postižena a negativně ovlivňuje téměř všechny oblasti kvality života.

2a) Jaké jsou nejvíce postižené oblasti kvality života rodinných příslušníků závislostí příbuzné?

Nejvíce postižené jsou především vzájemné vztahy v rodině. Jelikož jsem zkoumala partnerské a manželské soužití, z odpovědí v dotaznících vyplývá, že jsou tyto vztahy velmi narušeny. Především komunikace a vzájemná důvěra. Další oblastí partnerského soužití, která je velmi narušena, je intimní život manželů. Pití partnerky také s sebou také přináší psychické a fyzické násilí, hádky a konflikty z její strany. Na tom se shodli také všichni respondenti. Také některé z patientek vyhrožovalo sebevraždou a snažily se tím své partnery ovlivňovat.

Pracovní výkonnost partnerů je také velmi ovlivněna pitím členky domácnosti. V práci partneři udávali, že se nemohli soustředit na svou činnost, měli pocit, že byla jejich výkonnost snížena, udávali únavu z neustálé kontroly situace doma. Jejich pracovní výkon je velmi poznamenán.

Další oblastí, která je zasažena závislostí jsou emoce. Partneři popisují silné negativní emoce typu strachu, úzkosti, obav, ale také vzteku a agrese vůči pacientce.

Zdraví patří mezi méně postižené oblasti a více postižené je spíše psychické zdraví. Partneři udávají spíše neurčité stesky, než vyloženě psychiatrické onemocnění.

Také společenský život rodiny je narušen a omezen. Partneři také popisovali ztrátu zájmů a koníčků v důsledku pití partnerky.

2b) Jaké jsou nejméně postižené oblasti kvality života rodinných příslušníků závislostí příbuzné?

Mezi nejméně narušené oblasti respondenti uvedli vztahy s nejbližšími příbuznými. Zůstali ve vzájemném kontaktu, dokonce popisují, že jim příbuzní pomáhali, především rodiče.

Další oblastí, která je málo poznamenána závislostí partnerky je ekonomická oblast. Uvedli, což je zajímavé, že jejich ekonomická situace je stejná, nebo mírně zhoršená. Partneři popisovali, že svým výdělkem dokážou rodinu zabezpečit a rodina tak nestrádá po finanční stránce. Rodiny byly také minimálně ohroženy exekucemi. Až na dvě výjimky.

Další oblastí, která neutrpěla, je zdravotní stav partnerů. Uvádějí neurčité somatické stesky, které ale nedávají do souvislosti pitím partnerky.

Mezi oblastí nejméně dotčené závislostí můžeme také zařadit bydlení a sousedské vztahy rodiny. Závislost na alkoholu partnerky nevedla ke ztrátě bydlení, či hrozbě stěhování. Také sousedské vztahy byly téměř nenarušeny.

Právní oblast je také nejméně dotčenou oblastí závislostí na alkoholu. Pouze dva partneři uvedli, že se jich týkal soudní spor o děti a jeden z manželů uvedl, že byla stíhána manželka, která zapříčinila autonehodu pod vlivem alkoholu, ale trestní stíhání, které by hrozilo jemu, či by byl ohrožen trestní stíháním, neuvedl. Ani jeden z partnerů neuvedl, že by byl nějak ohrožen trestnou činností příbuzné. A žádný respondent nebyl ohrožen po právní stránce, tj. trestním stíháním, či soudními spory partnerek.

3) V kterých oblastech vnímají rodinní příslušníci zlepšení kvality svého života po absolvování léčby závislé příbuzné?

Respondenti udávají zlepšení v oblasti vztahové. Vzájemné vztahy se upravovaly postupně a pomalu, ale léčba ovlivnila pozitivně především vzájemnou komunikaci, větší investici do vztahu. Také se zlepšila vzájemná důvěra mezi partnery.

Partneři jsou v popisování intimní oblasti velice zdrženliví. Popisují částečné zlepšení, které je ale velice individuální.

