



Dysfunkční chod rodiny – alkoholismus

Jana Sobková¹, Mgr. Bc. Pavla Kudlová²

¹Oddělení IPCHO FN Olomouc, ²UP Olomouc, Fakulta zdravotních věd

Abstrakt

Bakalářská práce zjišťuje dopad alkoholismu v rodině na chod domácnosti a stav bio-psycho-sociálních potřeb členů rodiny žijících ve společné domácnosti s osobou závislou na alkoholu. Jejím obsahem je analýza samotného alkoholismu a jeho dopadu pro společnost a rodinu. Hlavním obsahem je ovšem chod rodiny a její změny v oblasti bio-psycho-sociálních potřeb. Těžiště práce tvoří kvalitativní výzkum zaměřený na vliv alkoholu na chod rodiny a dysfunkční potřeby členů rodiny osoby závislé na alkoholu. Tato bakalářská práce je příspěvkem k péči o rodinu postiženou alkoholismem a prevenci její dysfunkce.

Abstract

Bachelor thesis investigates the impact of alcoholism on household functioning and on the condition of family members' bio-psycho-social needs in a family living in a common household with an alcohol-addicted person. The thesis' content is an analysis of alcoholism itself and its impact on family and society. Nevertheless, the main content is family functioning and its changes regarding bio-psycho-social needs. The main focus represents a research aimed to alcohol influence on family functioning and dysfunctional needs of family with an alcohol-addicted member. This bachelor thesis is a benefit for the care of families afflicted by alcoholism and prevention to its disfunctioning.

Citace

Sobková J, Kudlová P. Dysfunkční chod rodiny – alkoholismus. *Zdravotníci sobě*. 2016; 5: 1–26. ISBN: 978-80-905751-4-1.

KLÍČOVÁ SLOVA

alkoholismus, rodina, bio-psycho-sociální potřeby

KEYWORDS

alcoholism, family, bio-psycho-social needs

1. ÚVOD

Dnešní společnost se stále častěji potýká s problematikou alkoholismu. Přibývá nejen závislých dospělých jedinců, ale také lidí nižší věkové kategorie. Snad každý z nás má nějaké negativní zkušenosti s osobami závislými na alkoholu. V našem okolí se jich vyskytuje víc než dost. Často jsou to hlavy rodin a to je na tom to nejhorší. Není to tedy věc pouze té dotyčné osoby, ale také rodiny, společnosti, zdravotnictví. Alkoholismus jako choroba je v rukou lékařů, ale péče o rodinné

příslušníky, jejich edukace a řešení jejich problémů má v rukou ošetřovatelství tudíž zdravotní sestry. Pokud se v rodině nachází osoba závislá na alkoholu, je považována za nemocnou a všichni se jí snaží pomoci. Důležité ovšem je, abychom si uvědomili, že nemocný není pouze alkoholik, ale také jeho rodina. Proto jsem se zamyslela nad otázkou problematiky alkoholismu v rodinách a jejího dopadu na ošetřovatelství. Zamyslela jsem se také nad otázkou, jak může ošetřovatelství rodině pomoci.

Problematika alkoholismu a jejího vlivu na rodinu byla

popsána i v NANDĚ klasifikaci jako dysfunkční chod rodiny – alkoholismus. Při zkoumání této problematiky zjistíme, že rodina je touto chorobou velmi poznamenána a nese si její důsledky po celý život. Jsou narušeny mnohé bio–psycho–sociální potřeby a do budoucna se vyskytuje mnoho problémů těchto lidí v jejich osobním i profesním životě. Proto bychom se nad tímto faktem měli zamyslet a snažit se působit jak preventivně, tak i v době, kdy je již rodina “nemocná” a potřebuje odbornou pomoc, neboť alkohol má následně dopad i na celou společnost a ošetrovatelskou péči. Při ošetrování pacientů jsme se každý jistě již několikrát setkali s osobami závislými na alkoholu a snažili jsem se jim pomoci jak v oblasti zdravotní, tak i psychické a sociální. Zajímali jsem se ovšem i o rodinu? Její problémy? Pro ošetrovatelskou diagnostiku této problematiky jsem čerpala informace z Nandy Taxonomie II. z roku 2001 – dysfunkční chod rodiny – alkoholismus 00063. U nás se touto problematikou zabývali hlavně Karel Nešpor a Ladislav Csémy především ve svém díle Léčba a prevence závislosti z roku 1996 a mnoho dalších.

2. ALKOHOLISMUS – DEFINICE

Alkoholismus byl různými autory různě definován. V hlavní podstatě se jedná o nemoc, která je charakteristická závislostí na alkoholu. Dopad alkoholismu je především na bio–psycho–sociální složku závislé osoby, rodiny, společnosti.

2. 1. Definice

Alkoholismus je návyková nemoc, jejichž oběti jsou psychicky i fyzicky závislé na chemické látce – alkoholu. Alkohol se stává součástí chemických procesů jejich těla a ovládne tak jejich chování a myšlení.¹⁸

Alkoholismus je chápán jako nadměrné či pravidelné pití alkoholu, spojené s nebezpečím získání návykového chování. Tento sociálně patologický jev má velmi nepříznivý dopad na jedince, rodinu a celou společnost.¹⁹

Alkoholismus v pravém slova smyslu není jen nekázná, morální vadou, ale je to nemoc, která má těžké důsledky jak somatické, tak psychické i duchovní a v neposlední řadě i důsledky sociální.²⁰

Alkoholismus je drogová závislost na alkoholu, provázena silnou potřebou jeho konzumace, ztrátou sebekontroly, abstinenčními symptomy a v počáteční fázi tolerancí (k opilosti je třeba větší dávky).²¹

Alkoholismus je choroba, progresivní choroba, která nemůže být nikdy vyléčena, ale která, jako některé ostatní nemoci může být zastavena.²²

3. ALKOHOLISMUS A OŠETŘOVATELSTVÍ

Alkoholismus jako choroba a její vliv na rodinu a okolí není v rukou pouze lékařů a medicíny, ale také i v zájmu ošetrovatelství. NANDA taxonomie popsala problematiku alkoholismu z ošetrovatelského pohledu, jako dysfunkční chod rodiny – alkoholismu. Taxonomie není v tuto chvíli finální, je dopracovávána mezinárodními výzkumnými a rozvojovými aktivitami. Čeští zdravotníci profesionálové se s pojetím Nanda diagnostiky mohou seznámit kupříkladu prostřednictvím publikace Kapesní průvodce zdravotní sestry (Doenges, M., E., Moorhouse, M., F., 2001). Je třeba si ale uvědomit, že

tato publikace prezentuje ne zcela aktuální údaje. Předkládá platné výstupy vývoje diagnostiky z roku 1999, jež strukturou odpovídají pojetí Nanda taxonomie I. V roce 2000 vešla v platnost její vyšší verze – Nanda taxonomie II, která pro uspořádání dat využívá diagnostické domény navazující na Gordonové Funkční a Dysfunkční vzorce zdraví, v české literatuře známé jako model Gordonové. Informace k taxonomii II jsou dostupné například v odborných publikacích Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2001—2002 a Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2003—2004, obojí uvedeny v seznamu literatury. (cit. Marečková, Kudlová, 2004)

3. 1. Ošetrovatelská diagnóza: Dysfunkční chod rodiny – alkoholismus 00063

3. 1. 1. Definice

Stav chronického rozvratu psychosociálních, duchovních a fyziologických funkcí rodiny, který vede ke konfliktům, popírání problémů, odporu ke změně, neúčinnému řešení problémů a řadě spontánně se udržujících krizí (Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., 2001, s. 448)

3. 1. 2. Charakteristické příznaky

SUBJEKTIVNÍ:

Pocity: úzkosti, napětí, tísně, snížené sebeúcty, pocit bezcennosti, neustálá zloba, hněv potlačovaný vztek, stud, rozpaky, pocity ublížení, viny, izolace, osamělost, bezmocnost, nejistota, strach, pocity osobního selhání atd.

Role a vztahy: popření rodinou, narušení rodinných vztahů, poruchy dynamiky rodinného života, vážnoucí komunikace s manželským partnerem/partnerkou, problémy v manželství, narušení intimní sféry, narušení rodičovského fungování, chronické rodinné problémy, poruchy rodinných rituálů. Rodina není schopna zajistit bezpečnost svých členů. Ekonomické problémy, zanedbávání povinností, odmítavost.

OBJEKTIVNÍ:

Role a vztahy: Uzavřené komunikační systémy, mimomanželské vztahy, snížená schopnost členů rodiny vzájemně se podporovat v růstu a vyzrávání. Rodina nerespektuje individualitu a autonomii svých členů.

Chování: nepříjemné projevy hněvu, obtíže v intimních vztazích, neefektivní řešení problémů, neplnění slibů, nadměrná kritičnost, odmítání přijmout pomoc, citové zchudnutí, lhaní, hádky, bitky, selhávání v běžném životě ...¹

3. 1. 3. Cíle ošetrovatelské péče a pacientova úsilí

- Vyjádření pochopení dynamiky závislosti
- Účast na individuálních/rodinných léčebných programech
- Rozpoznat neefektivní způsob chování a jeho následky
- Projevit/ naplánovat nutné změny životního stylu
- Změnit sebedestruktivní chování a jednání přispívající k pití alkoholu¹

4. ALKOHOLISMUS JAKO CHOROBA, DIAGNOSTIKA, LÉČBA

4. 1. Historie

Závislost na alkoholu F 10.x

Alkohol provází lidstvo celá tisíciletí. Užívá se široce jako nápoj, ale i jako léčebný prostředek. Nadměrnému užívání alkoholu a problémům s tímto spojeným se společností bránila nejprve zákony prohibičního charakteru a jinými restriktivními opatřeními. Prohibice však měla za následek rozšíření alkoholu na černém trhu (USA, Rusko). Nadměrná konzumace alkoholu je nazývána alkoholismem. Tento termín poprvé použil osobní lékař švédského krále Magnuss Huss v roce 1849. V roce 1784 popsal pijáctví jako nemoc vedoucí k rozbourání ducha a myslí americký lékař Benjamin Rush. K zmedicinizování problému došlo v roce 1951 Světovou zdravotnickou organizací.

4. 2. Klinická charakteristika onemocnění

Používání alkoholických nápojů, které není pro společnost přijatelné v souvislosti s množstvím, dobou, věkem a zdravotním stavem se označuje jako zneužívání = misúzus, které je nadřazeným pojmem i pro nadužívání = abúzus. Alkoholické nápoje jsou používány v podstatě ze dvou důvodů – společenské a individuální. Je možno říci, že lidé začínají požívat alkoholické nápoje především z oněch společenských důvodů, ale že časem vznikají i důvody či motivace individuální. Dávky, které zabíraly zpočátku, později již nezabírají (u 2 z 10 lidí). Jejich potřebné, tzn. účinné množství se zvyšuje. Tato stoupající tolerance na alkohol, znamená i větší zátěž pro organismus, ať už po stránce duševní, tak i po stránce tělesné. Časem dochází ke změněné kontrole ve smyslu jejího snížení. Stručně lze říci, že člověk neovládá drogu, ale droga jeho.

4. 2. 1. Teorie vzniku závislosti

Člověk pije, aby dosáhl příjemných účinků z požití alkoholu. Ve smyslu teorie učení je pití zpevnováno např. redukcí úzkosti. Alkohol má však i jiné účinky. Příjemné emoce vyvolá např. jen u osob, jež nejsou v tenzi a pokud konzumují malé dávky. Osoby predisponované k pití alkoholu budou jedinci, u nichž alkohol vyvolává zvláště silný pocit euforie. Dále půjde i o jednotlivce, kteří trpí takovým druhem fyziologické nerovnováhy. Zde je významný i vliv „pijáckých part“, které užívají značného sociálního nátlaku na své členy, zejména nové, aby je přeměnily k abúzu. Pijácké party stále častěji vznikají na pracovištích.

4. 2. 2. Základní faktory vzniku závislosti

- osobnostní struktury postiženého
- prostředí a postoje společnosti
- droga a její dostupnost
- podnět – startér

4. 2. 3. Vznik závislosti

Na vzniku závislosti se spolupodílí vždy více faktorů. Dotsud nebylo potvrzeno nic co by prokazovalo predispozice pro vznik závislosti. Neznáme například predisponovanou alkoholickou osobnost. Hovoříme o bio – psycho–socio–spirituálním modelu závislosti.

K biologickým faktorům mohou patřit problematické okolnosti kolem těhotenství nebo porodu dítěte – pokud je například sama matka alkoholička nebo toxikomanka. Plod se tak může setkávat s účinkem toxických látek ještě před

narozením – rozvoj fetálního alkoholového syndromu. Jediné ověřené genetické souvislosti se týkají vrozené vyšší tolerance vůči alkoholu u potomků rodičů alkoholiků. Vyšší tolerance vůči alkoholu vede k rychlejšímu rozvoji závislosti. Výzkumy CNS identifikují důležité neuromodulátory, neurotransmitery a neuhormony ve vztahu k závislosti. Každý jedinec má specifickou výbavu mozkového neurochemismu kam vstupuje psychotropní látka a navodí změnu psychiky. Například látky se stimulačním účinkem zvyšují vyplavení dopaminu vedoucí ke vzniku euforie, na druhé straně však brání jeho zpětnému vychytávání a způsobují craving, tedy bažení po psychotropní látce.

K psychogenním faktorům patří i ovlivnění jedince v období nitroděložním a v období porodu. Reaguje – li matka na toto období stresem a užívá psychotropní látky, přenáší se tato informace i na plod a jedinec může očekávat oživení v období postnatálním – pokud sám látku požije setká se s již s poznáním. K těmto poznatkům se dochází na základě studia změněných stavů vědomí. K dalším faktorům patří disharmonický vývoj dítěte, podpora rodiny v dospívání aj.

Sociální vlivy, jako postavení rodiny ve společnosti, chybění rodiny a hledání jiných identifikačních vzorů či rasová příslušnost rovněž mohou jedince formovat ve vztahu k návykové látce.

Spirituální úroveň závislosti popsali ve 12. krocích vedoucí k uzdravě Anonymní alkoholici, kteří hovořili o vztahu k Vyšší moci, která jim má dopomoci k abstinenci. Spiritualita se obrací k intimním prožitkům každodenního snažení, které dává jedinci smysl života.²

Byly popsány různé typologie závislosti na alkoholu. V roce 1960 Jellinek popsal 5 typů abúzu či závislosti na alkoholu. Jednotlivé typy však mohou vzájemně přecházet.

4. 2. 4. Typologie abúzu

Typ alfa: abúzus pro ulehčení v souvislosti s vnitřními konflikty. Piják znalý účinku alkoholu jako drogy jej čas od času zneužívá jako anxiolitikum, jindy k potlačení tenze, k získání euforie nebo alespoň k odstranění dysforie. Často i jako prostředek ke sblížení se s druhými lidmi. Kontrola je víceméně spolehlivá, psychická, ani somatická závislost zde není. Rizika: rostoucí tolerance i frekvence, úrazy, trestné činy.

Typ beta: příležitostný abúzus (pijácké zvyklosti, víkendová droga) Motivace: neodlišovat se od ostatních a nezůstat v izolaci. Rizika: zvyšující se tolerance, porušování dopravních předpisů.

Typ gama: jde již o závislost na alkoholu. Charakteristickým znakem je nespolehlivost, změněná poruchová kontrola. Jednotlivec si nemůže nikdy být jist, překročí-li, určitou hranici alkoholu v krvi (0,5–0,6‰), že nebude v pití pokračovat až do intoxikace. Po intoxikaci je schopen kratší či delší dobu abstinovat (vynucená abstinence), tolerance dále stoupá. Je vyjádřena především psychická závislost. Syndrom odnětí (tj. odvykáací příznaky) při detoxikaci je zpravidla nevýrazný.

Stádia intoxikace:

1. exitační – lehká opilost (rozjařenost, lehké poruchy chůze), únava, útlum, výrazné poruchy chůze
2. hypnotické – bezvědomí–zachovaná reakce na bolestivé podněty a obranné reflexy.
3. narkotické – bezvědomí, areflexie

4. asfyktické – bezvědomí, areflexie a nebo oběhová insuficience

Typ delta: jde o protrahovanou konzumaci alkoholických nápojů (trvalá hladina alkoholu v krvi), spíše ve formě subintoxikace než intoxikace. Rizika: hrozí větší poškození tělesného zdraví (např.: cirhóza) i psychického zdraví (delirium tremens) než u typu gama.

Typ epsilon: je blízký typu gama. Představuje epizodický abúzus, často s dramatickým a protrahovaným průběhem. Kontrola je prakticky ztracená. Tento typ někdy provází larvovanou afektivní psychózu. Jednotlivé typy závislosti na alkoholu (gama,delta) se nevyskytují jako čisté. U nás se léčí jednotlivci s převahou typu gama, méně pak s typem delta.²

Pro zařazení a vysvětlení je tato klasifikace vhodná, ale dnes se používá již mezinárodní klasifikace. F10 poruchy vyvolané požíváním alkoholu.

4. 2. 5. Vývojová stádia

Na závislosti typu gama se vztahují čtyři vývojová stádia:

1. stádium – počáteční (iniciální), alkohol je drogou, kterou si piják ordinuje sám, buď aby potlačil nepříjemné psychické stavy, nebo aby dosáhl ve společnosti příjemného stavu. Frekvence požívání alkoholu stoupá. Jeho intoxikace je nutná k řešení problémů. Hladina alkoholu v krvi nepřekračuje 0,5 g/l.

2. stádium – varovné (prodromální), tolerance stále stoupá, dochází nejdříve k občasným, později ke stále častějším stavům opilosti, tj. alkoholové intoxikace. Začíná pít potajnu, aby měl náskok před společností. Uvědomuje si, že jeho pití může být nápadné a začíná se stydět. Nepamatuje si průběh intoxikace.

3. stádium – rozhodné (kritické) nadále roste tolerance, tzn. okénka jsou zde charakteristická. Začínají se hromadit problémy, které si vynutí dočasnou delší či kratší abstinenci. Člověk začíná vždy znovu a znovu pít s přesvědčením, že bude alkohol ovládat. Počínaje touto fází dochází u alkoholika k rozhodujícímu obratu, který nazýváme změnou, sníženou, povrchnou až ztracenou kontrolou pití. Tato změna je trvalá, vyvíjí se celkem v krátkém časovém období 6–12 měsíců. Od této chvíle je snazší pro alkoholika abstinence než pít s mírou, které natrvalo již nikdy nedokáže. Narůstají konflikty v okolí. Postižený na ně reaguje budováním racionalizačního systému – systému zdůvodňování, jímž sobě a svému okolí vysvětluje a omlouvá své chování. Upadají jeho zájmy a koníčky. Člověk neplní své sliby, podvádí, je zlý. Tlak okolí donutí i pacienta leckdy delší dobu abstinovat.

