

**VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA**

Sociální práce v péči o duševní zdraví

**ZÁVISLOST NA ALKOHOLU U OSOB NA  
MATEŘSKÉ/RODIČOVSKÉ DOVOLENÉ A FORMY  
POMOCI VEDOUcí K ABSTINENCI**

Diplomová práce

Autor práce: Bc. Monika Holková

Vedoucí práce: Mgr. Martina Černá, Ph.D.

Jihlava 2026

# Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Autor práce:	<b>Bc. Monika Holková</b>
Studijní program:	Sociální práce v péči o duševní zdraví
Garant studijního programu:	doc. PhDr. Milan Tomka, PhD.
Název práce:	<b>Závislost na alkoholu u osob na mateřské/rodičovské dovolené a formy pomoci vedoucí k abstinenci</b>
Vedoucí práce:	Mgr. Martina Černá, Ph.D., MBA
Cíl práce:	Cílem práce je zmapovat pomocí polostrukturovaných rozhovorů alkoholovou závislost u mužů a žen na mateřské/rodičovské dovolené a popsat jejich preferované formy pomoci vedoucí k dlouhodobé abstinenci.

## Abstrakt

Diplomová práce se věnuje rozvinutí závislosti na alkoholu u osob na mateřské/rodičovské dovolené a formy zvolené pomoci vedoucí k abstinenci. Cílem práce bylo zmapovat alkoholovou závislost u mužů a žen, která se u nich rozvinula na mateřské či rodičovské dovolené a zjistit, jaké formy pomoci využili, jež jim pomohli k udržení dlouhodobé abstinence. Formy pomoci mohly být formální instituce i neformální podpůrné skupiny dle preference a možností participantů. K realizaci výzkumu byla zvolena kvalitativní metoda výzkumu prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s deseti participanty, kteří splňují předem pevně stanovená kritéria.

## Klíčová slova

Abstinence; Alkoholová závislost; Maladaptivní jednání; Mateřská/rodičovská dovolená

## Abstract

The diploma thesis focuses on the development of alcohol dependence in people on maternity/parental leave and the forms of assistance chosen to achieve abstinence. The aim of the thesis was to map alcohol addiction in men and women who developed it while on maternity or parental leave and to find out what forms of assistance they used to help them maintain abstinence. The forms of assistance could be formal institutions or informal support groups, depending on the preferences and possibilities of the participants. To carry out the research, a qualitative research method was chosen, using semi-structured interviews with ten participants who met pre-defined criteria.

## Keywords

Abstinence; Alcohol addiction; Maladaptive behavior; Maternity/parental leave

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé diplomové práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé diplomové práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své diplomové práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 1. dubna 2026

.....

Podpis studenta/ky

## Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí své diplomové práce, Mgr. Martině Černé, Ph.D., za velice profesionální a laskavý přístup, čas, cenné rady a odborné vedení po celou dobu psaní této práce. Děkuji také všem účastníkům, kteří mi svou odvahou, upřímnou, autentickou a citlivou výpovědí umožnili tuto práci realizovat.

## Obsah

<b>Seznam zkratk</b> .....	<b>7</b>
<b>Úvod</b> .....	<b>8</b>
<b>Teoretická část</b> .....	<b>10</b>
<b>1 Závislost na alkoholu</b> .....	<b>11</b>
1.1 Aktuální stav v České republice .....	12
1.2 Příčiny vzniku alkoholové závislosti .....	13
1.3 Vývojové fáze závislosti na alkoholu.....	14
1.4 Typy závislosti na alkoholu .....	15
1.5 Specifika závislosti na alkoholu u žen a mužů .....	16
<b>2 Maladaptivní mechanismy zvládnání stresu v nové roli matky/otce</b> .....	<b>18</b>
2.1 Zdroje psychické zátěže vedoucí k maladaptivnímu jednání.....	19
2.2 Copingové strategie .....	23
<b>3 Možné formy pomoci závislým na alkoholu</b> .....	<b>26</b>
3.1 Ambulantní léčba.....	26
3.2 Ústavní léčba.....	27
3.3 Svépomocné skupiny .....	28
3.4 Sociální práce se závislými na alkoholu .....	29
<b>4 Praktická část</b> .....	<b>31</b>
4.1 Cíl výzkumu .....	31
4.2 Metodika výzkumu .....	31
4.3 Charakteristika výzkumného vzorku.....	33
4.4 Výsledky výzkumu a jejich interpretace .....	34
4.5 Diskuse.....	54
4.6 Návrhy a doporučení pro praxi .....	57
<b>Závěr</b> .....	<b>59</b>
<b>Seznam použitých zdrojů</b> .....	<b>61</b>
<b>Přílohy</b> .....	<b>68</b>

## Seznam zkratek

AA	Anonymní alkoholici
AT	Alkoholismus a toxikomanie
ČR	Česká republika
DVO	Dílčí výzkumná otázka
HR	Harm reduction
HVO	Hlavní výzkumná otázka
MKN-10/11	Mezinárodní klasifikace nemocí
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
NAUTA	Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu
NZIP	Národní zdravotnický informační portál
OECD	Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj
OSPOD	Orgán sociálně-právní ochrany dětí a mládeže
ÚOCHB	Ústavu organické chemie a biochemie Akademie věd ČR
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
VŠPJ	Vysoká škola Polytechnická
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	Světová zdravotnická organizace

## Úvod

Tato diplomová práce vznikla v rámci studentského projektu Rozvinutí závislosti na alkoholu na mateřské/rodičovské dovolené pod značkou INT/2025/0001.