Další oblastí, kterou léčba velmi pozitivně ovlivnila jsou násilí a konflikty ze strany pacientky. Všichni respondenti se shodli na tom, že na chování pacientek měla léčba velký vliv. Ubyly hádky, konflikty a slovní násilí. Také přestaly vyhrožovat sebevraždou.

Ke zlepšení došlo také v pracovní oblasti. Partneři popisují, že se mohli více soustředit na svou práci, byli výkonnější, klidnější a spokojenější.

Kladně byl hodnocen vliv léčby na psychické zdraví. Respondenti uváděli zlepšení spánku, méně starostí a celkově hodnotí svůj psychický stav jako dobrý.

Po léčbě se mohli začít věnovat svým zálibám, koníčkům, a více se věnovat sami sobě. Obnovili stará přátelství a někteří kladně hodnotili, že začali více trávit volný čas spolu s partnerkou.

4) Jsou oblasti, ve kterých ke zlepšení nedošlo?

Emocionální oblast je velmi zasažena abúzem alkoholu. Respondenti uváděli, že pociťovali velmi negativně pití partnerky. Popisovali, že prožívali všechny negativní emoce (smutek, úzkost, obavy a vztek a agrese) a po léčbě jen velmi pozvolna odeznívaly a byly nahrazovány kladnými.

Žádost o rozvod je další oblastí, kterou partneři používali, jako řešení problému. Po léčbě sice s partnerkami zůstali (pouze jeden se rozvedl již před léčbou), ale jejich rozhodnutí se odvíjí od toho, zda budou partnerky abstinovat a je velmi individuální. Tudíž ke zlepšení nedošlo.

Intimní život je také abúzem alkoholu velmi poznamenán a jeho zlepšení po léčbě závisí na vzájemném vztahu partnerů a od toho, jaký k sobě zaujmou partneři vztah a co od sebe po léčbě navzájem očekávají.

3.6. Závěr

Při zpracování bakalářské práce jsem vycházela jak z odborných materiálů, tak i z vlastní zkušenosti se střednědobou ústavní léčbou pacientek závislých na alkoholu, v níž pracuji na pozici staniční sestry.

Cílem práce bylo popsat možné dopady závislosti ženy na alkoholu dopad na nejbližší rodinné příslušníky a posoudit případný přínos ústavní léčby pro zlepšení kvality života příbuzných. Celá práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou.

V teoretické práci jsem se zaměřila na závislost, jako nemoc, její příznaky, projevy a na rozdíly, které se objevují při abúzu ženy a abúzu muže. Na rodinu, její funkce, přínosy pro jednotlivce a její význam při vzniku a rozvoji závislosti na alkoholu. Na nejčastější reakce nejbližších na závislost u příbuzné a jaké jsou její dopady na jejich kvalitu života. V poslední části jsem se zaměřila na systém péče, konkrétně, na střednědobou ústavní léčbu, v níž jsem svůj výzkum realizovala.

Při distribuci dotazníků jsem nejprve předpokládala, že budu zkoumat kvalitu života všech rodinných příslušníků. Ale po obdržení vyplněných dotazníků, jsem vybrala pouze dotazníky od partnerů a manželů pacientek, protože jsem předpokládala, že u nich bude zasaženo více oblastí, než u ostatních rodinných příslušníků, a teoretická část mé práce se více zabývala jejich problémy, vzniklými v důsledku abúzu partnerky.

Tento dotazník obdrželi příbuzní pacientek, které zůstaly v kontaktu s Apolinářem, a jež se aktivně doléčují a tím je kvalita života jejich partnerů do určité míry již předem částečně pozitivně ovlivněna. Z tohoto důvodu se výsledky výzkumu stávají méně objektivními, protože z mého výzkumu automaticky vypadli partneři pacientek, které léčbu předčasně ukončily, nebo které kontakt s Apolinářem přerušily. Od jejich příbuzných naprosto chybí jakékoliv údaje a data. A předpokládám, že zrovna oni jsou velmi ohroženi závislostí a pro ně by především následná péče měla být určena.