4. stádium – konečné (terminální), má výrazný znak tolerance na alkohol, což znamená, že se osoba závislá na alkoholu opije mnohem rychleji a častěji než dříve a často i při nevhodné příležitosti. Opilost často trvá i několik dní ne zřídka začíná pít již z rána. Není divu, že se pak dostaví příznaky alkoholických psychóz, jako je delirium tremens apod. Nyní je pacient schopen vypít i technické prostředky (kolínská, dezinfekce...). Objevují se nejrůznější orgánové poškození – např.: orgánové poškození jater, nervového systému, cév...²

4. 2. 6. Druhy alkoholového opojení

1. prostá opilost – vyznačuje se postupně předcházejícími 4. stádii. Dále se vyznačuje nejprve zvýšením nálady,

snížením zábran sebekritiky, později mnohomluvnost, družnost, poté dráždivost, agresivita, nastává útlum, spánek, může nastat bezvědomí i smrt.

2. opilost patická – (amistický syndrom) projevuje se poruchou vědomí se zkráceným chápáním, nepochopitelným chováním, často spojené s agresí, objevuje se strach a úzkost. Obvykle je stav ukončen spánkem, po spánku se vyskytuje „okno“.

Alkoholové OKNO = vyskytuje se u všech stavů opilosti – ztráta paměti na události od několika minut až hodin.

3. opilost komplikovaná – je stav vyplňující mezeru mezi opilostí prostou a patickou, respektive vystupňování opilosti prosté i když jednání není tak zcela nesmyslné.
4. opilost kombinovaná – sloučení alkoholu s medikamenty.

4. 3. Diagnostika abúzu

Pro stanovení optimálního léčebného programu u jednotlivých pacientů léčených ambulantně či ústavně je potřebná komplexní diagnóza, a nikoliv jen konstatování závislosti na alkoholu či jeho abúzu. V tomto smyslu se užívá na psychiatrických protialkoholních léčebnách 7–etážová diagnostika.

Tabulka č. 1: 7–etážová diagnostika

etáž	Její stanovení
1. Osobnost a její poruchy	Psychologický rozbor
2. Závislost na alkoholu (dg.303) Zneužívání alkoholu (dg.305)	Dotazník MALT (mnichovský alkoholický test)
3. Typ alkoholismu gama, delta (dg.303) alfa, beta (dg.305) Kontrola pití a její změny	Jellinkova vývojová stádia, finský dotazník
4. Příčiny a vývoj, zda převážně sociogenní či psychogenní	Psychopatologický rozbor
5. Důsledky závislosti či abúzu	Deprivační křivka a skóre
6. Náhled verbální (nosognosie, nosohypognosie, nosoagnosie)	a) přiznání závislosti či abúzu b) přijetí zásady trvalé a důsledné abstinence c) přijetí léčby i doléčování a účasti na ní, soulad verbálního projevu s konstruktivním jednáním při léčbě
7. Vstupní prediktivní faktor	Absence kriminality = 1 bod Maximálně 2 zaměstnavatelé během 5 let = 1 bod Ženatý bez vážných konfliktů = 1 bod Školní vzdělání zakončené maturitou = 1 bod

Jak ukazuje etáž 1. a 4., komplexní diagnostika předpokládá psychopatologický rozbor osobnosti a vývoj závislosti. Takzvanou depravační křivkou měříme důsledky abúzu na tělesném, duševním zdraví, v rodině, v práci, v konfliktech se zákonem a v míře již spotřebované péče protialkoholních zařízení (7 – stupňová škála dle daných kritérií). Získané poznatky umožňují programování léčby, toho, kam soustředit pozornost a úsilí, aby byla léčba co nejefektivnější. Křivka zdůrazňuje také nejen potřebu pracovat s pacientem samotným, ale i s jeho pracovním prostředím (nadřízení, spolupracovníci), ale i s rodinnou a rodinnými příslušníky (manželská, rodinná terapie, vyšetření, event. léčba dětí z rodin alkoholiků).²

Tabulka č. 2: *Finský dotazník*

Otázka a její bodové hodnocení	Často	Tu a tam	Zřídka	Nikdy
	1 bod	2 body	3 body	4 body
1. Pijete častěji, než považujete za vhodné?				
2. Pijete více, tj. větší dávky, než považujete za vhodné?				
3. Pijete více – větší dávky, než jste původně zamýšlel?				
4. Je pro vás těžké přestat pít, když už jste vypil „první“				

Hodnocení součtu bodů:

Spolehlivá kontrola	16 bodů
Nespolehlivá kontrola	12 – 15 bodů
Snížená či poruchová kontrola	5 – 11 bodů
Ztráta kontroly 4 body	

Dnes užívaný jen velmi zřídka

5. LÉČBA

Léčba alkoholismu nevede k vyléčení chorobného stavu, ale dosahuje pouze zdraví tj. dodržování bezalkoholní diety – vzdání se konzumace alkoholických nápojů. Důležité ovšem je vytvořit si náhled nad chorobou a přiznat si ji. Rodinní příslušníci vědí o nekonečných snahách přesvědčit jej o jeho chorobě. Jen oni vědí, jak je těžké sdělit závislému, že problémy s drogou již plně vyplnili celý jeho obzor, a především to, že jejich aktivity nejsou namířeny proti osobě závislého, ale proti jeho chorobné závislosti. V tuto dobu je to skutečný zápas o život člena rodiny, který vyžaduje nekonečnou trpělivost, obětavost a pevný vztah. Vzhledem k chybějícímu náhledu zůstává na rodině nyní úkol – přesvědčit závislého o nutnosti léčby.

Nucená léčba může být v nynější době nařízena pouze soudem, v souvislosti s trestným činem, nebo při hrubém narušování a ohrožování osobní svobody, výchovy dětí apod. K odvykávací léčbě tedy může pacient nastoupit pouze po dobrovolném rozhodnutí.

Cílem léčby osob závislých na alkoholu je trvalá a důsledná abstinence. Protialkoholní léčba je buď dobrovolná nebo nařízená soudem. Soud nařizuje léčbu pokud jedinec spáchá trestný čin pod vlivem alkoholu. Léčbu soudu doporučuje znalec z oboru psychiatrie. Obě léčby mohou být vykonávány formou ambulantní nebo ústavní.

Dobrovolná ústavní léčba trvá nejčastěji 3 měsíce a staví na psychoterapii a na principech terapeutické komunity. Délku soudní léčby určí zdravotnické zařízení, ve kterém ji dotyčný vykonává.

Cílem léčby je přiznání si svojí závislosti a vytvoření náhledu. Důležitá je změna životního stylu.

Léčba ambulantní často předchází léčbě ústavní, ale důležité je, aby i následovala a to formou celoživotního doléčování nejčastěji návštěvou psychoterapeutických skupin či individuální psychoterapie. Rovněž je vhodné využít týdenní opakovací léčby, v léčbě, kde probíhala ústavní léčba.

Protialkoholní léčba má v českých zemích tradici. První protialkoholní léčebna vznikla v roce 1909 ve Velkých Kunčicích na Moravě, první protialkoholní poradna v Brně v roce 1910. V roce 1948 založil doc. Jaroslav Skála specializované lůžkové oddělení pro studium a léčbu alkoholismu při Psychiatrické klinice lékařské fakulty UK v Praze – Apolinář, které funguje dosud. O rok později zde založil KLUS – klub usilující o střízlivost, který ve své činnosti pravidelně pokračuje. V roce 1951 zahájila v rámci Apolináře činnost záchranná stanice jako zdravotnické zařízení.

5. 1. Akutní intoxikace alkoholem

Malé dávky alkoholu mohou vést k euforii, mají stimulační charakter, při vyšších dávkách dle tolerance jedince mohou vést k dekoncentraci, útlumu, poruchám vědomí, mozečkovým příznakům. Při hladinách vyšších než 2g/kg dochází k narkotickému stadiu a nad 3g/kg nastává těžká intoxikace s poruchou vědomí, zástavou oběhu a dechu a k smrti. Léčba těchto stavů probíhá na oddělení KAR či JIP interních oddělení a je symptomatická.²

V čem spočívá léčba:

- odstranit drogu z organismu
- obnovit a rehabilitovat somatické funkce organismu
- obnovit psychické funkce a vytvořit pozitivní struktury psychiky
- odstranit základní problém – doplnit schopnost odpovědi na otázky života
- přijetí a stabilizace životního stylu s dietou
- resocializace

5. 1. 1. Dle čeho vybrat léčbu?

Ústavní léčba: mělo by to být specializované oddělení s léčebným programem, který má alespoň 20 terapeutických prvků v týdenním programu.

Ambulantní léčba: probíhá jedenkrát za měsíc pravidelná kontrola, která bývá často doplněna psychoterapií, která se koná 1× týdně. Důležitý je zde vztah mezi lékařem a pacientem.²

5. 2. Typy léčby

Psychoterapie – 1 stádium – dosažení střízlivosti
2 stádium – časné údravy
3 stádium – pokročilé údravy

Skupinová terapie – užitečný je humor, pozitivní zpětná vazba a posilování sebevědomí a změna vztahového rámce.

Psychodrama a nácvik zvládání obtížných situací – způsoby odmítání, asertivní trénink, životní styl a tělesné cvičení.

Muzikoterapie – spojené s relaxací, jógou...

Antabus – smyslem není pacientovi alkohol znechutit, ale především zjistit jeho citlivost vůči léku a přizpůsobit dávkování preparátu individuálním potřebám.⁸

Psaní deníků – forma každodenní komunikace mezi pacientem a terapeutem

Pohybové a sportovní aktivity – ranní rozcvičky, pravidelná jóga, běh, ...

Pracovní terapie – napomáhá rehabilitaci psychické i fyzické²

K léčbě (detoxifikaci) prostého odvykacího stavu se používají benzodiazepiny (Diazepam, Oxazepam), tiaprid (Tiapridal), carbamazepin (Tegretol, Biston).

U léčby deliria tremens zvláště kterému předcházeli epileptický paroxysmus je lékem první volby clomethiazol (Heminevrin), benzodiazepiny.

Nutná je symptomatická léčba metabolické poruchy – hydratace, minerály, vitamíny skupiny B zejména Thiamin, kyselinu listovou, antiedematika.²⁴

6. ALKOHOLISMUS A JEHO DOPAD

Alkohol a jeho nadměrné užívání má velký dopad jak na rodinu a společnost tak i na jedince samotného. Pro osobu závislou na alkoholu to znamená celá řada komplikací, které s sebou nadměrné užívání alkoholu přináší.

Orgánové komplikace

Opakované a dlouhodobé užívání alkoholu vede dříve či později jak k orgánovému, tak i psychickému poškození pacienta. Často dochází také k autonehodám a jiným úrazům.

Mezi orgánové poškození můžeme zařadit:

- 1) Alkoholická myokardiopatie
- 2) Alkoholická myopatie
- 3) Sekundární hypertenze
- 4) Ischemická choroba
- 5) Akutní gastritida
- 6) Vředová nemoc
- 7) Hepatopatie
- 8) Steatóza jater, hepatitida, cirhóza .
- 9) Alkoholická akutní hepatitida
- 10) Rakovina jater
- 11) Akutní a chronická pankreatitida
- 12) Sexuální poruchy
- 13) Alkoholické polyneuropatie
- 14) Alkoholická atrofie mozku
- 15) Epileptické záchvaty
- 16) Alkoholické atrofie mozečku
- 17) Choroby krve a krvetvorby
- 18) Infekční choroby

Do skupiny psychických poruch můžeme zařadit:

- 1) Alkoholický odvykací syndrom
- 2) Delirium tremens
- 3) Korsakova psychóza

Další psychózy: Alkoholické halucinace (sluchové) paranoidní alkohol. Psychóza (žárliivost vůči partnerovi), alkoholická demence (neschopnost se učit)

Dalšími z důsledků nadměrného užívání alkoholu jsou autonehody a úrazy.

Tabulka č. 3: Výskyt úrazů dle vztahu k vlivu alkoholu¹⁰

	Se vztahem k alkoholu	Bez vztahu k alkoholu	Úrazy celkem
Zlomeniny	19 (27,1)	78 (19,8)	97(21,0)
Natažený sval, podvrtnutí, výron, vymknutí	15 (21,4)	165 (42,0)	180(38,9)
Pořezání, otevřená rána	29(41,4)	118 (30,0)	147 (31,7)
Popálenina	0	0	0
Náraz, otřes mozku, uzavřené poranění hlavy	1 (1,4)	15 (3,8)	16 (3,5)
Systémová poranění, mnohočetné poranění	0	4 (1,0)	4 (0,9)
Jiné	0	1 (0,3)	1 (0,2)
ÚRAZY CELKEM	70 (15,1)	393 (84,9)	463 (100)

Tabulka č. 4: Dopravní nehody pod vlivem alkoholu 1996 – 2001¹⁰

Rok	Spotřeba alkoholu	Počet nehod	% všech nehod	Počet zraněných	Počet usmrčených	% všech usmrčených
1996	9,5	9661	5	5698	179	13
1997	9,8	9771	5,1	5750	170	12
1998	9,8	9322	4,6	5275	167	14
1999	9,9	9120	–	–	138	10,4
2000	9,9	8888	4,4	4694	109	8
2001	9,9	9191	5,2	4734	101	8

Za zmínku stojí také vlivy na kriminalitu, které souvisejí s úrazy a autonehodami. Nejedná se ovšem pouze o tyto případy, ale také napadení, ohrožení a omezování osobní svobody. Zvýšené užívání alkoholických nápojů má také za následek nezaměstnanost. Lidé, kteří v nadměrné míře pijí alkoholické nápoje, jsou dříve či později propuštěni ze svých zaměstnání z důvodu neplnění pracovních povinností, absence atd. To má ovšem dopad i na ekonomiku a to nejen v zaměstnání, ale také ve zdravotnictví. Náklady na péči těchto osob jsou nesporně opakující se a vysoké. Zdravotníci jsou vystavováni násilí, agresi, nepřijemným pocitům atd. V neposlední řadě nesmíme opomenout také vliv na rodinu a okolí. Jedná se tedy nejen o nemoc této osoby, ale celého jeho okolí, které je poznamenáno na své psychice v nemalé míře, vede k dysfunkci bio–psycho–sociálních potřeb všech členů rodiny, stresu, rozvodovosti atd.

7. ALKOHOLISMUS A PSYCHOLOGIE

Alkoholismus, jako choroba je zkoumána několika medicínskými i mimo medicínskými obory. Jsou jimi například psychiatrie, psychologie, ošetrovatelství aj. Každá z těchto disciplín popisuje problematiku alkoholismu poněkud jinak.

7.1. Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek

MKN–10 pod kódem F10.x – F19.x jmenuje skupiny psychoaktivních látek, které vyvolávají duševní poruchy. Jedná se o alkohol a nealkoholové psychoaktivní látky.

Dále MKN-10 v každé skupině popisuje:

Akutní intoxikaci (F 1x.0) – přechodný stav způsobený alkoholem či jinou psychoaktivní látkou vedoucí k poruše vědomí, vnímání, chování, emotivity či jiných psychofyziologických funkcí. Může být nekomplikovaná nebo komplikovaná s traumatem či jiným tělesným poškozením.

Škodlivé užívání (F 1x.1) – užívání, které má za následek aktuální poškození zdraví v oblasti somatické či psychické (např. neuropatie způsobená dlouholetým užíváním alkoholu, nebo sekundární depresivní syndrom).

Syndrom závislosti (F1x.2) – skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké psychotropní látky má u daného jedince mnohem větší přednost, než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Závislost je charakterizována silnou touhou – bažením po této látce (alkohol, tabák nebo jiné psychoaktivní látky).²⁴

Diagnózu závislosti stanovíme tehdy, pokud během posledního roku došlo ke třem a více níže uvedeným jevům

- a) silná touha nebo pocit puzení látku užívat (bažení)
- b) potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky
- c) somatický odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmé z typického odvykacího syndromu pro tu kterou látku nebo z užívání příbuzné látky se záměrem zmenšit odvykací příznaky
- d) průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného dávkami nižšími (typické u alkoholu a opiátů), tyto zvýšené dávky by uživateli bez tolerance mohly způsobit smrt
- e) postupné zanedbávání jiných aktivit a zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšeného množství času na její získání a zotavování se z jejího účinku
- f) pokračování v užívání psychoaktivní látky i přes jasné důkazy škodlivých následků (somatických, zdravotních, sociálních aj.)

Jednotlivé psychoaktivní látky vyvolávají buď závislost somatickou (stav adaptace organismu na drogu doprovázený zvyšující se tolerancí projevující se při vysazení abstinčním syndromem – třesem, pocením, zvracením aj.) nebo psychickou (potřeba užívat opakovaně nebo trvale drogu k vyvolání příjemných prožitků a k odstranění nepříjemných stavů – úzkosti, nespavosti, smutku aj.). Někdy je těžké od sebe odlišit somatickou a psychickou závislost.

K diagnóze závislosti patří i např. chronický alkoholismus, dipsománie (kvartální pijáctví), diagnóza může být dále specifikována dalšími kódy např. F1x.20 v současné době abstinuje (nemocný může abstinovat třeba 5 let, ale má stále diagnózu závislosti) viz. MKN 10.²⁴

7.1.1. Odvykací stav (F 1x.3) a odvykací stav s deliriem (F 1x4)

Skupina různě kombinovaných symptomů, ke kterým dochází při částečném nebo úplném vysazením látky po jejím opakovaném užívání. Začátek a průběh odvykacího stavu jsou časově omezeny a závisí na typu návykové látky. Odvykací stav je jedním z ukazatelů závislosti. Odvykací stav může být komplikován deliriem, které může výrazně ohrozit život nemocného.