Navrhuji, aby příbuzným, kteří doprovázejí pacientku na první setkání a informativní schůzky, byly aktivně nabízeny kontakty na terapeuty a zařízení, poskytující odbornou, či podpůrnou péči. Z mé zkušenosti, příbuzní neví, jaké možnosti pro ně jsou k dispozici, nebo jsou již tak vyčerpaní, že už na hledání odborné pomoci nemají sílu.

Myslím si, že toto téma je tak zajímavé, že by bylo dobré se na něj detailněji a hlouběji zaměřit. Zaměřit se nejen na partnery, ale také především na rodiče, kterým je věnována velmi malá péče a na děti, které závislostí některého z rodičů velmi trpí.

4. Použitá literatura

- Barnardová, M. (2011). *Drogová závislost a rodina*. Praha: Triton
- Bém, P. (2003). Složky systému péče v ČR. In Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup* (pp. 135). Praha: NMS/ Úřad vlády České republiky
- Dvořáček, J. (2003). Střednědobá ústavní léčba. In Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. (pp.195). Praha: NMS / Úřad vlády České republiky
- Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha. Portál, s.r.o.
- Hajný, M. (2003). Vývojové aspekty vzniku a rozvoje závislosti. In Kalina K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup* (pp. 135). Praha: NMS/ Úřad vlády České republiky
- Heller, J. ,Pecinová,O. eds.(2011). *Pavučina závislosti*. Praha: Togga
- Hendl, Jan. (2008). *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: portál, s.r.o.
- Kraus, B. (2008). *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál, s.r.o.
- Kudrle, S. (2003). Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislostí. In Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup* (pp. 91). Praha: NMS/Úřad vlády České republiky
- Miovský,M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha. Grada Publishing, a.s.
- Nerad, J., Neradová,L., Heller,J. (1998). Typologie partnerů závislých žen. In *Zápisy z Apolináře*. Ročník XXXVII, číslo 1-3. Praha: Protialkoholní oddělení Psychiatrické kliniky v Praze

- Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál s.r.o
- Satir, V.(2007). *Společná terapie rodiny*. Praha : Portál,s.r.o.
- Skála, J. (1988). *Až na dno!?. Fakta o alkoholu a jiných návykových látkách (zneužívání a závislost)*. Praha: Avicenum
- Šálková, B. (2010). *Diplomová práce: Vliv alkoholismu na sociální vztahy*. Brno: Univerzita T. Bati, Zlín. Institut mezioborových studií. Brno
- Tziogouros, Ch. (1977). Nepřítomnost otce. *In Zápisy z Apolináře*. Ročník XXVI, číslo 1-2. Praha: Protialkoholní oddělení Psychiatrické kliniky v Praze.
- Wanigarante,S. , Wallace,W.,Pullin,J., Keaney,F., Farmer,R.(2008). *Prevence relapsu pro závislá chování*. Praha: centrum adiktologie, psychiatrické kliniky. 1. Lékařské fakulty a VFN, UK v Praze a sdružení Scan
- Woitizová,J.G. (1980). *Dospělé děti alkoholiků*. Praha: Columbus s.r.o.

Internetové zdroje:

- Eurocare a Coface - Konfederace organizací pro rodinu v Evropské Unii (2001). Problémy s alkoholem v rodině. Zpráva vypracovaná pro Evropskou Unii. [On-line]. Použito dne 30.11. 2012 z <http://www.szu.cz/uploads/images/czpz/zavislosti/alkohol/alkoholarodina.pdf>
- Optimální spotřeba alkoholu v prevenci kardiovaskulárních onemocnění (2010). [On-line]. Použito dne 6. 2. 2012, z <http://www.tribune.cz/clanek/19227-optimalni-spotreba-alkoholu-v-prevenci-kardiovaskularnich-onemocneni>
- Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (2008). [On-line]. Použito dne 2. 2. 2012, z <http://www.uzis.cz/publikace/mezinarodni-statisticka-klasifikace-nemoci-pridruzenych-zdravotnich-problemu-mkn-10-dil-tabelarni-ca>

- Rakovina prsu nemá ráda alkohol (2009). [On-line]. Použito dne 4. 2. 2012, z <http://www.lecba-rakoviny.cz/novinky/rakovina-prsu-nema-rada-alkohol-4199>
- PhDr. Ladislav Csémy, MuDr. Václav Dvořák a jejich poznatky o alkoholismu žen (2008). [On-line]. Použito dne 1. 3. 2012, z http://www.alkoholik.cz/zavislost/zeny_a_alkohol/phdr_ladislav_csemy_muDr_vaclav_dvorak_a_jejich_poznatky_o_alkoholismu_zen.html
- Léčba alkoholismu u žen a specifika ženského pití alkoholu v přehledu. [On-line]. Použito dne 3. 3. 2012, z http://www.alkoholik.cz/zavislost/zeny_a_alkohol/lecba_alkoholismu_u_zen_a_specifika_zenskeho_piti_alkoholu_v_prehledu.html
- Rodina (2010). [On-line]. Použito dne 25. 4. 2012, z http://www.szsemb.cz/admin/upload/sekce_materialy/Rodina.pdf
- Štadiá, ktorými prechádza rodina pro problémy alkoholizmu. [On-line]. Použito dne 25. 4. 2012, z <http://www.manzelstvo.sk/kazici-vztahu/93>
- Optimální spotřeba alkoholu v prevenci kardiovaskulárních onemocnění (2010). Použito dne 28. 4. 2012, z <http://www.tribune.cz/clanek/19227-optimalni-spotreba-alkoholu-v-prevenci-kardiovaskularnich-onemocneni>
- Závislost na alkoholu - diagnostika a léčba dnes (2011). [On-line]. Použito dne 25. 3. 2012 z <http://www.drnespor.eu/adnes4.doc>
- Fetální alkoholový syndrom. [On-line]. Použito dne 26. 3. 2012, z http://www.wikiskripta.eu/index.php/Fet%C3%A1ln%C3%AD_alkoholov%C3%BD_syndrom

- Federace rodin. Citáty o rodině. [On-line]. Použito dne 15. 3. 2012, z <http://www.federacerodin.cz/index.php/citaty-o-rodine>
- Návykové látky a závislost u dětí a dospívajících. [On-line]. Použito dne 2. 3. 2012, z http://www.phil.muni.cz/~hump/psychoterapie/deti/Papers/Zavislost_Lettlova.pdf
- Obecně o závislostech. Závislost na alkoholu. [On-line]. Použito dne 25. 2. 2012, z <http://www.pomocvzavislosti.cz/cs/akt/zavislost-na-alkoholu>

5. Seznam příloh

Dotazník: „Kvalita života rodinných příslušníků před a po léčbě závislého příbuzného“

Souhlas etické komise

Dotazník k tématu: „Kvalita života rodinných příslušníků před a po léčbě závislého příbuzného“

Dobrý den.

Jsem studentkou Adiktologie na 1. Lékařské fakultě University Karlovy v Praze. A zároveň pracuji na Oddělení léčby závislostí – Lůžkové oddělení ženy Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Zajímám se o problematiku závislostí a její dopad na rodinné příslušníky. Chci se tomuto tématu věnovat i ve své závěrečné práci a proto Vás prosím o spolupráci.

Vyplněním tohoto dotazníku mi pomůžete získat cenné informace, které mohu ve své práci využít a třeba tak i přispět ke zlepšení péče o rodinné příslušníky závislého člověka. Pro jiný účel nebudou použity. Víím, že se ptám na velmi citlivé otázky, ale přesto Vás prosím o upřímnost. Odpovědi jsou samozřejmě dobrovolné, ale na Vaší upřímnosti hodně záleží. Dotazník je anonymní a není jakkoli spojen s Vaší identitou nebo identitou vašeho příbuzného.