Psychotická porucha (F 1x.5)

Vzniká během, nebo bezprostředně po požití látky (obvykle do 48 hodin), charakteristické mohou být sluchové halucinace, bludy často paranoidního nebo perzekučního obsahu, psychomotorické poruchy, abnormní emoce, může dojít i k určitému stupni poruchy vědomí ne však k těžkému. Porucha vymizí do jednoho měsíce, plně do 6 měsíců. Pokud dojde k rozvoji psychotické poruchy do 14 dní od požití látky diagnostikujeme psychotickou poruchu s pozdním začátkem, rovněž musíme odlišit intoxikaci či poruchu jiné etiologie.

Amnestický syndrom (F1x.6)

Syndrom sdružený s chronickým zhoršováním krátkodobé paměti (dlouhodobá paměť je také někdy zhoršena), bezprostřední paměť je zachována. Časté jsou poruchy časového smyslu a řazení událostí. Zhoršuje se schopnost učit se nové věci. Konfabulace může být přítomna, ale ne vždy. Amnestické defekty výrazně převažují nad ostatními poruchami. Amnestický syndrom vyvolaný alkoholem či jinou psychoaktivní látkou musí splňovat kritéria pro organický amnestický syndrom.

Reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem (F 1x.7)

Porucha u které přetrvávají změny kognitivních funkcí, emotivity, osobnosti nebo chování po období delší než je předpokládaný přímý intoxikační účinek látky.

Patologická intoxikace vzniká náhle rozvojem agresivity, násilného jednání, které není pro jedince ve stavu střizlivosti typické a to krátce po vypití již malé dávky alkoholu.

Dlouhodobá závislost na alkoholu může vést k rozvoji odvykacího stavu prostého nebo s deliriem. Odvykací stav se projevuje tremorem rukou či celého těla, pocením, tachykardií nebo hypertenzí, poruchou spánku, pocením, bolestmi hlavy, úzkostí, slabostí, iluzemi.

Delirium tremens – objevuje se na vrcholu vývoje závislosti (dříve se závislost rozvíjela během 5–15 let, v posledních letech dochází často k rozvoji již během 2 let, neboť mladiství začínají požívat alkohol v mladším věku a pijí destiláty). Propuknutí psychózy předchází zpravidla přerušení konzumu alkoholických nápojů nebo naopak excesivní pití v tahu. Počáteční příznaky jsou pod obrazem odvykacího stavu. Asi u 1/3 nemocných dochází k epileptickému záchvatu. Později se přidruží výrazný psychomotorický neklid, zmatenost, desorientace časem, místem a situací. Na rozdíl od delirií jiné etiologie je nemocný orientován osobou. Častý je delir zaměstnanosti – podle něho můžeme často poznat povolání nemocného. Dalšími příznaky jsou sluchové a zrakové halucinace (často se popisují halucinace malých zvířátek – mikrozoopsie), bludy. Typická je sugestibilita – nemocný může číst nepopsaný list papíru – Lipmanův příznak. Může dojít k neurologickým komplikacím – obrně okohybných svalů, zhoršení stavu vědomí, křečím a hypertermií, krvácení do mozkových komor. Dále se rozvíjí metabolický rozvrat – hypoglykémie, deplece minerálů zejména K, Na, Mg a vitamínů skupiny B, dehydratace. Jde o závažný, život ohrožující stav.

Pokud končí letálně pak častým sekčním nálezem je otok mozku, krvácení do mozkových komor či poškození srdečního svalů.²⁴

Fetální alkoholový syndrom (FAS)

Pokud je dítě v průběhu prenatálního vývoje opakovaně vystaveno účinkům alkoholu, dochází k rozvoji fetálního alkoholového syndromu. Prokazatelně škodlivý vliv má denní požívání alkoholických nápojů s obsahem 60ml čistého alkoholu, ale již 30ml čistého alkoholu může znamenat pro plod nebezpečí. Mezi hlavní příznaky FAS patří nízká porodní hmotnost, změny v oblasti hlavy (mikrocephalie, úzké oční štěrby, plochá střední část obličeje, nízký hřbet nosu, chybějící rýha mezi nosem a horním rtem), poruchy CNS (mentální retardace, slabý sací reflex, podrážděnost, opožděný psychomotorický vývoj), postižení orgánů a částí těla (postižení srdce, svalů, kloubů, ledvin, pohlavní defekty). Jsou – li přítomny pouze poruchy chování a intelektu hovoříme o fetálním alkoholovém efektu.²⁴

7.2. Rodina a abúzus alkoholu

Při formování životního stylu a vůbec celkové prosperity dítěte hraje nespornou a prvořadou úlohu rodina. Otec bývá často v rodině v dominantním postavení a má výchovný ideál pro potomky. Jestliže otec nadměrně pije alkoholické nápoje nebo užívá popřípadě jiné psychoaktivní látky, zvyšuje se též ohrožení jeho dítěte nejen požíváním alkoholu, ale i jiných drog. V takovém „zahuštění“ osobnostní struktury bývá matka častěji hypersenzitivní, emocionálně labilní, trpící zpravidla rigiditou a arogancí svého manžela. Zprvu se snaží o redukování tenze mezi otcem a dítětem, pokouší se pacifikovat požadavky manžela, usměrňovat vztahy mezi otcem a synem kompromisními přístupy. Tato situace vede k nedůslednosti ve výchově a většinou matku posouvá ještě více do submisivní role. Vztah k rodičům u dítěte zneužívajícího drogu prochází přes odmítavý postoj, konfliktní situaci až k hostilitě. Rodina je často dysfunkční svojí omezenou soudržností, nekvalitními a poruchovými interpersonálními vztahy a chudým a plochým způsobem života. Rodina absoluuje méně společenských aktivit, více rodinných konfliktů, je častěji traumatizace a deprivace jednotlivých členů rodiny.

Z hlediska možnosti pomoci je situace nejsvízelnější a nejsložitější v případě poruch u všech členů rodiny. Vliv závislosti na alkoholu alespoň jednoho z rodičů způsobuje u dětí tyto následky v porovnání s dětmi vyrůstajícími v prostředí bez významného vlivu alkoholu na rodinné struktury:

1. Děti žijící s otcem závislým na alkoholu jsou častěji pacienti dětské psychiatrie a pedagogicko – psychologických poraden, častěji jsou umísťovány do týdenních jeslí, kojeneckých ústavů a dětských domovů. Jsou častěji nemocné, jsou častěji hospitalizovány a umístěny v ozdravovnách a podobných zařízeních.
2. Nejsou schopny plně využít své inteligence a ostatních schopností ve vzdělávacím procesu ve srovnávání s dětmi z rodin bez alkoholu.
3. U těchto dětí se výrazně více objevují riziková chování a vlastnosti stěžující jejich společenské uplatnění ve škole i dětském kolektivu.

4. Narušením rodinných vztahů a posunutím rodičovské role v rodině s alkoholem se narušuje identifikace s rodičovskými modely a tím je následně porušen psychosexuální vývoj dětí. Toto ohrožení se vztahuje do budoucnosti a je tu nebezpečí tzv. patologie třetí generace a přenosu deprivacních činitelů z generace na generaci.
5. Otcova závislost na alkoholu nepříznivě ovlivňuje děti „nevýběrově“ co do pohlaví dětí. Chlapci jsou spíše postižení v pracovním a společenském uplatnění, dívky spíše ve společenských postojích a v psychosexuálním vývoji.
6. Do manželství se závislým mužem si vnášejí ženy ve značné míře rizikové faktory ve své rodinné historii i ve své osobnosti.
7. Stupeň rozvoje závislosti otce je významným prvkem ve vytváření podmínek pro rodinné soužití a výchovnou atmosféru v rodině. Pokročilá závislost otce výrazně poškozuje vztahy mezi manželi, vzniká poškození manželky, ale i školního a sociálního postavení dětí. Děti se např. izolují od ostatních dětí.

Odchytky ve vývoji osobnosti dětí lze zařadit do kategorie lehkých odchylek mentálního vývoje, které se v kontextu sociálních nároků kladených v současnosti na jedince objevují jako významně odchylovající tuto populaci nevýhodným směrem.²

Tabulka č. 5: *Trendy v kontaktu dětí a alkoholu²*

		2. třída	4. třída	6. třída
Pivo	1978	12,0%	27,8%	62,5%
	1992	21,6%	41,4%	66,4%
Vino	1978	5,7%	15,6%	44,5%
	1992	12,1%	34,2%	62,6%
Destiláty	1978	2,8%	7,1%	24,5%
	1992	6,7%	18,8%	40,7%

7.2.1. Důsledky závislosti pro rodinu

Jestliže hovoříme o důsledcích, které způsobuje závislost na návykových látkách v rodině, lze si představit jako oběti závislosti rodičů především děti. Menší následky se připisují závislosti otce a větší závislosti matky. Závislost však přináší více obětí a v podstatě destruuje celý rodinný systém i jeho jednotlivé členy. Od tohoto faktu se pak odvíjí i destrukce společenských struktur a celých populací. Problémy spojené s alkoholem jsou v celém světě hodnoceny především jako problémy zdravotní, stranou pozornosti však nezůstávají ani neméně důležitá v určitých relacích i důležitější hlediska sociální a ekonomická. Dnes již poměrně dobře známé působení alkoholu v lidském těle i škody, které v něm způsobuje jeho nadměrné pití. Rozumíme postupnému vývoji závislosti na této droze, některým aspektům jeho společenské škodlivosti i negativním důsledkům v různých oblastech společenského života.

7.2.2. Rodina a problémy partnerských vztahů při abúzu alkoholu

Závislost jednoho člena rodiny na alkoholu se výrazně dotýká i jejich ostatních členů. Postupně onemocní celá rodina.

Soužití s jedincem závislým na alkoholu vnáší do systému rodiny a jeho funkcí mnoho negativních jevů.

Jednání pod vlivem alkoholu znemožňuje normální, přirozenou komunikaci intoxikovaného jedince s ostatními členy domácnosti, nedovoluje mu pružné a tvůrčí rozhodování.

Alkohol ovšem negativně ovlivňuje interakce v rodině také v době, kdy jsou všichni střízliví, blokuje zdolávání a řešení problémů, které zákonitě přinášejí různá období života. Postupně také v rodinném systému odstraní kontrolu negativních osobnostních rysů jeho členů. Tento posun se sebou přináší extrémní chování a ztrátu možností kompromisních jednání. Tento prvek vlastně zpětně posiluje potřebu řešit vzniklé komplikované situace alkoholem.

Při vzniku a rozvoji závislosti na alkoholu se v rodině uplatňují dva nejvýznamnější prvky – utajení pití a jeho zdůvodnění. Utajení devastuje v rodině komunikaci, vzájemnou důvěru, zpřehází hodnotový systém apod. Oproti tomu zdůvodňování rozvrací vzájemné vztahy, pozitivní emoční projevy, sexuální aktivitu atd. Z toho lze pak jednoduše odvodit, jak neslučitelný je závislý partner se základními rodinnými funkcemi – reprodukční, ekonomickou, výchovnou, ochrannou a dalšími. Na takto narušené rodinné klima odlišně reagují muži a ženy co do ochoty a schopnosti setrvat po boku partnera, který se stal závislým na alkoholu.

Statistiky potvrzují, že mužů pije podstatně více než žen a mají tak i více problémů v souvislosti s abúzem alkoholu. Je však také faktem, že ženy mají při stejném množství vypitého alkoholu vyšší hladinu alkoholu v krvi a také rozsáhlejší následky. Stále ještě převládá pití mužů ve společnosti, kamarádů v hospodách, kde tráví většinu volného času, o který připravují rodinu a především děti. Manželka pijícího muže má sice více práce, zato však může podstatně zjednodušeně a hlavně samostatně rozhodovat. Tento stav poměrně dobře přijímají organizačně zdatné a ambiciózní ženy. Na danou situaci a jednání manžela si sice ztěžují, ale jakmile se vše dá do pořádku a partner jeví o dění v rodině zvýšený zájem, cítí to manželka jako zásah do své kompetence. Tyto ženy bývají důslednější a přímočařejší v rozhodování o nástupu manžela na odvykací léčbu.

V současné době se stále častěji vyskytuje významný problém spojený s rozvodem manželství, a sice pití ženy. Závislost ženy znamená podstatně větší ohrožení rodiny a jejich funkcí. Především trvale a bezprostředně narušuje obrannou rodinnou strukturu. Manžel nemůže vytvořit produktivní, a tím i potřebnou koalici s dětmi – je většinou i nemožné, aby se s nimi odstěhoval do jiného bytu a manželku ponechal v bytě stávajícím. Žena pije zpravidla doma, osamoceně s cílem odstranit vlastní psychickou nepohodu způsobenou přetížeností, nepochopením a různými dalšími osobními obtížemi.

První a dlouho jedinou korektivní osobou je manžel nebo rodič. Ovšem právě tito členové domácnosti jsou v očích ženy často nositeli důvodů pro účelové pití alkoholu. Muži tuto nepříjemnou situaci často tolerují tak dlouho, dokud se udrží abúzus alkoholu uvnitř rodiny. Jakmile se „ostuda“ dostane na veřejnost (nejčastěji vzbudí pozornost sousedů, nebo spolupracovníků v zaměstnání), je to pro mnohé z nich signál k ústupu, který má nezřídka formu rozvodu.

Ženy setrvávají 10x častěji po boku svého závislého manžela než manželé po boku závislých žen. Je zarážející, že při rozvodech i závislé ženy získávají do své péče děti 10x častěji v porovnání s muži.

Jeden z největších problémů soužití se závislou osobou spočívá v tom, že rozluka manželství sama o sobě vlastní problémy soužití s jedincem závislým na alkoholu nevyřeší a bytová otázka často nedovolí dosáhnout úplného odloučení. Často z těchto důvodů neshody narostou do těžkých konfliktů. Pokud závislý partner zůstává v rodině, je největším nebezpečím jeho agresivita v intoxikaci. Mnoho mužů řeší neshody v manželství spojené s jejich závislostí na alkoholu nebo pití manželky přechodem na odloučená pracoviště, pobytem na ubytovnách popř. si nacházejí jiné, tolerantnější partnerky.

Naše rodiny se také dostávají do velmi náročných a svízelných situací vinou mimořádně tolerantního postoje společnosti vůči nadměrně pijícím jedincům. Nároky na jejich pracovní výkon jsou nízké, vedoucí donedávna považovaly za důležitou spíše docházku než výkon. S přihlédnutím ke svým případným výpadkům na pracovišti po alkoholické intoxikaci je člověk závislý na alkoholu ochoten odpracovat si chybějící hodiny kdekoliv dle potřeby pracoviště – pokud jde zrovna střízlivý – a přijímá i práci, která pro ostatní spolupracovníky není právě výhodná. Může si také opatřit nějaké peníze na alkohol „bokem“ různými službami a nárazovými pracemi placenými okamžitě.

7.2.3. Děti z rodin se závislými rodiči

V popředí zájmu odborníků je otázka, zda závislost rodičů na alkoholu podmiňuje efektivnost dítěte, vznik a udržování psychických poruch, či budoucí závislost dítěte. Je pro ně důležité poznání, jaký je vztah dítěte k alkoholickým nápojům i jaké je přímé působení alkoholu na dítě. Spolu s tím sledují i rozvoj nadměrného pití a postupně i závislosti u nezletilých.

Jsou tedy děti z rodin, kde je jeden, popř. i oba rodiče závislí na alkoholu, nějak zdravotně poškozeny a hrozí jim nebezpečí, že se stanou závislými?

Již dlouho se traduje fakt, že děti rodičů závislých na alkoholu se stávají ve svém pozdějším životě závislými na alkoholu. Je otázkou, zda je to dáno dědičností, genetickým zatížením, nebo vlivy sociálními – výchovou a společenským prostředím.

Starší výzkumné práce z této oblasti vyzdvihovali vlivy prostředí, jeho sociální a psychologické faktory. Závěry těchto prací vycházeli z toho, že děti z rodin s rodičem závislým na alkoholu, pokud byly vychovány v náhradních rodinách, v nich se neholdovalo alkoholu, nebo dokonce v rodinách abstinentů, měli v dospělosti podobný vztah k alkoholu, jaký mělo jejich okolí, jejich náhradní rodina – a závislými se nestaly.

Postupně však výzkumy ukázaly, že ani genetika není bez vlivu. U matek závislých na alkoholu byl např. zjištěn asi trojnásobně vyšší výskyt dcer později také závislých na alkoholu. Abúzus alkoholu u adoptivních rodičů nezvýšil zřetelně pozdější abúzus alkoholu u adoptivních dívek. Ukazuje se tedy důležitost především mateřské dědičnosti.

Odpovědnost za vrozené poškození dětí alkoholem byla přenesena na matky i z důvodu následujících skutečností. Ve dvacátém století měli seriózní pokusy potvrdit, nebo vyvrátit domněnky, že při dlouhodobé a nadměrné konzumaci alkoholu dochází k poškození zárodečné hmoty, a tím k somatopsychickému narušení dětí závislých rodičů. Těmito výzkumy mělo být zároveň ujasněno, zda při vzniku závis-

losti hrají podstatnou roli vlivy dědičnosti. Zda za eventuelní tělesné a duševní poruchy a odchýlné projevy v chování dětí závislých rodičů, odpovídá závislost některého z rodičů, nebo narušené sociální a výchovné prostředí.

– *Alkohol požitý matkou přechází zcela volně z jejího krevního oběhu do oběhu dítěte a poškozuje jeho mozkovou tkáň. Prokazatelně škodlivý vliv na plod má denní dávka od 60g – 80g čistého alkoholu a škodlivá může být již poloviční dávka, tedy 30g alkoholu denně. Odolnost organismu a metabolická schopnost jater vytvářejí individuální odchylky a výjimky, na základním faktu to však nic nemění.*

– *Jestli-že těhotná žena nadměrně požívá alkohol, může pak s velkou pravděpodobností porodit defektní dítě. Nejzávažnějším poškozením je postižení jeho centrálního nervového systému s poruchou intelektu – rozumové schopnosti dítěte bývají sníženy do pásma hlubšího podprůměru, ale i do debility, případně i imbecility. Rovněž lze pozorovat zřetelné změny vzhledu dítěte upozorňující na toto poškození – typická je nízká porodní hmotnost s nedostatečným vývojem tukového polštáře.*

*Onemocnění je označováno jako **Fetální alkoholový syndrom (FAS)**. Pokud matka začne abstinovat, další děti se rodí zdravé.²⁴*

7. 2. 4. Sociální a vývojová prosperita dětí z rodin se závislým rodičem

Vedle mechanismu dědičného vlivu působí na vývoj dítěte v rodinách, kde je alespoň jeden rodič závislý na alkoholu, i sociální faktor. Tyto děti jsou daleko více ohroženy ve zvládnání životních situací, v produktivitě, a v dospělosti se často stávají závislými v důsledku porušení obranné funkce rodiny. Děti velmi obtížně snášejí nejasnost rodičovských rolí a vzniklé trvalé napětí v rodině. Stávají se úzkostnými a přebírají odpovědnost za selhávajícího rodiče. Přestávají si hrát a mají „dospělé starosti“, ztrácejí možnost prožít radost.