Děkuji Vám za Vaši pomoc

Daniela Jandová

Návod na vyplnění dotazníku:

Tento dotazník zjišťuje, zda Vám kvalitu Vašeho života ovlivnila závislost příbuzného na návykových látkách a jak moc. Otázky jsou rozvrženy do sedmi témat. První část každého tematického celku mapuje Váš život před nástupem příbuzné/ho do ústavní léčby a druhá část mapuje Váš život po jeho/její dokončení léčby. **Odpovězte laskavě na všechny otázky.** Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, napište alespoň přibližně, jak jste danou situaci prožívali, či nyní prožíváte.

Váš věk:

Váš vztah k závislé osobě:

- a. partner/ka
- b. manžel/ka
- c. přítel/přítelkyně
- d. rodič

- e. dítě
- f. sourozenec
- g. jiné

Jak dlouho má závislý/á příbuzný/á po léčbě

- a. 1 rok
- b. 2 roky
- c. 3
- d. Více (napište, kolik let)

1a. Rodina a vztahy před léčbou příbuzné :

- 1) Jak byste popsali Vaše vztahy před léčbou? Byla ovlivněna vzájemná důvěra závislostí partnerky?
- 2) Jak byste popsali své vztahy s blízkými příbuznými před léčbou?
- 3) Jak narušila závislost Váš intimní život?
- 4) Jak moc se vaše příbuzná dopouštěla psychického, či fyzického násilí? Vyhrožovala Vám Vaše příbuzná, že spáchá sebevraždu?
- 5) Uvažovali jste před jejím nástupem na léčbu o rozvodu?

1b. Rodina a vztahy po léčbě příbuzné:

- 1) Zlepšil se Váš vztah a vzájemná důvěra po léčbě a jak moc?
- 2) Jak byste popsali své vztahy s blízkými příbuznými po léčbě?
- 3) Jak byste popsali Váš intimní život po léčbě?
- 4) Pokud se vaše příbuzná dopouštěla před léčbou psychického, či fyzického násilí, jak byste popsali stav po léčbě? Pokud vyhrožovala příbuzná před léčbou sebevraždou, došlo k nějaké změně po léčbě? Jaké?
- 5) Pokud jste uvažovali před léčbou o rozvodu, jak se změnila situace po léčbě?

2a. Vaše pracovní oblast před léčbou příbuzné :

1) Popište prosím, jak závislost příbuzné ovlivňovala Vaši pracovní činnost a pracovní výkon? Jaké bylo Vaše soustředění na práci?

2b. Vaše pracovní oblast po léčbě příbuzné:

1b) Jak byste popsali svoje fungování v práci po její léčbě? Zlepšila se Vaše výkonnost v práci po léčbě?

3a. Vaše ekonomická oblast před léčbou příbuzné:

1a) Popište, prosím, zda a jak se Vám snížila životní úroveň v důsledku ztráty zaměstnání příbuzné? Měli jste dluhy? Trpěli jste nedostatkem financí? Hrozila Vám exekuce?

3b. Vaše ekonomická oblast po léčbě příbuzné:

1a) Popište prosím, jak se změnila Vaše životní úroveň po léčbě příbuzné? Pokud jste měli dluhy a hrozila exekuce, začala to partnerka nějak řešit?

4a. Vaše zdravotní oblast před léčbou příbuzné:

1) Popište prosím, zda jste před léčbou trpěli nějakými psychickými obtížemi (deprese, úzkosti, porucha spánku apod.), a pokud ano, došlo k jejich zhoršení?

2) Popište prosím, zda jste před léčbou trpěli nějakými somatickými obtížemi (bolest, zažívací obtíže apod. a pokud ano, došlo k jejich zhoršení?

4b. Vaše zdravotní oblast po léčbě příbuzné:

1) Popište prosím, jak jste se cítili po psychické stránce po léčbě. Vnímali jste nějaké změny?

2) Popište prosím, jak jste se cítili po somatické stránce po léčbě. Vnímali jste nějaké změny?

5a. Vaše emocionální oblast před léčbou příbuzné:

1) Popište prosím, jaké emoce jste prožívali před léčbou příbuzné?

Byly to: strach, obava, úzkost? Naštvanost, vztek, agrese? Stud, nejistota, pocit viny, smutek?