U dětí z rodin se závislým rodičem se již v dětství vyskytují různé formy duševních poruch a odchylek v psychickém vývoji, které negativně ovlivňují jejich schopnost adaptovat se mezi dětmi, ve školním kolektivech apod. Tato socializace dítěte je poškozována ve větším rozsahu u dětí, které mají závislou matku. Pokud se tyto děti dostávají do náhradní péče, objevují se adaptační obtíže až ve 30%. V rodinách, kde je závislý otec v intoxikaci agresivní, objevují se psychické poruchy až u 40% dětí. V dětských psychiatrických léčebnách je hospitalizováno až 25% dětí z rodin s alespoň jedním závislým rodičem.

Pokud nelze diagnostikovat přímo duševní poruchu odlišující tyto děti od normy, pak zjišťujeme, že při stejných výchozích předpokladech jako mají jejich vrstevníci, mívají děti z rodin se závislostí horší prospěch ve škole, jsou častěji nemocné, mají méně koníčků a volného času, hůře se uplatňují v pracovním i společenském životě.

V důsledku narušených rodinných vztahů a posunu sociálních rodičovských rolí uvnitř rodiny je dále narušeno pozitivní přijetí rodičovských vzorů, čímž je ohrožen psychosexuální vývoj dětí a jejich zdravé formování rodičovských postojů.

7.2.5. Rozdíly mezi rodinami se závislým, mužem a závislou ženou

Pokud je závislá žena, matka a manželka projevuje při její hospitalizaci široká rodina a okolí mnohem větší snahu o poskytnutí pomoci a opory. Muž, který převezme odpovědnost za rodinu, hledá pomoc u ostatních žen v rodině a tato pomoc je mu zpravidla nabídnuta. Pokud péče o rodinu zůstane na ženě a manžel je hospitalizovaný, žena je považována za dostatečně schopnou ke zvládnutí dvojnásobné zátěže.

Sociální kontakty žen jsou jejich závislostí podstatně více narušeny, jejich izolace a sociální odmítnutí jsou zřetelnější a razantnější. Spolu s ženou se do izolace dostává celá rodina.²

8. TERAPIE A MOŽNOSTI POMOCI

8.1. Manželská a rodinná terapie v léčebném systému

Pokud má být léčebný program účinný, pak musí být i programu zahrnuta péče o manželské páry, o rodinné příslušníky, pokud možno i o celé rodiny. Zahrnutí manželských partnerů a celých rodin lze demonstrovat na léčebném programu ženské léčebny v Lojkovicích. Léčebný program v Lojkovicích má v základní léčbě zařazenou manželskou terapii pro partnery pacientek a rodinnou terapii pro jednotlivé příslušníky rodiny. Tato terapie je v průběhu základní léčby orientována na rekonstrukci komunikačních kanálů a manželských vztahů. Připravuje se doléčovací program průhledný pro oba partnery nebo rodinného příslušníka – nejčastěji některého s rodičů či dětí.

Potřeba systematické manželské nebo rodinné terapie nabývá na důležitosti až k zásadní nutnosti právě v doléčovacím programu. Změny v manželských vztazích probíhají právě v prvním a druhém roce po změně životního stylu ve prospěch abstinence. V nabídce doléčovacího programu je:

- Manželská terapie v délce 1 týdně – hospitalizace i opakovaně
- Rodinná terapie v délce 1 týdně – hospitalizace
- Rodinná terapie komunitní formy – tříletý program
- Ambulantní párová terapie
- Ambulantní individuální terapie rodinných příslušníků
- Ambulantní skupinová psychoterapie
- V době prázdnin – opakovací kúra pro matky s dětmi – hospitalizace 1 – 2 týdně.²

8.1.1. Rodinná terapie

Rodinná terapie patří k podstatným prvkům efektivních léčebných programů. Rodinnou terapii je výhodné kombinovat s dalšími léčebnými metodami. Fungující rodina zmírňuje dopad nadměrného stresu a rodinné vztahy často motivují k léčbě a k pozitivní změně.

Doporučení partnerkám a manželkám mužů, kteří nadměrně pijí:

1. Uvědomte si problémy, které vám i vaší rodině partner, který má problém s alkoholem působí. Oč by se vám žilo lépe, kdyby partner žil zdravě.
2. Zjistěte možnosti léčby, které jsou k dispozici, a partnera o nich informujte.
3. Odměňujte jeho strážlivost. Když se chová rozumně, buďte příjemná, něco mu kupte, něco dobrého uvařte,

odměňte ho jeho oblíbenou sexuální aktivitou.

4. Uvažujte o věcech, které má partner rád a které nejdou dohromady s pitím – např. výlet s dětmi, nebo návštěva známých, kteří nepijí.
5. Vytvořte si vlastní život mimo domov. Nebudte, pokud možno, na partnerovi závislá. Budete ve výhodě, když si najdete vlastní zájmy a záliby a osamostatníte se i finančně. Oporou v těžkém období Vám mohou být příbuzní, přátelé, terapeuté.
6. Pokud partner pije, nabízejte mu jídlo nebo nealkoholické nápoje, případně jiné činnosti, než pití. Připomeňte mu, kolik toho už vypil, a že je lépe, když nepije.
7. Když přijde domů intoxikovaný, nebo intoxikuje doma, pokud to jde, nevíšmejte si ho. Nejvýš mu neutrálním hlasem řekněte, že se vám jeho pití nelíbí a že když je opilý, tak s ním nechcete nic mít.
8. Učte ho, aby nesl důsledky. Neschovávejte mu jídlo, když kvůli alkoholu přijde pozdě. Neobkládejte ho polštáři, když usne na podlaze a neomlouvejte ho v práci, když tam má problémy. Jestli že se pozvrací, nebo znečistí, měl by se sám dát do pořádku až vystřízliví. Výjimkou, kdy je třeba poskytnout pomoc, jsou pouze situace, kdy je vážně ohrožen na zdraví či na životě.
9. Naučte se zvládat rizikové situace: člověk pod vlivem alkoholu může být někdy nebezpečný sobě i druhým. Je dobré, jestliže jste na tuto možnost připravena, naučíte se nebezpečné situace rozpoznávat a dokážete jim čelit. Jste ve výhodě, jestliže máte možnost i s dětmi někam odejít. Někdy je nutná pomoc policie. O podmínkách, za nichž jste ochotna se vrátit, vyjednávejte předem.
10. Nejvhodnější dobou k zahájení léčby je stav po nějaké nepřijemnosti, kterou si partner alkoholem způsobil (problém v práci, okradení v opilosti, těžká kocovina apod.). Jakmile se k léčbě rozhodne, podnikněte vše co nejrychleji k jeho zahájení. Snížíte tak riziko, že by rozhodnutí změnil.
11. Pro ženu v obtížné životní situaci jsou alkohol nebo jiné návykové látky zvláště nebezpečné. Vyhybte se jim proto a udržujte si, pokud možno, dobrou tělesnou i duševní kondici.
12. Jestliže se váš vztah s problémově pijícím mužem rozpadl, buďte velmi opatrná při výběru nového partnera. Těm, kteří nadměrně pijí alkohol, se vyhněte. I tak jste si trpěla až dost.

8.1.2. Práce s dětmi z rodin, kde se vyskytuje závislost

– psychomotorický vývoj těchto dětí může být zpomalen a častěji se u nich objevují různé problémy. Wegscheider – Cruse (1989) shrnula reakce dětí, vyrůstajících v rodinách, kde se vyskytuje závislost, následovně:

– **Rodinný hrdina** – přebírá odpovědnost, nahrazuje nefungujícího dospělého. „Zachraňuje rodinu“. Typicky nejstarší sourozenec, nahrazující nefungujícího otce a pečující o mladší děti. V léčbě posilujeme generační linii. „Hrdinovi“ by měli dospělí dovolit vrátit se do dětství. Neměl by se považovat za odpovědného za problémy v rodině, ale vědět, že jsou to problémy dospělých, za které on nemůže a které není schopen řešit.

– **Obětní beránek** – odvádí pozornost od problémů dospělých tím, že dělá problémy sám. Chodí za školu, krade, lže, ... Je zde vhodná práce s celou rodinou a „dovolit dítěti

zbavit se symptomu“. Emočně ani jinak neodměňovat problémové chování dítěte, ale chování adaptivní.

– **Ztracené dítě** – je stažené do sebe, uzavřené, nekomunikující. Před bolestí vnějšího světa uniká dovnitř a do snění. Je třeba věnovat mu potřebnou pozornost a opatrně ho zvát do vnějšího světa. Ten by se pro něj měl stát bezpečnějším než dříve.

– **Klaun** – šaškuje a tím odvádí pozornost od problémů v rodině. Lépe když se dospělí smějí, než aby na něj nebo na sebe křičeli. Šaškování by se nemělo odměňovat. Měli by se hledat vhodnější způsoby, jak pomoci dítěti se uplatnit a posílit sebevědomí.

Ve všech těchto případech je samozřejmě podstatné také to, nakolik se v rodině podaří zvládnout problém s alkoholem. Úspěšná léčba dospělého pronikavě zvyšuje naději na pozitivní vývoj u jeho dětí.

8.2. Možnosti pomoci

Pomoc pro osoby závislé na alkoholu:

– **Abstinentní kluby**

– **Pavučina**

– **Anonymní alkoholici** – mezinárodní organizace. Mimo zdravotnická zařízení se mohou závislí na alkoholu obrátit na laické hnutí AA – anonymních alkoholiků, které vzniklo v 30 letech v Americe. Hnutí staví na 12 krocích a 12 tradicích, které jsou sepsány v „modré knize“, AA. Členy sdružuje touha přestat pít alkohol a jednotlivá setkání využívají poznatku skupinové práce. Od roku 1989 je hnutí AA i v ČR.

– **Organizace dobrých templářů**

– **Služby prvního kontaktu** – umožňují dosažení pomoci v krizových situacích

– **Poradny** – obvykle již odborně specializované a orientované, poskytují kvalifikovanou pomoc a terapii. Terapeutické programy využívají především různých forem psychoterapie a podpůrnou farmakoterapii

– **Krizová centra** – jsou vytvářeny především ve větších městech možnostmi poskytnutí lůžkové psychoterapie, farmakoterapie a socioterapie.

– **Linky telefonické důvěry** – jsou také známé jako linky důvěry a mohou pomoci především anonymním kontaktem a radou s orientací na středisko pomoci.2

– **Patronství** – organizace Anonymních alkoholiků a sesterské organizace jako Gamblers Anonymous (1992).

Sesterské organizace:

– **Al-Anon** pro manželky nebo partnerky závislých osob na alkoholu

– **Alateen** pro dospívající děti z rodin, kde se vyskytuje závislost na alkoholu

– **Parents Anonymous** (anonymní rodiče), pro rodiče, jejichž děti mají problémy s alkoholem

– **Narcotics anonymous**

– **Melas on Wheel**, sestry navštěvující nemocného doma, američan cancer Society, Veterans Administration, schopné poskytnout okamžitou a dlouhodobou podporu.⁸

8.2.1. Skupiny s blízkými závislého – Magdaléna Frauzová

Charakteristiky skupin: důležité je ošetřit členy rodiny tak, aby neškodili, byli schopni svým chováním pomoci při léčbě

alkoholika, byli schopni na své úrovni pochopit možnosti a limity autonomie závislého a své místo v tomto procesu.

Prvky tohoto programu:

- ošetření pocitů viny
- zprostředkování zážitku
- orientace v typických manipulacích u závislostního vzorce chování a učení se konstruktivně je řešit
- rozlišení prodrogových faktorů v chování, prožívání a učení se o nich s ostatními mluvit

Terapeuti by měli zaujímat aktivní až iniciativní postoj a přitom klást důraz na aktivitu každého člena skupiny. Měl by dále věnovat zvýšenou péči o udržování rovnováhy mezi tenzí a uvolněním. Pozornost by měla být věnována zvláště následujícím tématům:

- problém s drogou, závislost, abstinence, relaps, doléčování
- režim, disciplína a vztah k autoritě, pravidlům
- podchycení vývoje sebepojetí – můj příběh a moje role v něm
- současná orientace v životní situaci s uvědomováním si svých životních cílů
- formy agresivity – následek frustrace, závislostní pasivita
- vztahovost – vývoj vztahovosti, druhy vztahů a jejich vývojová adekvátnost ...

Vedoucí skupiny: – lékař – psychiatr

- psychiatrická sestra
- školený psycholog
- školený pedagog
- školená komunitní sestra

Při neřešení problémů se závislostí u všech členů rodiny se vyskytují mnohé negativní jevy:

- U dětí se projevuje závislost v rodině:
 - opuštěním dětské role
 - zároveň má pocit, že je opuštěn
 - hledá nový smysl – symbiózu (často v návykových látkách)
 - je frustrován z nezdařených pokusů
 - potřebuje ventilovat svou agresivitu

8.2.2. Teoretické základy terapií závislosti orientovaných na rodinu

(Barbara S. McCrady, Elizabeth E. Epstein)

V současné době dominují tři přístupy k rodinné terapii závislosti:

1. Model nemoci rodiny – popisuje alkoholismus jako nemoc rodiny. Podle něj jsou členové rodiny stejně nemocní jako alkoholik. Cermak popisuje několik symptomů spoluzávislosti (codependence):

- a. obětování sebeúcty
- b. přebírání odpovědnosti
- c. prožívání úzkosti
- d. zapletení se do vztahů s lidmi s poruchami osobnostmi, nebo problémy s alkoholem či jinými drogami

2. Model rodinného systému – systém rodiny, kdy jeden člen rodiny pil (rigidní rodiny), abstinovat nebo se nacházel v přechodné fázi (rodiny flexibilnější)

3. Behaviorální přístup – soustředí se na vztahy mezi pitím a komunikací manželského páru

8.2.3. Model nemoci rodiny

Podle tohoto modelu jsou rodinní příslušníci stejně nemocní jako označený klient a tudíž je potřeba léčit nejen jeho, ale celý systém. Nemoc může navázat kodependenci (spoluzávislost) a jejími hlavními příznaky podle Cermaka (-cit.in Rotgers,1999):

1. obětování sebeúcty ve prospěch kontroly sebe i druhých
2. přebírání odpovědnosti za uspokojení potřeb druhých
3. prožívání úzkosti a zkreslování hranic související s problémy intimity a separace
4. zapletení do vztahů s lidmi s poruchami osobnosti nebo problémy s návykovými látkami
5. přítomnost dalších negativních symptomů

Rodinná terapie vycházející z tohoto modelu se ve velké části zabývá komunikací, vyjadřováním potřeb, dysfunkcemi rodinných rolí, vyjednáváním a rovnováhou v rodině.

Závěr:

Při práci s dětmi (jejich rodinami) a dospívajícími je prioritním a mnohdy nejobtížnějším úkolem motivace k jakékoli aktivitě, která umožňuje změnu životního stylu. Je potřeba počítat s masivními obrannými reakcemi a odpory, které je potřeba umět zpracovávat. Pokud je to možné, ukazuje se jako výhodné spolupracovat s rodinným systémem nebo alespoň s některým pro klienta významným rodinným příslušníkem – tato spolupráce je u dětí naprostým předpokladem úspěšnosti.⁵

Většina druhů léčby poskytuje směs těchto modelů. Například současný model nemoci zdůrazňuje codependenci, alkoholismus jako nemoc a učí členy rodiny měnit své chování – to vše vychází z modelu nemoci. Současné mnohé léčebné programy založené na modelu nemoci, které se zabývají rodinou, také zdůrazňují komunikaci, dysfunkční rodinné role a rovnováhu v rodině – pojmy odvozené teorie rodinného systému. Systémová rodinná terapie zkoumá, jakou roli hraje užívání drog v rodině a pokouší se v rodinném systému změnit role, pravidla a hranice. Zároveň se léčba soustřeďuje na komunikaci a řešení problémů a usměrňuje behaviorální léčbu, aby umožnila abstinenci.

8.2.4. Rodinná terapie

Kroky:

- 1) připojení rodiny do kontaktu s terapeutem a vytvoření úzkého kontaktu
- 2) zavedení základních pravidel
- 3) mapování zkušeností a prožívání každého člena rodiny
- 4) identifikování ústředních oblastí interpersonální dysfunkce
- 5) zlepšení komunikace o myšlenkách a pocitech
- 6) zaměření na umožňování drog⁹

Typy rodinné terapie:

1. Strukturální rodinná terapie (S. Minuchin) – zaměřená na téma struktur, hranic a hierarchie v rodině

2. **Vícegenerační koncept** (I.Boszormenyi – Nagy, H. Stierlin) – zabývá se „neviditelnými vazbami přesahujícími generace“
3. **Humanistická** (zážitkově orientovaná) (V.Satirová)
4. **Strategická rodinná terapie** (J. Haley) – pojímá rodinu, jako kybernetický okruh pravidel, v níž terapeut musí způsobit změnu a odolat přitom „svádění“ ke zmatku a začlenění do rodinného systému.
5. **Systematicko – kybernetická rodinná terapie** (Milánská škola) – motivy, city, potřeby a individuální konflikt jsou pokládány za přežilé konstrukty psychotherapeutického výkladového rámce.⁵

V péči o rodinu a jedince závislého na alkoholu se podílí také ošetrovatelství. Dnes již existují právně podložené normy pro jednotlivé nelékařské pracovníky a jejich kompetence.

Zákon č.96/2004 Sb. Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních

1. Zdravotně sociální pracovník

– provádí sociální prevenci před úpadkem rodiny do sociálních problémů spojených s nemocí. Aktivně vyhledává rodiny s potencionálním vznikem těchto problémů a pomáhá jim jich předcházet, řešit ...

2. Psycholog ve zdravotnictví

– provádí psychoterapii, reedukaci, řeší psychické problémy...

3. Komunitní sestra

– pracovník bez odborného dohledu a bez indikace, analyzuje zdravotní i sociální situaci, hodnotí zdravotní rizika, napomáhá jednotlivci, rodině, komunitě

4. Psychiatrická sestra

– pracuje bez odborného dohledu a bez indikace, provádí psychologickou oporu a pomoc v rodinách s problémy.¹⁶

9. PRAKTICKÁ ČÁST

9.1. Cíle práce

Hlavní cíl práce:

Zjistit stav bio–psycho–sociálních potřeb a důsledky alkoholismu které se objevily u osob žijících v jedné domácnosti s osobou závislou na alkoholu.

K vytvoření projektu:

- teoretické znalosti
- odborné zdravotnické vědomosti a dovednosti
- odborné psychologické vědomosti

Cíle:

1. Zmapovat informovanost členů rodiny žijících s osobou závislou na alkoholu o této nemoci a vlivu na jeho zdraví
2. Zmapovat vliv alkoholu na chod rodiny
3. Zjistit dysfunkční potřeby členů rodiny alkoholika
4. Zjistit možnosti pomoci takovým to rodinám

9.2. Metodika práce

9.2.1. Charakteristika souboru klientů

Informace potřebné k dosažení cílů č. 1, 2, 3 a 4 byly získány od členů rodiny, kteří žili ve společné domácnosti s osobou závislou na alkoholu.

Jednalo se o:

- ženy a muže
- věk 18–45 let
- doba soužití s alkoholikem minimálně 10 let
- 4 děti závislých otců
- 3 ženy závislých manželů

9.2.2. Užití metody

Pro tuto studii jsem využila metodu polostrukturovaného rozhovoru, což je jedna z forem kvalitativního výzkumu. Mé interview s klienty se skládalo ze tří částí:

- ✓ Dotazník pro příbuzné
- ✓ Maslowova hierarchie potřeb
- ✓ Polostrukturovaný rozhovor

Dotazník pro příbuzné

– jedná se o dotazník obsahující 20 otázek, jehož autory jsou Karel Nešpor a Ladislav Csémy, který byl vydán v publikaci Léčba a prevence závislosti z r.1996, vyd. Psychiatrické centrum Praha. První tvůrcem tohoto dotazníku je Howard Counseling Center v USA. Cílem tohoto dotazníku bylo zjistit, zda členové rodiny žili ve společné domácnosti s opravdu osobou závislou na alkoholu. Autoři doporučí následující hodnocení:

- A. Odpověď ANO na kterékoliv ze 2 otázek je varováním, že by mohly problémy s alkoholem v rodině nastat.
- B. Odpověď ANO na kterékoliv 4 otázky znamená, že problémy s alkoholem jsou v rodině patrně přítomné.
- C. Odpověď ANO na kterýchkoliv 5 nebo více otázek ukazuje, že v rodině existuje s alkoholem jistě problém.

V tomto dotazníku jsou příbuzným kladeny otázky, na které odpovídají ano x ne. Byl podán všem 7 klientům, kteří se museli zamyslet nad tím, jaké to bylo, když žili ve společné domácnosti s osobou závislou na alkoholu. Otázky jsou jasné a srozumitelné, proto nebyl problém s dalším vysvětlováním.

Maslowova hierarchie potřeb

– jednalo se o klasickou Maslowovu hierarchii potřeb, která je řazena do pyramidy. Klientům byly vysvětleny pojmy jednotlivých oddílů pyramidy tzn. bio–psycho–sociální potřeby. Jejich úkolem po té bylo, seřadit tyto potřeby od 1 do 7, kdy číslo 1 znamenalo nejvíce nenasycená potřeba v době soužití s alkoholikem a číslo 7 méně nasycená potřeba. Klienti se museli opět zamyslet nad časy kdy opravdu žili ve společné domácnosti s osobou závislou na alkoholu.

Polostrukturovaný rozhovor

– tento rozhovor byl vždy prováděn v přirozeném prostředí klienta, v soukromí. Klient byl vyzván, aby se zamyslel nad dobou soužití s osobou závislou na alkoholu a byly mu postupně kladeny otázky 1–17. Otázka číslo 17 je dobrovolná, její znění: Jaký byl Váš nejhorší zážitek s osobou závislou na

alkoholu? Klienti hovořili a jejich odpovědi jsem zapisovala. Otázky byly vytvořeny pro zachování základní myšlenky, ale klienti mohli mluvit, tak jak sami uznali za vhodné k jednotlivým otázkám. Otázky se zdály být srozumitelné a klienti neměli problém s jejich pochopením. Odpovídali z pravidla na všechny otázky, na otázku číslo 17 odpovědělo 5 ze 7 klientů. Pro většinu z klientů se zdál být rozhovor přínosným, protože mnohé věci nikdy ještě nikomu neřekli, nikdo neměl zájem. Pro většinu se ale ovšem vybavení vzpomínek na dobu soužití s osobou závislou na alkoholu zdálo velmi nepříjemnou.

9.2.3. Organizace výzkumného šetření

Vlastnímu výzkumnému šetření předcházela pilotní studie u souboru 3 klientů. Na základě testování jsem musela některé otázky upravit tak, aby byly srozumitelné pro všechny věkové kategorie a vzdělání klientů. Ve většině případů, ale otázky pochopili a odpovídali dle svých zkušeností. Bylo provedeno 7 rozhovorů, z toho 4 u dětí závislých otců a 3 u žen závislých manželů.

Výzkumné šetření proběhlo v datech od 30. 1. 2006 – do 17. 2. 2006. Rozhovory probíhaly u klientů v jejich domovech tj. Lipník nad Bečvou a okolí. Před zahájením každého rozhovoru, byl klient seznámen s tímto výzkumem a jeho cíly a záměry. Byl ujistěn o anonymitě a bylo mu potvrzeno, že nemusí odpovídat na vše co mu není příjemné. Otázka č. 17 byla dobrovolná. Po seznámení se mnou a s projektem, jsme postupně začali řešit tuto problematiku. Klienti byli vyzváni k tomu, aby se vžili do doby, kdy sdíleli společnou domácnost s osobou závislou na alkoholu. Po té pro ujistění, že se jednalo opravdu a osobu závislou na alkoholu byl proveden dotazník pro příbuzné. Při němž byla ve všech případech tato spekulace potvrzena a klienti se rázem začali cítit otevřenější, protože zjistili, že v tomto problému nejsou pouze sami. Následně jsme začali diskutovat k jednotlivým otázkám, které jsem klientům kladla. Během rozhovoru jsem sledovala reakce klienta na jednotlivé výroky a zážitky. Vše jsem zapisovala do notebooku. Při prvním rozhovoru jsem se pokoušela o nahrávání na diktafon, ale klient se necítil dobře, byl uzavřený. Proto při dalších rozhovorech, jsem tuto možnost záznamu zamítla. Při otázce č. 13 byla klientovy vysvětlena Maslowova hierarchie potřeb a tedy pojem bio–psycho–sociální potřeby. Na základě pochopení této hierarchie klienti bodovali jednotlivé potřeby čísly 1–7, dle toho, jak se jim zdály v době soužití s osobou závislou na alkoholu saturované. Na konci každého rozhovoru, byli klienti dotázáni k vyslovení zhodnocení tohoto dotazníku a rozhovoru. Ve všech případech se jim zdál přínosným. Klienti byli spokojeni, že si mohli o této problematice popovídat a že jim někdo naslouchal. Na závěr jsem zhodnotila situaci i já tak, jaký jsem z ní měla pocit.

9.3. Vyhodnocení otázek

Otázka č. 1: Jak dlouho jste žil/a ve společné domácnosti s osobou závislou na alkoholu?

Doba soužití s osobou závislou na alkoholu byla minimálně 10 let a maximálně 21 let. Z toho ženy žily se svými manžely závislými na alkoholu 14–21 let a děti se svými závislými otci 10–16 let. (graf č. 1)

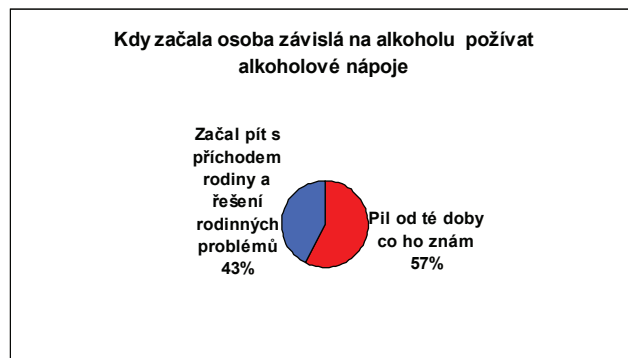
Graf č. 1



Otázka č. 2: Jak dlouho jste spolu žili ve společné domácnosti, než se stal osobou závislou na alkoholu?

Děti závislých otců často odpovídali, že znali otce jako závislého odjakživa (57 %). U manželek začal jejich partner pít s příchodem dětí a nutností zaopatřit rodinu (43 %). (graf č.2)

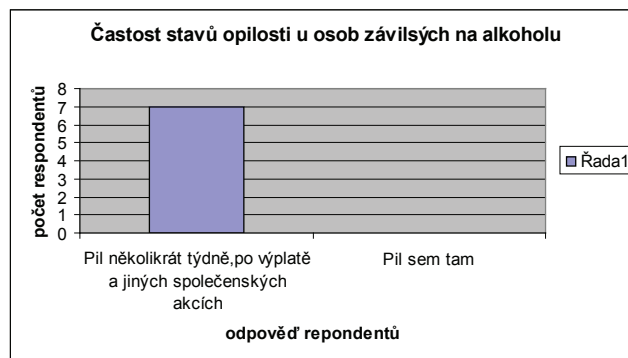
Graf č.2



Otázka č. 3: Jak často Váš partner /otec chodil domů opilý (denně, nebo kolikrát týdně, měsíčně)?

Muži přicházeli ve 100 % pod vlivem alkoholu při každé výplatě, jiných akcích a celkem několikrát týdně. Minimálně však 1x týdně. (graf č.3)

Graf č. 3



Otázka č. 4: Co víte o alkoholismu a jeho léčbě?

Na tuto otázku byli všichni schopni odpovědět dle svých vlastních zkušeností. Diagnostiku a léčbu znali okrajově. Definici znalo 7 klientů tzn. 100 %, diagnostiku okrajově popsali 4 dotázaní klienti tzn. 57 % a léčbu popsalo 7 klientů tzn. 100 %. (graf č.4)

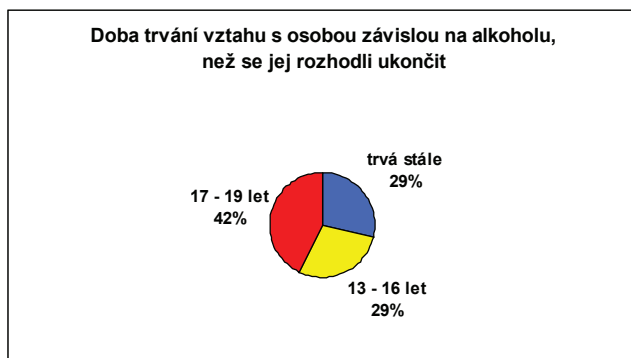
Graf č. 4



Otázka č. 5: Jak dlouho trval Váš vztah s osobou závislou na alkoholu než jste se rozhodli/a vztah ukončit?

U manželek tento vztah trval v průměru 15 let, pouze v jednom případě tento vztah stále trvá a to z důvodu udržení rodiny kvůli dětem. U dětí tento vztah trval v průměru 16 let, v případě vztahu otec a syn vztah trvá do dnes. Poslední tečkou pro ukončení vztahu bylo zklamání, nezájem nedůvěra, dospělost dětí. (graf č. 5, graf č.6)

Graf č. 5



Graf č. 6



Otázka č. 6: Jak se změnila Vaše role ve Vaší rodině?

Manželky se ve všech případech staly samostatnými a samostatně rozhodujícími 42 %. U dětí závislých otců se změnila role ve prospěch urychleného vyspění 29 % a přebírání role matky, otce 29 %. S tímto souvisí i výchova svých mladších sourozenců a péče o domácnost. (graf č. 7)

Graf č. 7



Otázka č. 7: Jak se změnila role ostatních členů Vaší rodiny?

Změna rolí u ostatních členů rodiny klientů byla následující: role otce 14 %, samostatnost 43 %, role matky a péče o sourozence, o rodinu 29 %, finanční pomoc a podpora rodiny, vyspělost 14 %. (graf č. 8)

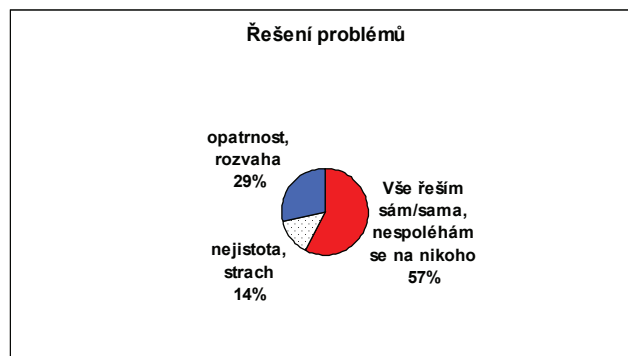
Graf č. 8



Otázka č. 8: Jak se projevila změna ve způsobu řešení Vašich problémů?

Tito klienti začali v 57 % řešit své problémy samostatně, nespolehají se na nikoho, nikomu nevěří. V 29 % si zachovali při řešení svých problémů rozvahu a opatrnost a ve 14 % poctují při řešení svých problémů nejistotu a strach. (graf č. 9)

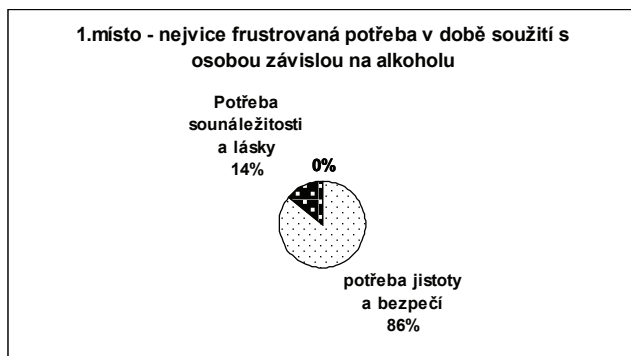
Graf č. 9



Otázka č. 9: Které potřeby v době soužití s osobou závislou na alkoholu byly nejvíce nesaturované a které méně saturované?

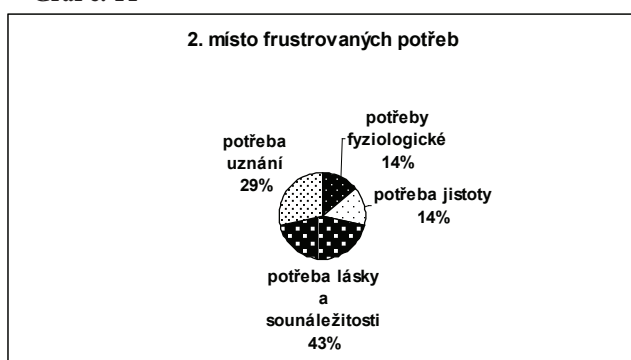
Na prvním místě nejvíce nesaturované potřeby se vyskytla potřeba jistoty a bezpečí 86 % tzn. 6 klientů. (graf č. 10)

Graf č. 10



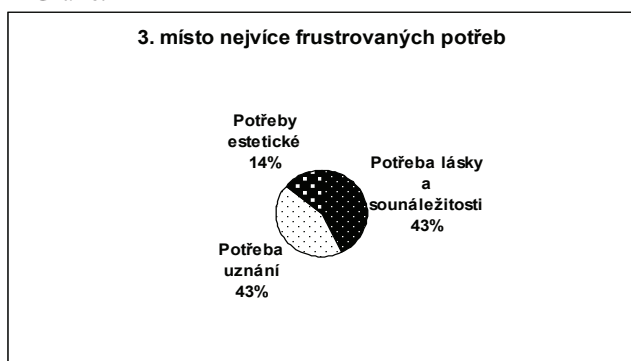
Na druhém místě byla umístěna potřeba lásky a sounáležitosti 43 % tzn. 3 klienti. (graf č. 11)

Graf č. 11



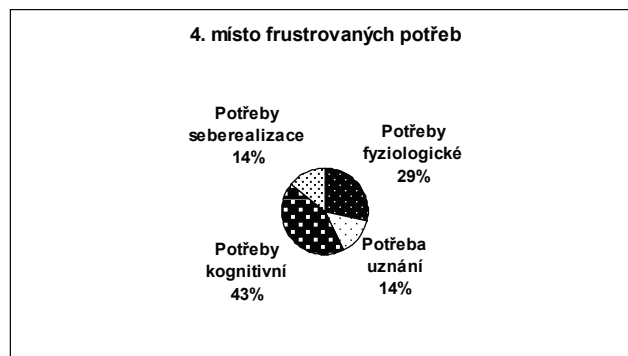
Na třetím místě se umístila potřeba uznání 43 % tzn. 3 klienti a zároveň i potřeba lásky a sounáležitosti 43 % tzn. 3 klienti. (graf č. 12)

Graf č. 12



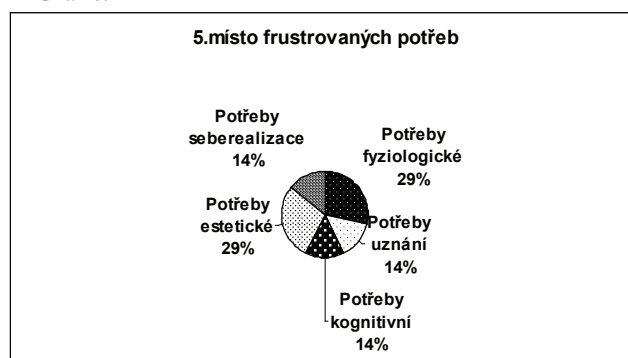
Na čtvrtém místě se vyskytly potřeby kognitivní 43 % tzn. 3 klienti. (graf č. 13)

Graf č. 13



Na pátém místě byly umístěny potřeby fyziologické v 29 % tzn. 2 klienti a potřeby estetické v 29 % tzn. 2 klienti. (graf č. 14)

Graf č. 14



Na šestém místě byla umístěna potřeba kognitivní ve 42 % tzn. 3 klienti. (graf č.15)

Graf č. 15



Na posledním místě, tedy nejvíce saturovaná potřeba byla potřeba seberealizace ve 42 % tzn. 3 klienti. (graf č. 16)

Graf č. 16



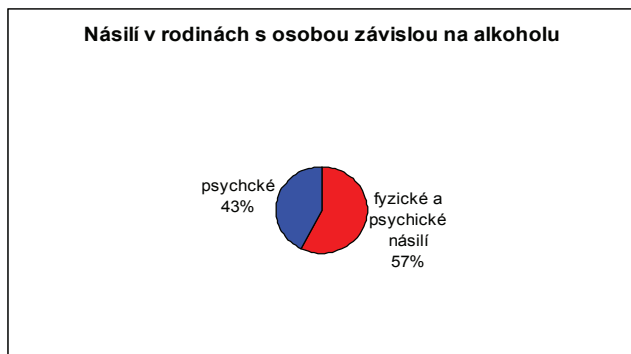
Otázka č. 10: Co se pro Vás změnilo soužitím s osobou závislou na alkoholu v oblasti bio-psycho-sociálních potřeb?