2) Měli jste tendence krýt, omlouvat pití?

5b. Vaše emocionální oblast po léčbě příbuzné:

1) Popište prosím, k jakým změnám došlo v emocionální oblasti po léčbě? Změnily se Vaše negativní emoce, či některé zůstaly i po léčbě?

6a. Vaše sociální oblast před léčbou příbuzné:

1) Popište prosím, jak závislost příbuzné ovlivnila Vaše koníčky, přátelské vztahy. Museli jste se jich vzdát?

2) Ohrozila Vás závislost příbuzné tak, že Vám hrozila ztráta bydlení, či jste se museli přestěhovat? Jaké byli Vaše sousedské vztahy?

6b. Vaše sociální oblast po léčbě příbuzné:

1) Mohli jste se po léčbě vrátit ke svým koníčkům? Začali jste navštěvovat své přátele?

2) Upravila se po léčbě Vaše bytová situace, jak se změnily sousedské vztahy?

7a. Vaše právní oblast před léčbou příbuzné:

1) Popište prosím, zda Vám kvůli závislosti příbuzné hrozilo trestní stíhání, nebo soudní spory? Například: soudy o děti?

2) Ohrožovala Vás příbuzná nějakou kriminální činností (krádeže, výtržnictví, násilí apod.). Uveďte jakou?

7b. Vaše právní oblast po léčbě příbuzné:

1) Zlepšila se po léčbě Vaše právní situace? Napište prosím, jak.

2) Pokud páchala příbuzná nějakou trestnou činnost, změnila se po léčbě nějak?
Uveďte jak.

Chtěl/a byste k uvedeným otázkám ještě něco dodat, co se týče potřeb příbuzných závislého a nebylo to v tomto dotazníku uvedeno? Napište jakékoliv myšlenky k uvedenému tématu.

Prosím Vás o zaslání vyplněného dotazníku na adresu:

Daniela Jandová

VFN OLZ - LOŽ

Apolinářská 4

Praha 2

128 00

Etická komise
Všeobecné fakultní nemocnice v Praze
ETHICS COMMITTEE
of the General University Hospital, Prague
Letterhead of the Ethics Committee (hereafter EC) including address

Na Bojišti 1
128 08 Praha 2
tel. 224964131, 224964132
Fax: 224964132

Vážená paní
Daniela Jandová
Klinika adiktologie VFN a 1.LF UK
(dříve: Oddělení léčby závislostí VFN – lůžkové odd. žen)
Apolinářská 4
128 00 Praha 2

č.j.1823/11 S-IV (ind.výzkum)
19.1.2012

Vážená paní Jandová,
etická komise VFN opět projednávala na svém zasedání dne 19.1.2012 Vámi předložený projekt č.j.1823/11 S-IV (ind.výzkum).

Název studie – ind.výzkumu: Dotazníkový projekt

Kvalita rodinných příslušníků pacientky před a po léčbě ve Všeobecné fakultní nemocnici, Oddělení léčby závislostí.

Lhůta pro podání písemné zprávy o průběhu KH od jeho zahájení/ Time schedule for submission of the written Annual Report from the CT commencement: 1x ročně/Once a year Jiná lhůta/ Other

Úhrada nákladů spojených s posouzením žádosti a vydáním stanoviska /Reimbursement of costs related to assessment and issue of the EC opinion:

Ano, zdůvodnění /Yes, reasons Ne, zdůvodnění/ No, reasons: závěrečná práce bakalářského studia

Datum doručení žádosti/Date of submission of the Application Form: 31.10.2011

Datum jednání EK + čas/Date and time of Ethics Committee's session:

1) 10.11.2011 (15,30-18,30 h) – pozastaveno – připomínky; Opravené dokumenty byly dodány dne 14.12.2011 pod č.j. **2137/11 D**

2) 19.1.2012 (15,30-19,15 hod.)