U manželek bylo ve 100 % popsáno neuspokojení potřeby jistoty a bezpečí, lásky a sounáležitosti. Vztah jim vzal kus života prožitý ve stresu. U dětí závislých otců bylo popsáno ve 100 % narušení potřeby lásky a sounáležitosti, jistoty a bezpečí, dále pak ztráta soukromí a přátel. Nyní všichni klienti popisují strach z alkoholu a alkoholických nápojů.

Otázka č. 11: Jaký byl chod Vaší domácnosti? Došlo k násilí?

Chod domácnosti probíhal v nejistotě a stresu ve 100 %. Násilí se vyskytlo opět ve 100 %. Fyzické i psychické násilí pospali 4 klienti tzn. 57 % a násilí psychické pospali 3 klienti tzn. 43 %. (graf č. 17)

Graf č. 17



Otázka č. 12: Jak nyní funguje Vaše rodina? S abstinující osobou, nebo v nové rodině?

V 85 % tzn. 6 klientů došlo k rozpadu rodiny a vytvoření nové s novým otce. Děti závislých otců se staví na vlastní nohy a zřizují si rodiny vlastní. Pouze v jednom případě tzn.14 % je rodina udržována, přestože závislá osoba neabstínuje a to z důvodu malých dětí.

Otázka č. 13: Jak se změnil Váš vztah k dětem / rodičům?

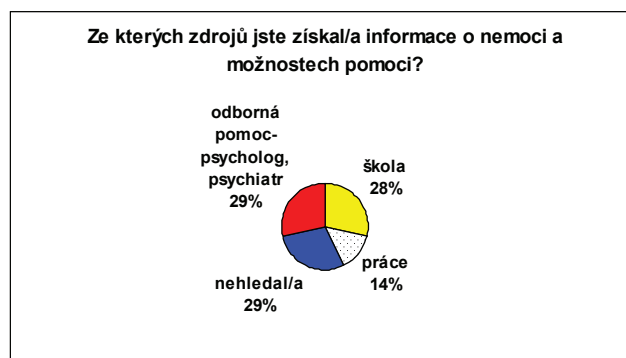
Manželky se ve 100 % snaží být kamarádké pro své děti a mají strach aby se také nastaly závislými na alkoholu. U dětí byly popsány stavy, kdy otce mají rádi jako svého otce u matek pak popisují stavy kamarádké.

Otázka č. 14: Z jakých zdrojů jste získal/a informace, kde máte hledat pomoc?

Dva klienti tzn. 29 % nehledali a ani nevěděli, kde mají pomoc hledat. Dva klienti tzn. 29 % našli odbornou pomoc

u psychologa či psychiatra, dva klienti tzn.29 % získali vědomosti ve škole. Jedna klienta tzn. 14 % pak získala informace v zaměstnání. (graf č. 18)

Graf č. 18



Otázka č. 15: Poskytl Vám někdo pomoc?

V 86 % což je 6 klientů bylo prokázáno, že nikdo s odborníků neposkytl klientům pomoc. Ve 14 % což je 1 klient byla poskytnuta pomoc od psychiatra. (graf č. 19)

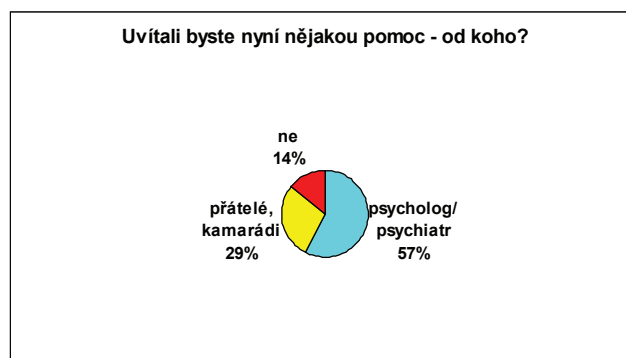
Graf č. 19



Otázka č. 16: Uvítali byste i nyní nějakou pomoc?

Při této otázce odpověděli 4 klienti což znamená 57 %, že by uvítali pomoc od psychologa, psychiatra, dva klienti tzn. 29% by chtěli pomoc od přátel a kamarádů, pouze jeden z klientů tzn.14 % by již nevyžadoval pomoc žádnou. (graf č. 20)

Graf č. 20



Otázka č. 17: Jaký byl Váš nejhorší zážitek s osobou závislou na alkoholu?

Na tuto dobrovolnou otázku odpovědělo 57 % tzn. 4 klienti – jednalo se o stavy fyzického napadení. V 42 % tzn. 3 klienti na tuto otázku neodpověděli z důvodu otrěsných

vzpomínek. (graf č. 21)

Graf č. 21



Tabulka č. 6: Výsledky rozhovoru – manželky a děti

1. Jak dlouho jste žil/a ve společné domácnosti s osobou závislou na alkoholu?	Doba soužití je min. 10 let – max. 21 let
2. Jak dlouho jste spolu žili ve společné domácnosti než se stal osobou závislou na alkoholu?	U dětí se jednalo o otce závislého odjakživa, u manželek pak často s příchodem dětí
3. Jak často Váš partner/otec chodil opilý (denně, nebo kolikrát týdně, měsíčně...)?	Muži chodili domů pod vlivem alkoholu každý týden. Někdy i vícekrát. Vždy ovšem po různých akcích – narozeniny, výplata...
4. Co víte o alkoholismu a jeho léčbě?	Všichni dle svých vlastních zkušeností a svými vlastními slovy definují, z diagnostiky znají příznaky nemoci. Léčbu jen okrajově (léčebna, psychiatrická pomoc, antabus, práce)
5. Jak dlouho trval Váš vztah s osobou závislou na alkoholu než jste se rozhodl/a vztah ukončit?	Vztahy trvaly min. 13 let – max. 19 let. V jednom případě, kdy jde o stav syn a otec vztah stále trvá a v jednom případě manželů vztah trvá kvůli dětem. Poslední tečkou pro ukončení vztahů bylo v nejčastěji zmíněno zklamání, nezájem, hádka, nespolehlivost, dospělost dětí.
6. Jak se změnila Vaše role ve Vaší rodině?	Rodinní příslušníci jsou samostatní, navzájem si v rodině pomáhají, rodina drží při sobě, jsou více vospělí, u žen se zvýrazňuje role matky, u mužů role otce.
7. Jak se změnila role ostatních členů Vaší rodiny?	Členové rodin jsou samostatní, mají stále z něčeho strach, často problémy s partnery, narušený mentální vývoj, soudržnost rodiny, mají často problémy s financemi, děti jsou vospělejší, všichni mají odpor k alkoholu a alkoholikům.
8. Jak se projevila změna ve způsobu řešení Vašich problémů?	Manželky jsou samostatné, rozvážné, nespolehají se na nikoho. Děti mají stále strach, jsou nedůvěřiví, často uzavření, mají větší zodpovědnost. Vidí svoji budoucnost ve své nové rodině bez alkoholu.
9. Které potřeby v době soužití s osobou závislou na alkoholu byly nejvíce nenasycené a které méně nasycené?	Viz. graf č. 10 – 16

10. Co se pro Vás změnilo soužitím s osobou závislou na alkoholu v oblasti bio-psycho-sociálních potřeb?	Nejčastěji soužití s osobou závislou na alkoholu vzalo klientům kus života, koníčky, klidný spánek, celistvost rodiny, soukromí. Dalo jim to naopak strach z alkoholu a osob jej užívající, kruté zkušenosti. Nyní se snaží bavit se koníčky, prací, chtějí více saturovat potřebu lásky, bezpečí, uznání, jistoty, souhlasu.
11. Jaký byl chod Vaší domácnosti? Došlo k násilí?	Celý chod domácnosti byl v nejistotě a strach. Ve všech domácnostech se objevilo psychické i fyzické násilí.
12. Jak nyní funguje Vaše rodina s abstinující osobou, nebo v nové rodině?	Většinou v rodině došlo k rozvodu a rozpadu rodiny. V některých případech vznikla rodina nová, v dnešní době si ovšem každý žije po svém.
13. Jak se změnil Váš vztah k dětmi (u dětí se to týče vztahu k rodičům)?	U dětí se objevují rozdílné názory. Jedná se jednak o odpor a nenávisť k oběma rodičům, nebo dobrý, kamarádský vztah s matkou u syna i s otcem. U manželek je to pak strach o jejich děti a sklonu k alkoholu. Snaží se být pro své děti kamarády.
14. Z jakých zdrojů jste získal/a informace, kde máte hledat pomoc?	Jednalo se především o školu, psychiatricky, a informace ze zaměstnání. Ve třech případech pomoc nehledali.
15. Poskytl Vám někdo odbornou pomoc?	6× ne, 1× ano – psycholog
16. Uvítali byste i teď nějakou pomoc?	Většinou ano – psychologa, psychiatra, kamarádů, přítel/kyně
17. Jaký byl Váš nejhorší zážitek s osobou závislou na alkoholu?	3× nechtěli odpovídat, u ostatních se jednalo o psychické a fyzické násilí.

Tabulka č. 7: Výsledky rozhovorů – děti

1. Jak dlouho jste žil/a ve společné domácnosti s osobou závislou na alkoholu?	10 – 16 let
2. Jak dlouho jste spolu žili ve společné domácnosti než se stal osobou závislou na alkoholu?	Děti většinou odpovídali, že otec pil vždy, odjakživa.
3. Jak často Váš partner/otec chodil opilý (denně, nebo kolikrát týdně, měsíčně...)?	Otec pil často, několikrát týdně, vždy při nějakých akcích, při výplatě.
4. Co víte o alkoholismu a jeho léčbě?	Znají dle zkušeností definici, diagnostiku a léčbu okrajově – vše vlastními slovy.
5. Jak dlouho trval Váš vztah s osobou závislou na alkoholu než jste se rozhodl/a vztah ukončit?	V průměru žili ve společné domácnosti 16 let v případě otce a syna se navštěvují po rozvodu rodičů dodnes. Poslední tečkou byla většinou hádka, nedůvěra, nezájem.
6. Jak se změnila Vaše role ve Vaší rodině?	Tito jedinci rychle vospělí, drží s rodinou, snaží se pomáhat – finančně – samostatnost, přebírání role matky a otce.
7. Jak se změnila role ostatních členů Vaší rodiny?	I ostatní členové museli rychle vospět, osamostatnit se, čerpat rozumě finance. Utrpěli často poškození své psychiky a žijí ve strachu.

8. Jak se projevila změna ve způsobu řešení Vašich problémů?	Jsou rozvázní, snaží se řešit vše sami, budoucnost vidí ve své nové rodině bez alkoholu.
9. Které potřeby v době soužití s osobou závislou na alkoholu byly nejvíce nesaturované a které méně saturované?	Viz. graf č. 10 – 16
10. Co se pro Vás změnilo soužitím s osobou závislou na alkoholu v oblasti bio-psychosociálních potřeb?	Většinou ztratili přátele, soukromí, dostatečný klidný spánek, celistvost rodiny. Přineslo jim to strach z budoucnosti, snaží se o sebe více dbát, potřebují více pocitu jistoty, bezpečí, lásky a být milováni. Snaží se věnovat svým koníčkům.
11. Jaký byl chod Vaší domácnosti? Došlo k násilí?	Chod domácnosti byl v nejistotě, strachu a stresu, a za účasti psychického a fyzického násilí.
12. Jak nyní funguje Vaše rodina s abstinující rodinou, nebo v nové rodině?	Většinou došlo k rozpadu rodiny, každý si žije po svém, hledají svou novou rodinu a zázemí.
13. Jak se změnil Váš vztah k dětmi (u dětí se to týče vztahu k rodičům)?	Otce mají rádi stále jako otce, u syna jde o vztah kamarádský. Vztah k matce je stále stejný, někdy je více kamarádský.
14. Z jakých zdrojů jste získal/a informace, kde máte hledat pomoc?	Ti co měli nějaké informace je získaly ze školy. Zbytek nehledali.
15. Poskytl Vám někdo odbornou pomoc?	Ne
16. Uvítali byste i teď nějakou pomoc?	Ano - kamarádi, přítel/kyně, psychiatr, psycholog
17. Jaký byl Váš nejhorší zážitek s osobou závislou na alkoholu?	2x odpověď ano – fyzické a psychické násilí, 2x odpověď NE.

Tabulka č. 8: Výsledky rozhovorů – manželky

1. Jak dlouho jste žil/a ve společné domácnosti s osobou závislou na alkoholu?	14 – 21 let
2. Jak dlouho jste spolu žili ve společné domácnosti než se stal osobou závislou na alkoholu?	Často začal manžel pít s přícho-dem rodiny a zodpovědnosti.
3. Jak často Váš partner/otec chodil opilý (denně, nebo kolikrát týdně, měsíčně...)?	Několikrát týdně, po různých akcích, výplatě...
4. Co víte o alkoholismu a jeho léčbě?	Definují alkoholismus dle vlastních zkušeností a vlastními slovy. Diagnostiku a léčku znají jen okrajově.
5. Jak dlouho trval Váš vztah s osobou závislou na alkoholu než jste se rozhodl/a vztah ukončit?	V průměru 15 let. V jednom případě vztah trvá a to kvůli dětem. Poslední tečkou bylo zklamání, nedůvěra, dospělost dětí.
6. Jak se změnila Vaše role ve Vaší rodině?	Samostatná a všehoschopná matka.
7. Jak se změnila role ostatních členů Vaší rodiny?	Jsou samostatní, pečují o rodinu a její zázemí, které zbylo, shromažďují finance.
8. Jak se projevila změna ve způsobu řešení Vašich problémů?	Zvykly si vše rozhodovat samostatně a na nikoho se nespolehat.
9. Které potřeby v době soužití s osobou závislou na alkoholu byly nejvíce nesaturované a které méně saturované?	Viz. graf č. 10 – 16

10. Co se pro Vás změnilo soužitím s osobou závislou na alkoholu v oblasti bio-psychosociálních potřeb?	Klientky popisují, že jim toto soužití vzalo kus života ve stresu a bez lásky, lásku. Dalo jim to naopak kruté zkušenosti, strach z alkoholu, potřebují pocit uznání a souhlasu, jistoty.
11. Jaký byl chod Vaší domácnosti? Došlo k násilí?	Domácnost v nejistotě, strachu, fyzickém a psychickém násilí.
12. Jak nyní funguje Vaše rodina s abstinující rodinou, nebo v nové rodině?	Nová rodina, soužití s novým přítelem.
13. Jak se změnil Váš vztah k dětmi (u dětí se to týče vztahu k rodičům)?	Mají strach, aby děti nezačaly pít také, snaží se být kamarádské.
14. Z jakých zdrojů jste získal/a informace, kde máte hledat pomoc?	V práci, u psychiatra.
15. Poskytl Vám někdo odbornou pomoc?	2x ne, 1x psychiatricka
16. Uvítali byste i teď nějakou pomoc?	1x ne, 2x snad psychologa
17. Jaký byl Váš nejhorší zážitek s osobou závislou na alkoholu?	2x ne, 1x fyzické a psychické násilí.

DISKUSE

Při výzkumném šetření tohoto projektu, bylo zjištěno, že postižen alkoholismem není pouze člověk závislý na alkoholu, ale také jeho okolí – rodina. Členové rodin u osob závislých na alkoholu jsou touto chorobou poznamenáni do konce svého života. Proto jak již bylo zmíněno by se měl alkoholismus považovat za „nemoc rodiny“. Viz 7. 2. 2. Podle tohoto modelu nemoci jsou členové rodiny nemocní stejně jako alkoholik. Jejich nemoc je codependence (spoluzávislost) (Cermak, Jaroslav, 1986, str.1). Při analýze výzkumného šetření bylo vyvozeno několik závěrů. V oblasti závislosti osoby, je již známo, že dnes konzumují alkohol všechny věkové kategorie a všechny pohlaví. Stále častěji se můžeme setkat s dětmi které již ve svém ranném věku alkohol požívají. Nejčastější ovšem stále zůstává závislost mužů. Ta přichází zároveň s nástupem problémů, odpovědnosti, starostí. V tomto výzkumu se prokázala závislost na alkoholu u mužů (ve 100 %). Muži začali s konzumací alkoholu po příchodu dětí na svět, nástupem starostí a zodpovědností za rodinu. Takový to otec se stává pro děti špatným vzorem a dítě je nuceno vyrůstat v narušené rodině bez vědomí toho, co je správné (normální) a co není. Často se pak v pozdějším věku taktéž stává osobou závislou. Studie rodin ukazují vysoké procento přenosu závislosti v rodině – jedná se o tzv. psychopatologický přenos (Merikangas, Leckman, Prusoff, Pauls a Weissman, 1985). Výzkum adoptovaných dětí a dvojčat zaznamenává, že přenos závislosti je způsoben i geneticky (Kendler, Heath, Neale, Kessler a Eaves, 1992). Ovšem každé dítě nebo člen rodiny nemusí mít tento problém. Ovšem skoro každé dítě může mít problémy v oblasti bio-psychosociálních potřeb. Tímto výzkumem bylo prokázáno, že nejčastěji a zároveň nejvíce frustrovanou potřebou dle Malsowovy hierarchie potřeb se stala potřeba bezpečí a jistoty. Tito lidé si prožili několik let ve strachu, stresu a napětí, které se stupňovalo den ode dne. Osoby závislé přicházeli pod vlivem alkoholu často i několikrát týdně, dále pak po různých společenských akcích apod. což je jeden z příznaků těžké závislosti. Takto psychicky vysílená rodina, která dennodenně očekávala alkoholika s na-

pětím, v jakém stavu přijde domů a co bude provádět se tedy rázem stala lidmi s vážnými emocionálními problémy. Patří mezi ně především úzkost, deprese, strach atd. Jako první publikoval tyto výsledky sledování těchto stavů napětí a úzkosti Lewis (1937). Dále se touto problematikou zabývali i jiní autoři, kteří publikovali nejen symptomy jako je úzkost a deprese, ale také nejrůznější symptomy psychosomatické. Na základě toho pak začala vznikat spousta modelů, kterými se snažili vysvětlit tato pozorování. Jacksonová (1954) hovořila s ženami, které navštěvovali setkání Al-Anon, a vytvořila model stresu a řešení problémů. Tvrdí, že žít s osobou závislou na alkoholu je stresující a že většina symptomů, které ženy alkoholiků prožívají, jsou obdobné jako u rodin žijících v dlouhodobém stresu, jako je například rodina, kde je někdo chronicky nemocný nebo bojuje ve válce. Tuto studii lze potvrdit i výzkumem, který prováděla Fráňová Jaroslava (2006) v rámci své bakalářské práce na téma „Dysfunkce potřeb u rodičů hospitalizovaných s leukemickým dítětem“. Tento výzkum podepisuje fakta, která byla zjištěna u Jacksonové (1954), že žít s osobou závislou na alkoholu je tak stresující, jako mít osobu chronicky nemocnou. I v této studii o leukemii vyšly totiž výsledky stavu bio-psycho-sociálních potřeb obdobně.