Seznam předložených dokumentů

Průvodní dopis 26.10.2011
Vyplněný víceúčelový dotazník podepsaný hlavním řešitelem, kontakt na řešitele dat.26.11.2011
Popis projektu součástí průvodního dopisu
Dotazník, který se bude předkládat pacientovi - připomínky
Informace pro pacienta s popisem projektu a Informovaný souhlas
Čestné prohlášení s podpisem primáře MUDr. Petra Popova
Souhlas náměstka pro NZP Mgr.Dity Svobodové
CV Daniely Jandové
2137/11 D
Dotazník, který se bude předkládat pacientovi : Kvalita života rodinných příslušníků před a po léčbě závislého příbuzného - opravený

Seznam míst hodnocení s označením míst, ke kterým se EK vyjádřila jako místní EK a kde vykonává dohled:

Místo hodnocení/ Jméno zkoušejícího <i>Trial Site / Name of Investigator</i>	Místní EK <i>Local EC</i>	Adresa místní EK <i>Address</i>
Daniela Jandová, Klinika adiktologie VFN a 1.LF UK – lůžkové odd.ženy, Apolinářská 4, 128 00 Praha 2	<input checked="" type="checkbox"/>	EK VFN, Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2

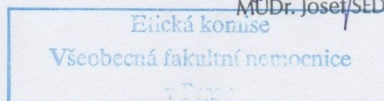
Stanovisko komise:

EK VFN nemá etických námitek proti předloženému projektu a souhlasí s jeho realizací na pracovišti Oddělení léčby závislostí VFN a 1.LF UK.

Podpis předsedy EK nebo zástupce
Signature of Chairperson or Vice-Chairperson

1/2

MUDr. Josef ŠEDIVÝ, CSc.



Seznam členů etické komise/ List of the Ethics Committee Members:

	Muž/ Žena Male/ Female	Odbornost Specialist	Zaměstnanec zřizovatele EK*		Funkce v EK Role in EC	Přítomen Attendance		Hlasoval Voted	
			Ano Yes	Ne No		Ano Yes	Ne No	Ano Yes	Ne No
MUDr. Josef Šedivý, CSc.	M/M	Clinical Pharmacologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Předseda/ Chairperson	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jana Farkačová	Ž/F	Lab. Technician	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doc. MUDr. Pavel Freitag, CSc.	M/M	Gynaecologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Eva Havrdová, CSc.	Ž/F	Neurologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Anna Jedličková	Ž/F	Microbiologist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Jiří Kolář	M/M	Cardiologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doc. MUDr. Bohuslav Konopásek, CSc.	M/M	Oncologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
MUDr. Ladislav Korábek, CSc., MBA	M/M	Dental surgeon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. František Perlík, DrSc.	M/M	Pharmacologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Doc. MUDr. Jan Roth, CSc.	M/M	Neurologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mgr. Libuše Roytová Mgr. ThLic. of Theologie	Ž/F	Member of clergy	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Magda Šišková, CSc.	Ž/F	Haematologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Místopřed- seda/Vice- chairperson	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JUDr. Šárka Špeciánová	Ž/F	Lawyer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Marcela Trojánková	Ž/F	Privat Nefrologist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Jiří Zeman, DrSc.	M/M	Paediatrist – AdolescentMed	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JUDr. Milada Džupinková, MBA	Ž/F	Lawyer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

pozn: * Zaměstnanec zřizovatele EK/ Employee of EC appointing authority)

Etická komise prohlašuje, že byla ustavena a pracuje podle jednacího řádu v souladu se správnou klinickou praxí (GCP) a platnými právními předpisy. Poslední sloupec udává, zda členové EK byli přítomni hlasování, ale nikoli jak hlasovali ve věci./The Ethics Committee hereby declares that it was established and operates in accordance with its Rules of Procedure in compliance with GCP and valid legal regulations. EC members personally presented the voting procedure (and NOT their individual voting result to or against the cause) are indicated in the last column :

Ano/Yes Ne/No

Komentář/Comments:

Datum/Date: 19.1.2012

Podpis předsedy EK nebo zástupce
Signature of Chairperson or Vice-Chairperson

MUDr. Josef ŠEDIVÝ, CSc.