Na prvním místě se také umístila potřeba jistoty a bezpečí. Na druhém místě v souvislosti s frustrací potřeb a prožíváním stresu se umístila potřeba lásky a být milován, opět stejně jako druhá nejvíce frustrovaná potřeba. Výzkum je tedy potvrzen. Na frustraci těchto potřeb si stěžovali nejen manželky závislých manželů, ale také děti závislých otců, kteří nepocitovali naplnění této potřeby v dostatečném množství. Na základě dlouhodobé frustrace těchto potřeb došlo i k ukončování těchto vztahů. Děti zjistily, že otec má raději alkohol než je samotné a nedává jim ten potřebný pocit, že je má někdo rád, uznává jejich práci a záleží mu na nich. Tento fakt však zjišťují až za poměrně dlouhou dobu. U manželek závislých mužů je to poněkud jiné. Tyto jsou si velmi brzo jisty, že sliby a dárky nemají rozumné východisko a tento vztah by měl být ukončen. Prožívají stavy samoty, smutku a deprese. Jsou neuvěřitelně silné a tyto „nesmyslné vztahy“ udržují kvůli dětem. Ukončují ho nejčastěji po vážném ublížení na zdraví či dospělosti dětí. Z toho tedy vyplývá, že velké procento rodin s osobou závislou na alkoholu je rozvedeno. Děti přichází o své soukromí a kamarády, kteří se často posmívají, manželky pak o pohodu, klid, přátele, rodinu. Následně s těmito problémy, které takovéto rodiny prožívají se mění i jednotlivé role členů rodiny. Nejstarší dcery či synové přebírají role svých matek či otců a snaží se je nahradit tím, že dělají věci, které náleží dospělým. Dcery perou, uklízí, starají se o své mladší sourozence, synové pak obstarávají domácnost, brzy odcházejí do zaměstnání, aby pomohly matce s finančními problémy. Všichni se stávají samostatnými a velmi vyspělými s výbavou zkušeností o alkoholu do života. V osobním životě mají velké problémy s tím, co si přináší z dětství. Často se setkáváme s odporem k alkoholu a na druhé straně s dětmi které se stávají též závislými. Popisují problémy s hledáním partnerů, zbavení se pocitu odpovědnosti za to, co je již pasé. Jsou mnohdy uzavřené, méně komunikativní a méně dostupné. Své problémy se snaží řešit samostatně, nejsou na nikom závislé. Často vyžadují pocit být milován, být potřebný. Chtějí pocit bezpečí jistoty, který jim byl dlouhá léta odepírán. Je smutné že velké procento takovýchto lidí si odnáší do života

i zážitky z domácího násilí. V tomto výzkumu bylo prokázáno, že se ve všech rodinách objevily nejrůznější projevy domácího násilí. Ve většině procent se jednalo o násilí psychické, které se projevovalo nejen nejistotou a strachem, ale také křikem hádkami, vydíráním, utrácením financí, vyžadováním pohlavního styku apod. O něco málo méně případů bylo popsáno fyzického násilí, které se projevovalo fyzickým napadáním jak manželky tak děti s následným ublížením na zdraví-odřeny, modřiny, zlomeniny, bezvědomí... Následkem těchto katastrofických zkušeností se změnily i vztahy v rodině, kdy matka je často se svými dětmi jako kamarádka a z otce jde strach a respekt. Je uznáván svými dětmi jako otec, nikoliv však milován jako táta. Smutné ovšem je, že takovýmto rodinám, které jsou opravdu nemocné a pomoc potřebují se této pomoci nedostává. Informace se dozvídají takto nemocní jedinci pouze ze škol, zaměstnání a nikoliv od psychologů, psychiatrů, komunitních sester, školních sester, rodinných lékařů apod. Proto se v mnoha případech v této studii potvrdilo, že tito lidé pokud neměli informace ze školy či zaměstnání ani žádné další informace či pomoc nehledali a snažili se s tímto problémem vyrovnat sami. Dle tohoto výzkumného šetření bylo také zjištěno, že rodinní příslušníci ani netuší, jakou pomoc by mohli vyžadovat a kde hledat informace. V dnešní době, kdy již nežijí ve většině případu s osobou závislou na alkoholu jsou stále touto chorobou poznamenáni. Tyto zážitky, které jim přinesl život se nedají vymazat a působí jim stále problémy. Jak v jejich osobních vztazích, tak i v nich samotných. Pouze malé procento z nich, což byly především manželky by dnes žádnou pomoc nechtěly. Mají své nové partnery a jsou šťastné.

Problém je ovšem u dětí, které podle mého názoru tuto krutou zkušenost snášejí mnohem hůř a jsou velmi poznamenáni nejen tím co se dělo když žili se závislým otcem (stres, strach, úzkost, fyzické a psychické násilí...), ale i rozvodem rodičů, rozpadem rodiny atd. Dnes se cítí špatně a požadovali by alespoň malou pomoc. Nemuselo by se jednat pouze o pomoc odbornou jako je například psycholog, psychiatr, což by bylo nevhodnější, ale mohlo by se jednat i o dobrého partnera, přítele, o kterého by se mohli opřít, svěřit se mu, postěžovat si... Je snad i neuvěřitelné, že v dnešní době, kdy je zdravotnictví a vůbec ošetřovatelství na tak vysoké úrovni, není nikdo schopen těmito lidem aktivně pomoci. Stále se hovoří pouze o osobách závislých na alkoholu a jejich léčbě, léčebnách, ale existuje jen velmi málo a zřídka léčen, ambulancí, poraden pro rodiny, manželky, děti pocházející se závislé rodiny.

Tímto výzkumem bylo dosaženo zvolených cílů.

ZÁVĚR

V průběhu tohoto výzkumného šetření bylo zjištěno mnoho závěrů, které odpovídali předem stanoveným cílům a poukazovali na to, jak rodina závislého člověka je postižena a potřebuje bezesporu odbornou pomoc, stejně jako osoba závislá.

Prvním cílem, bylo zmapovat informovanost členů rodiny žijících s osobou závislou na alkoholu o této nemoci a vlivu na jeho zdraví. Všechny 7 klientů si myslí, že ví o alkoholismu, jeho diagnostice a léčbě dost. Položka 14, z jakých zdrojů získali informace odhalila rezervy u 4 klientů, kterým se nedostalo dost informací ani při školní docházce, ani od odborníků v době aktuálního problému.

Úkolem cíle dva bylo zmapovat vliv alkoholu na chod rodiny. Při plnění tohoto cíle bylo prokázáno u všech 7 klientů narušení chodu domácnosti. Všichni klienti také popsali domácí násilí jak psychické, tak i fyzické a sexuální a samozřejmě každý den ve strachu a nejistotě. U všech 4 dětí se vyskytovaly problémy ve škole, u všech manželek pak v zaměstnání. Položka číslo 5 nám ukázala, že na základě těchto zkušeností 6 ze 7 respondentů ukončilo tento vztah a tak i společnou domácnost.

Třetím cíle bylo zjistit dysfunkční potřeby členů rodiny. V položce číslo 8 a 10 bylo zjištěno u 7 klientů, že jejich bio-psych-sociální potřeby byly těžce narušeny. Nyní to má dopad i na řešení jejich krizových situací a problému. V položce číslo 12 se prokázalo, že 5 klientů se nyní nachází ve fungující nové rodině, ale 2 klienti popisují stav, kdy je jejich rodina v krizi. K řešení položky číslo 9 bylo využito Maslowovy hierarchie potřeb. Zde se prokázalo, že nejvíce frustrovanou potřebou v době soužití s osobou závislou na alkoholu byla potřeba bezpečí a jistoty, za ní následovala potřeba lásky a být milován. Na třetím místě se pak umístila potřeba uznání a sebeúcty dále spánku a odpočinku, uznání, souhlasu atd. Členové rodin byli neustále v emocionálním vypětím. Frustrování v oblasti svých koníčků a zájmů. Docházelo ke ztrátě přátel a soukromí. Prožívali pocit studu a méněcennosti. V položce číslo 17 jsme se dotazovali na nejhorší zážitek s osobou závislou na alkoholu. Na tuto otázku nám bylo zodpovězeno u 3 klientů.

Cílem číslo 4 bylo zjistit možnosti pomoci takovýmito rodinám. V položce číslo 15 se prokázalo, že pouze v 1 případě byla poskytnuta odborná pomoc klientovi s narušeným chodem domácnosti v důsledku alkoholismu. Což ovšem nesaťtuje potřeby klientů, které se zjišťovali v položce 16, kdy 4 klienti by odbornou pomoc vyžadovali.

Dle zákona o nelékařských povoláních jsou registrovány profese jako je například zdravotně sociální pracovník, psycholog ve zdravotnictví, komunitní sestra, psychiatrická sestra apod., kteří mohou takovýmito lidem pomoci. Dále byly také zřízeny sesterské organizace – Al Anon – pro manželky závislých mužů a Alateen- pro dospívající děti v rodině se závislou osobou. U nás v České republice existuje i léčebný program na ženské léčebně v Lojkovicích, který je za měřen pro manželky jednotlivé členy rodiny se závislou osobou. Pro ošetřovatelství ovšem platí, že je v zájmu nás všech, abychom takto postiženým jedincům pomáhali, neboť je to naše povinnost, ale také proto, že takto postižených lidí s vyspělostí této doby stále přibývá a pomoci, která by jim měla být poskytnuta je stále málo. Měli bychom se tedy zaměřit jak na pomoc sociální, tak i psychickou a napomáhat těmto jedincům s řešením jejich problémů ve všech oblastech bio-psych-sociálních potřeb. Bylo by také dobré zvážit udělováním licence registrovaných sester, které by jakožto psychiatrické, či komunitní sestry mohli těmto jedincům pomáhat.

Literatura a prameny

DOENGES, Marilyn E., MOORHOUSE, Mary Frances, Kapesní průvodce zdravotní sestry. 2. vyd. Grada Publishing, 2001. 568s. ISBN 80-247-0242-8
HELLER, Jiří, PECINOVSKÁ, Olga, a kol., Závislost známá neznámá. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1996. 168s. ISBN 80-7169-277-8
FERJENČÍK, Ján, Úvod do metodologie psychologického výzkumu. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 256s. ISBN 80-7178-367-6
KALINA, Kamil, a kol., Drogy a drogové závislosti 1. 1. vyd. Úřad vlády ČR, 2003. 319s. ISBN 80-86734-05-6
KALINA, Kamil, a kol., Drogy a drogové závislosti 2. 1. vyd. Úřad vlády ČR,

2003. 343s. ISBN 80-86734-05-6
KVAPILÍK, Josef, SVOBODOVÁ, Alena, a kol., Člověk a alkohol. vyd. Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1985. 240s.
NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav, Alkohol, drogy a vaše děti. 2. rozšířené vyd. Sportpropag, 1994. 159s.
NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav, Léčba a prevence závislosti. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. 203s. ISBN 80-85121-52-2
ROTGERS, Frederich, a kol., Léčba drogové závislosti. 1. vyd. Grada Publishing, 1999. 264s. ISBN 80-7169-836-9
SAVINOVÁ, Hana, CSÉMY, Ladislav, a kol., Alkohol a úrazy. 1. vyd. Státní zdravotnický ústav, 2002. 82s.
SILVERMAN, David, Jako robí kvalitatívny výskum. Vyd. Vydavateľstvo IKAR, a.s., 2005. 327s. ISBN 80-551-0904-4
SKÁLA, Jaroslav, Alkohol a jiné psychotropní drogy: abúzus a závislost. vyd. Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1986. 92s.
SKÁLA, Jaroslav, a kol., Ochrana společnosti před alkoholismem a jinými toxikomániemi. 1. vyd. Zdravotnické nakladatelství n.p., 1982. 161s. Ed.č. 828503
ŠIMSA, Jan, Alkoholismus pro-proti. Vyd. Český abstinentní svaz, 1950. 183s.
ŽIAKOVÁ, Katarína, a kol., Ošetřovatelství teória a vedecký výskum. vyd. Martin: Osveta, 2003. 319s. ISBN 80-8063-131-x
Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Sbírka zákonů ČR. Praha: Ministerstvo vnitra ČR. 1993-.roč. 2004, částka 30, s. 1452-1479
MLČOCH, Z., Alkoholismus, [online]. Olomouc: LF UP, poslední revize 05.01.2006. [cit. 04-01-04]. Dostupné z: www.psychiatrie.zbynekmlcoch.cz
POPOV, P., Alkoholismus : rodinná nemoc, [online]. Praha, Medi Media 2002, poslední revize 10.04.2006 [cit. 2002-02-09]. Dostupné na www.drogovaporadna.cz
BULÍČEK J., Bezdomovství a závislost, Závěrečná práce [online] CŽV filozofická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě. Ostrava, 2005, poslední revize 10.04.2006 [cit. 2005-01-09]. Dostupné na <http://www.zkola.cz/zkedu/ZaSkolou/Problemovejevy/SpecifickyZivotniStyl/15690.aspx>
PITA D.D., Nezdravá závislost, [online] Karmelitánské nakladatelství Kostelní Vydří 2000 OPATRNÝ. A., Pastorační péče v méně obvyklých situacích, poslední revize 10.04.2006 [cit. 2000-05-04]. Dostupné na http://www.fatym.com/abcd/k/000214/0054_t.htm
Wikipedia, Otevřená encyklopedie, [online] poslední revize 10. 04. 2006, [cit. 2005-31-12]. Dostupné na <http://cs.wikipedia.org/wiki/Alkoholismus>
Společnost anonymních alkoholiků ČR, [online], poslední revize 10.04.2006, [cit. 2005-01-01]. Dostupné na <http://www.sweb.cz/aacesko/oo01.html>
KUDLOVÁ, P. Závěrečné práce. [online]. Olomouc: ÚTPO LF UP, LMS Unifor, poslední revize 1. 2. 2006. [cit. 06-03-18]. Dostupné z: <http://unifor.upol.cz/web/foxisapi.dll/lekariska.login/>
ŠMOLDASOVÁ, J. Přednášky pro Bc. Ošetřovatelství. Olomouc [cit. 05 - 05-20]
FRÁŇOVÁ, J. Dysfunkce potřeb v rodičů hospitalizovaných s leukemickým dítětem. Bakalářská práce 2006, vedoucí práce PhDr. Tomanová Danuška CSc.
GORDON, M. Nursing Diagnoses: Process and Application. 2. vyd. St. Louis: McGraw- Hill, Inc., 1987. 515 s. ISBN 0-070023828-6
GORDON, M. et al. Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2001-2002. Philadelphia: NANDA, 2001- 2002. 256 s. ISBN 09637042.73

SEZNAM ZKRATEK

AA	Anonymní alkoholici
CNS	Centrální nervový systém
ČR	Česká republika
FAS	Fetální alkoholový syndrom
JIP	Jednotka intenzivní péče
KAR	Kardiologicko-anesteziologicko-resuscitační jednotka
KLUS	Klub usilující o střízlivost
LF UP	Lékařská fakulta univerzity Palackého
MALT	Mnichovský alkoholický dotazník
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
NANDA taxonomie	North American Nursing Diagnosis Association
UK	Univerzita Karlova
USA	Spojené státy americké

SEZNAM TABULEK

- Tab. 1 – 7.-etážová diagnostika
 Tab. 2 – Finský dotazník
 Tab. 3 – Výskyt úrazů dle vztahu k vlivu alkoholu
 Tab. 4 – Dopravní nehody pod vlivem alkoholu 1996–2001
 Tab. 5 – Trendy v kontaktu dětí s alkoholem
 Tab. 6 – Výsledky rozhovoru manželky a dětí
 Tab. 7 – Výsledky rozhovorů – děti
 Tab. 8 – Výsledky rozhovorů – manželky

SEZNAM GRAFŮ

- Graf 1 – Doba soužití s osobou závislou na alkoholu
 Graf 2 – Kdy začala osoba závislá na alkoholu požívat alkoholické nápoje
 Graf 3 – Častost stavů opilosti u osoby závislé na alkoholu
 Graf 4 – Znalosti o alkoholismu
 Graf 5 – Doba trvání vztahu s osobou závislou na alkoholu než se jej rozhodli ukončit
 Graf 6 – Příčina ukončení vztahu
 Graf 7 – Změna role v rodině po soužití s osobou závislou na alkoholu
 Graf 8 – Změny rolí u ostatních členů rodiny
 Graf 9 – Řešení problémů
 Graf 10 – 1. místo – nejvíce frustrovaná potřeba v době soužití s osobou závislou na alkoholu
 Graf 11 – 2. místo frustrované potřeby
 Graf 12 – 3. místo nejvíce frustrovaná potřeba
 Graf 13 – 4. místo frustrované potřeby
 Graf 14 – 5. místo frustrované potřeby
 Graf 15 – 6. místo frustrované potřeby
 Graf 16 – 7. místo – nejméně frustrovaná potřeba v době soužití s osobou závislou na alkoholu
 Graf 17 – Násilí v rodinách s osobou závislou na alkoholu
 Graf 18 – Ze kterých zdrojů jste získal/a informace o nemoci a možnostech pomoci?
 Graf 19 – Poskytl Vám někdo pomoc?
 Graf 20 – Uvítali byste nyní nějakou pomoc – od koho?
 Graf 21 – Sdělíte nám Váš nejhorší zážitek s osobou závislou na alkoholu?

SEZNAM PŘÍLOH

- Příl. 1 – Schéma polostandardizovaného rozhovoru
 Příl. 2 – Dotazník pro příbuzné
 Příl. 3 – Maslowova hierarchie potřeb
 Příl. 4 – Ukázka polostandardizovaného rozhovoru
 Příl. 5 – Vyhodnocení rozhovorů

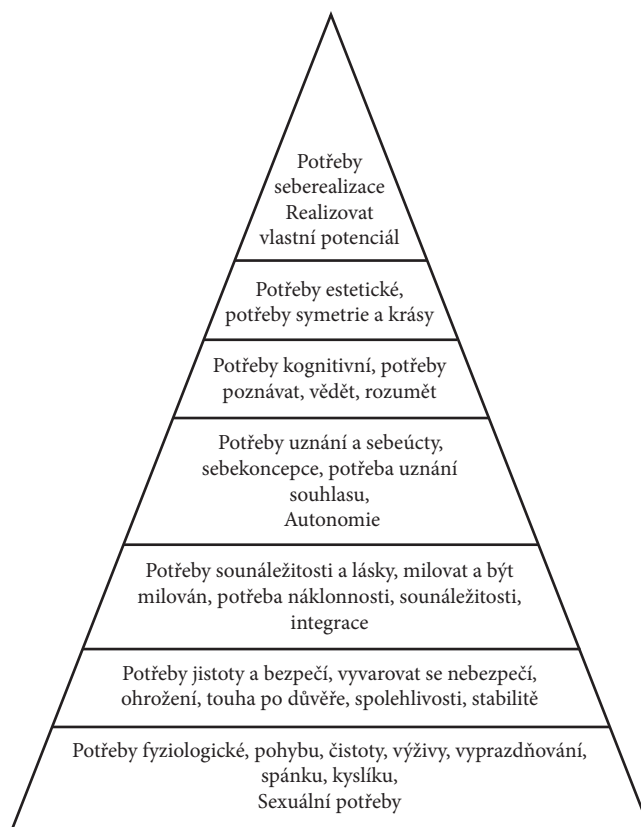
**Příloha č. 1: Schéma polostandardizovaného rozhovoru
 Polostrukturovaný rozhovor – dysfunkční chod rodiny – alkoholismus**

Otázka	odpověď	Vyhodnocení (osobní pocity)
VĚK: pohlaví: věk v době soužití s osobou závislou na alkoholu: vztah k osobě závislé na alkoholu: kdo pil:		
1. Jak dlouho jste žil/a ve společné domácnosti s osobou závislou na alkoholu?		

2. Jak dlouho jste spolu žili ve společné domácnosti, než se stal osobou závislou na alkoholu?		
3. Jak často Váš partner / otec chodil opilý (denně, nebo kolikrát týdně, měsíčně)?		
4. Co víte o alkoholismu a jeho léčbě?		
5. Jak dlouho trval Váš vztah s osobou závislou na alkoholu než jste se rozhodl/a vztah ukončit?		
6. Jak se změnila Vaše role ve Vaší rodině?		
7. Jak se změnila role ostatních členů Vaší rodiny?		
8. Jak se projevila změna ve způsobu řešení Vašich problémů?		
9. Které potřeby v době soužití s osobou závislou na alkoholu byly nejvíce nenasaturované a které méně nasaturované (seřadte potřeby dle Maslowova (1= nejvíce nenasaturovaná potřeba, 7 = méně nasaturovaná potřeba – viz příloha)		
10. Co se pro Vás změnilo soužitím a osobou závislou na alkoholu v oblasti bio-psycho-sociálních potřeb (co Vám to přineslo a co vzalo)?		
11. Jaký byl chod Vaší domácnosti? Došlo k násilí: - fyzické, sexuální - psychické - jiné? (jak často)?		
12. Jak nyní funguje Vaše rodina s abstinující osobou, nebo v nové rodině?		
13. Jak se změnil Váš vztah k dětem? (u dětí se to týče vztahu k rodiči)		
14. Z jakých zdrojů jste získal/a informace, kde máte hledat pomoc?	Nehledal jsem	
15. Poskytl Vám někdo odbornou pomoc?		
16. Uvítali byste i teď nějakou pomoc?		
17. Jaký byl Váš nejhorší zážitek s osobou závislou na alkoholu? (nemusí odpovídat)		

Příloha č. 2: Dotazník pro příbuzné⁸**Dotazník pro příbuzné**

1. Dělá vám starosti pití Vašeho partnera?
Ano/ne
2. Připadali jste si někdy kvůli jeho pití trapně?
Ano/ne
3. Jsou pro Vás kvůli jeho pití svátky spíše starostí než oslavou?
Ano/ne
4. Jsou jeho přátelé většinou těžcí pijáci?
Ano/ne
5. Slibuje často, že s pitím přestane, ale nedaří se mu to?
Ano/ne
6. Vytváří jeho pití doma napětí a úzkost?
Ano/ne
7. Popírá své pití a tvrdí, že pije jenom pivo?
Ano/ne
8. Musíte někdy lhát zaměstnavateli, příbuzným nebo přátelům, abyste zatajili jeho pití ?
Ano/ne
9. Stalo se, že by zapomněl, co během pití dělal (měl okénko)?
Ano/ne
10. Vyhýbá se rozhovorům, který se týká alkoholu a jeho pití?
Ano/ne
11. Svůj problém s pitím omlouvá?
Ano/ne
12. Vyhýbá se společenským příležitostem, kde se nepodává alkohol?
Ano/ne
13. Cítili jste někdy pocit viny kvůli jeho pití?
Ano/ne
14. Řídil někdy motorové vozidlo pod vlivem alkoholu?
Ano/ne
15. Mají z něj děti strach, když je pod vlivem alkoholu?
Ano/ne
16. Máte strach ze slovního nebo fyzického napadání, když je pod vlivem alkoholu?
Ano/ne
17. Zmiňoval se někdy někdo jiný o jeho nezvyklém pití?
Ano/ne
18. Máte strach jezdit s ním autem, když je pod vlivem alkoholu?
Ano/ne
19. Mívá období výčitek svědomí kvůli pití a omlouvá své chování?
Ano/ne
20. Vyvolává u něj i menší množství alkoholu zhruba stejné účinky jako když pil dříve víc?
Ano/ne

Příloha č. 3: Maslowova hierarchie potřeb**Příloha č. 4: Ukázka polostandardizovaného rozhovoru****1. Polostrukturovaný rozhovor – dysfunkční chod rodiny – alkoholismus**

Otázka	odpověď	Vyhodnocení (osobní pocity)
VĚK: 22 pohlaví: Ž věk v době soužití s osobou závislou na alkoholu: 0-16 vztah k osobě závislé na alkoholu: otec kdo pil: otec		
1. Jak dlouho jste žil/a ve společné domácnosti s osobou závislou na alkoholu?	Já jsem žila s mým otcem od narození až po 16 let. Kdy se mi rodiče rozvedli. Pak jsme se pouze krátce navštěvovali, než jsme se s otcem pohádali, což je asi před 3 lety na Vánoce. Od té doby jsem ho neviděla.	
2. Jak dlouho jste spolu žili ve společné domácnosti, než se stal osobou závislou na alkoholu?	Nežili. Otec byl alkoholikem, již v době když se mi rodiče vzali. Po svatbě jsem se narodila.	
3. Jak často Váš partner / otec chodil opilý (denně, nebo kolikrát týdně, měsíčně)?	Zhruba každý pátek, ale vždy po výplatě, nebo nějaké akci.(narozeniny...)	
4. Co víte o alkoholismu a jeho léčbě?	Studovala jsem několik knih. Víím o tom „vše“.	Zdravotní sestra
5. Jak dlouho trval Váš vztah s osobou závislou na alkoholu než jste se rozhodl/a vztah ukončit?	Ve společné domácnosti jsem žila s otcem 16 let. Pak ještě krátce jsme se navštěvovali, ale po 19 letech jsem se rozhodla po nepříjemné hádce a jeho neustálých stavech opilosti vztah ukončit.	

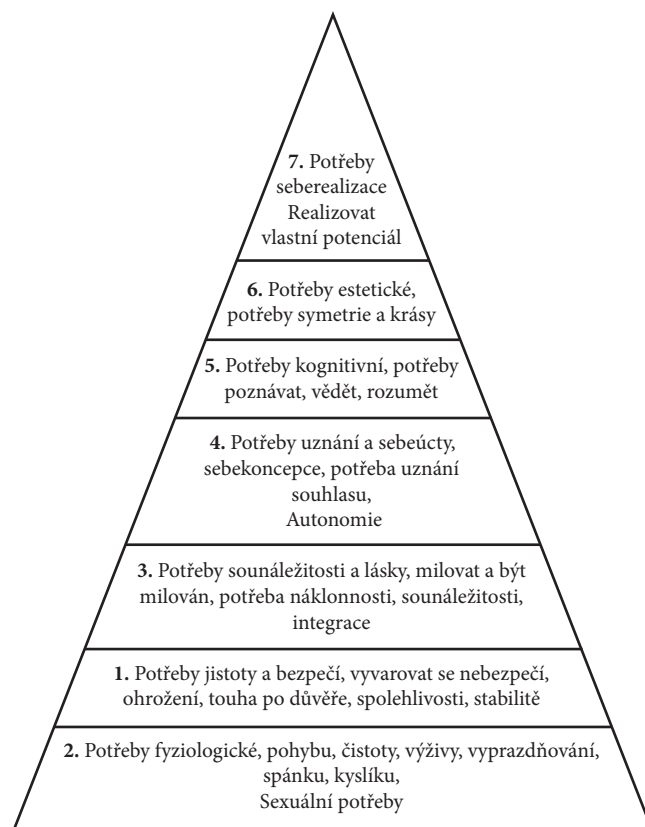
6. Jak se změnila Vaše role ve Vaší rodině?	Protože jsem byla nejstarší, musela jsem pomáhat mámě s domácími pracemi a s mými dvěma sourozenci. Strašně rychle jsem dospěla a všechny práce, co jiným připadají normální po svatbě, jsem bez problémů prováděla v 15 letech. Nyní se starám pořád, i když už nemusím. Mí dospělí sourozenci, nebo můj nastávající manžel mi to pořád vyčítají. Velice to ovlivňuje můj vztah s ním. Stále ho nutím k tomu, abychom měli co nejdříve společnou domácnost, abych mu prala, vařila a strašně mi vadí, když toto dělá moje nastávající tchýně.	
7. Jak se změnila role ostatních členů Vaší rodiny?	Bratr se sestrou se stali mými dětmi. Babička naší druhou matkou a mamka se snažila sehnat peníze, abychom nějak schopně přežili. Dnes má přítele. A bratr se sestrou se ve mně stále vidí jako v matce.	
8. Jak se projevila změna ve způsobu řešení Vašich problémů?	Dříve, když jsem byla velmi malá, tak kolem 8 let, vše řešila mamka, ale tak kolem 15 let jsem chtěla vše řešit se svým přítelem a nesnáším, když se někdo do nás plete. Vidím se v nás dvou jako v rodině.	
9. Které potřeby v době soužití s osobou závislou na alkoholu byly nejvíce nenasycené a které méně nenasycené (seřadte potřeby dle Maslowova (1= nejvíce nenasycená potřeba, 7 = méně nenasycená potřeba – viz příloha)		
10. Co se pro Vás změnilo soužitím a osobou závislou na alkoholu v oblasti bio-psycho-sociálních potřeb (co Vám to přineslo a co vzalo)?	Ztráta přátel a soukromí, strach, úzkost, nedostatek spánku, necítila jsem se bezpečně,... . Přineslo mi to snad jen to, že jsem se chovala brzo dospěle a neměla jsem žádnou pubertu.	
11. Jaký byl chod Vaší domácnosti? Došlo k násilí: - fyzické, sexuální - psychické - jiné? (jak často)?	Já a mí sourozenci jsme chodili do školy. Mamka a otec pracovali v jedné firmě. Asi 1x týdně chodil domů opilý a často nás i mamku bil a nadával nám. Mnohdy jsme také uprostřed noci museli utéct, aby nás nezabil...	

12. Jak nyní funguje Vaše rodina s abstinující osobou, nebo v nové rodině?	Mamka si po rozvodu našla nového přítele, který je o 15 let starší než ona. Já jsem se upnula na mého přítele a trávím s ním veškerý čas. Dalo by se říct, že spolu bydlíme. Trvalou adresu mám ale doma. Letos plánujeme svatbu. Bratr už pracuje a sestra je na nástavbovém studiu. Oba bydlí u babičky, ve stejném domě jako mamka. Otec neplatí, takže máme pouze problém s penězi, ale to se mým nástupem v červenci do zaměstnání změní.	
13. Jak se změnil Váš vztah k dětem? (u dětí se to týče vztahu k rodičům)	Co se týče otce, někdy mě to moc mrzí, ale z toho, když si vzpomenu na to, co vše nám udělal, ho strašně nenávidím. No a mamka začala dělat vše, co chce její přítel a tak jsme se dost odcizili. Dost mě to mrzí, ale nyní si myslím, že když se vdám, bude to lepší a ona si uvědomí, že mě ztratila.	
14. Z jakých zdrojů jste získal/a informace, kde máte hledat pomoc?	Tehdy jsem informace ani pomoc nehledala, jen co nám řekla mamka. Začala jsem se tím zabývat, až jsem začala studovat na zdravotnické škole.	
15. Poskytl Vám někdo odbornou pomoc?	Ne	
16. Uvítali byste i teď nějakou pomoc?	Ano, snad nějakého psychologa, nebo psychiatra, kterému bych se mohla vypovídat a řešit s ním problémy, které mám s partnerem a nastávající tchýní, o kterých vím, že mají původ v mém dětství a otcovým alkoholismu.	
„17. Jaký byl Váš nejhorší zážitek s osobou závislou na alkoholu?“ (nemusí odpovídat)	Bylo to asi tehdy, když mamka s otcem byli na honu. Mamka mu ujela, protože se opil a chtěl ji zabít. Přijela pro nás domů, aby jsme ujely dříve než přijde a něco nám udělá. Nešlo nám ale nastartovat auto, mi jsme byli jen v pyžamu a sandálech a venku byl sníh a -10°C. Museli jsme tak utíkat téměř bosí a jen lehce oblečení do daleka aby nás nenašel. Cestou jak jsme utíkali jsem se stále otáčela a když jsem viděla, že někdo jede skákal jsem do příkopy. Tu noc jsem poprvé dostala menze a bylo mi velmi zle.	

Dotazník pro příbuzné (Karel Nešpor, Ladislav Csémy, Léčba a prevence závislosti, 1996, Psychiatrické centrum Praha)

1. Dělá vám starosti pití Vašeho partnera?
Ano/ne
2. Připadali jste si někdy kvůli jeho pití trapně?
Ano/ne
3. Jsou pro Vás kvůli jeho pití svátky spíše starostí než oslavou?
Ano/ne
4. Jsou jeho přátelé většinou těžcí pijáci?
Ano/ne
5. Slibuje často, že s pitím přestane, ale nedaří se mu to?
Ano/ne
6. Vytváří jeho pití doma napětí a úzkost?
Ano/ne
7. Popírá své pití a tvrdí, že pije jenom pivo?
Ano/ne
8. Musíte někdy lhát zaměstnavateli, příbuzným nebo přátelům, abyste zatajili jeho pití ?
Ano/ne
9. Stalo se, že by zapomněl, co během pití dělal (měl okénko)?
Ano/ne
10. Vyhýbá se rozhovorům, který se týká alkoholu a jeho pití?
Ano/ne
11. Svůj problém s pitím omlouvá?
Ano/ne
12. Vyhýbá se společenským příležitostem, kde se nepodává alkohol?
Ano/ne
13. Cítili jste někdy pocit viny kvůli jeho pití?
Ano/ne
14. Řídil někdy motorové vozidlo pod vlivem alkoholu?
Ano/ne
15. Mají z něj děti strach, když je pod vlivem alkoholu?
Ano/ne
16. Máte strach ze slovního nebo fyzického napadání, když je pod vlivem alkoholu?
Ano/ne
17. Zmiňoval se někdy někdo jiný o jeho nezvyklém pití?
Ano/ne
18. Máte strach jezdit s ním autem, když je pod vlivem alkoholu?
Ano/ne
19. Mívá období výčitek svědomí kvůli pití a omlouvá své chování?
Ano/ne
20. Vyvolává u něj i menší množství alkoholu zhruba stejné účinky jako když pil dříve víc?
Ano/ne

Priority potřeb u klientů Maslowova hierarchie potřeb



Příloha č. 5 Vyhodnocení rozhovorů - souhrn

	1	2	3	5	6	7	11	13	8	10	12	17	4	14	15	16
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0
6	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1

Legenda: Zelená – cíl č.1

Červená – cíl č. 2

Modrá – cíl č. 3

Žlutá – cíl č. 4

Vyhodnocení viz graf č. 1 - 21

Výsledky potřeb

	1	2	3	4	5	6	7
Potřeba seberealizace...	7 místo	4 místo	6 místo	5 místo	7 místo	7 místo	6 místo
Potřeby estetické ...	6 místo	3 místo	5 místo	7 místo	5 místo	6 místo	7 místo
Potřeby kognitivní ...	5 místo	6 místo	4 místo	6 místo	6 místo	4 místo	4 místo
Potřeba uznání ...	4 místo	5 místo	3 místo	2 místo	3 místo	3 místo	2 místo
Potřeba lásky ...	3 místo	2 místo	1 místo	3 místo	2 místo	2 místo	3 místo
Potřeba jistoty ...	1 místo	1 místo	2 místo	1 místo	1 místo	1 místo	1 místo
Potřeby fyziologické ...	2 místo	7 místo	7 místo	4 místo	4 místo	5 místo	5 místo

Legenda : Červená – 1. místo

Modrá – 2. místo

Zelená – 3. místo

Žlutá – 4. místo

Růžová – 5. místo

Hnědá – 6. místo

Bílá – 7. místo

Vyhodnocení viz graf č.10 - 16