Česká republika se dle statistik OECD (2024) řadí mezi čtyři země, které poskytují nejdelší rodičovskou dovolenou ve světě. Před naší zemí se řadí už pouze Slovensko, Maďarsko a Finsko. Zároveň se Česká republika dlouhodobě řadí mezi země s nejvyšší spotřebou alkoholu na obyvatele. Dle OECD (2023) spotřeba alkoholu v České republice v roce 2020 dosáhla 11,6 litru čistého alkoholu na osobu starší patnácti let, zatímco průměr OECD byl přibližně 8,6 litrů čistého alkoholu na osobu. Před naší zemí se v konzumaci alkoholu umístilo pouze Lotyšsko a Litva, které měly více než 12 litrů čistého alkoholu na osobu starší patnácti let.

Tyto dva relativně nesourodé údaje ale mohou představovat zvýšené riziko pro rozvoj maladaptivních mechanismů zvládnání stresu při mateřské či rodičovské dovolené – včetně nadměrné konzumace alkoholu. (Raitasalo et al., 2019; Leach et al., 2016)

Pro mnohé rodiny je příchod potomka zcela přirozeným a logickým koloběhem života. Zpravidla pro ženy je prožívání mateřství individuální záležitost, kdy velká část žen prožívá mateřství jako příjemnou životní etapu, a to i navzdory tomu, že péče o dítě je na počátku velice náročná a rutinní práce. Jsou ale i ženy, pro které je mateřství a rodičovství určitou výzvou a popisují jej jako těžké období svého života, kdy přizpůsobit se nové životní roli vyžaduje čas. (Kort, 1981)

Diplomová práce se věnuje rozvinutí závislosti na alkoholu v průběhu mateřské či rodičovské dovolené. S ohledem na skutečnost, že pečující osoba nemusí být výlučně matka, je tato práce zaměřena také na otce, kteří se rozhodli zůstat na rodičovské dovolené ať už z důvodu lépe finančně ohodnocené práce ženy nebo rozhodnutím soudu o svěřeni nezletilého dítěte do společné péče, jakožto stále stoupajícím trendu porozvodové péče o děti v České republice. Motivace k výběru tohoto tématu spočívala v aktuálnosti dané problematiky, ale i ve snaze zlomit dlouhodobě tabuizované téma.

Zájem o tuto problematiku nastal v době studia, kdy jsem se na jednotlivých praxích setkávala s rodinami, kde byla závislost na alkoholu zcela zřejmá alespoň u jednoho z rodičů, ale otevření této problematiky vedla pouze k bagatelizaci celého problému, popírání závažnosti vzniklé situace a strach ze stigmatizace, která tato nemoc obnáší. Především na ženy jsou kladeny vyšší morální nároky společnosti než na muže a kvůli této myšlence jsou stigmatizovány a upadávají v očích širší společnosti v nemilost. To vede ženy k pocitům viny a hanby, která způsobují že velice malé procento nemocných žen vyhledá odbornou pomoc. (Blume et al., 2005)

Teoretická část se zabývá vymezením alkoholové závislosti a aktuálním stavem v České republice, dále budou popsány vývojové fáze závislosti na alkoholu a typy závislosti na alkoholu. Poslední část se zabývá specifiky závislosti na alkoholu, které se objevují u mužů a žen. Další kapitola je zaměřena na maladaptivní mechanismy zvládnání stresu v nové roli matky či otce na mateřské či rodičovské dovolené a popsány zdroje psychické zátěže vedoucí k maladaptivnímu jednání jako jsou stres, frustrace a konflikty. Důležitou podkapitolu této části tvoří copingové strategie zvládnání stresu, kde jsou podrobněji charakterizované copingové strategie u osob závislých na alkoholu. V další kapitole teoretické části budou vymezeny možné formy pomoci při léčbě závislostí. V současné době můžeme v České republice najít pobytové, ambulantní i

svépomocné skupiny. V poslední kapitole budou popsány možné přístupy sociální práce s problematikou závislosti na alkoholu zaměřené především na přístup harm reduction, dále na koncept Recovery a zapojení peer konzultantů do problematiky závislostí.

Praktická část je zaměřená na zmapování cesty od rozvinutí závislosti na alkoholu, přes jedinečné rozhodnutí participantů k formě léčby své závislosti až po strategie udržení dlouhodobé abstinence. Pomocí kvalitativního výzkumu a polostrukturovaných rozhovorů budou zkoumány faktory, které vedly k rozvinutí závislosti. Praktická část následně zkoumá, jak závislost na alkoholu ovlivnila rodinný, partnerský a sociální život osob závislých na alkoholu ale také výběr konkrétní formy pomoci. Následovat bude zkoumání výběru konkrétní formy pomoci, kterou účastníci rozhovoru využili a zda se v rámci své závislosti setkali se sociálními službami. Poslední zkoumanou oblastí bude zmapovat, jak participanté vnímají svou abstinenci a jaké faktory jim pomáhají v udržení dlouhodobé abstinence.

Cílem této diplomové práce je zmapování zcela jedinečné cesty, kterou si participanté zvolili dle svých preferencí ale i možností, které měli v danou chvíli k dispozici a co jim pomáhá při udržení dlouhodobé abstinence. Závěry této práce by měly přispět k lepšímu porozumění zkoumané problematiky a pochopení motivací a impulsů jednotlivých participantů k volbě dané formy pomoci při léčbě své závislosti a udržení dlouhodobé abstinence.

## Teoretická část

Teoretická část, která je v diplomové práci uvedena se opírá o zkoumanou problematiku alkoholové závislosti na mateřské či rodičovské dovolené.

Úvodní kapitola se věnuje vymezení alkoholové závislosti dle MKN-10 a také MKN-11. Dále se zabývá statistickými údaji o stavu konzumace alkoholu v České republice mezi dospělou populací ale i v porovnání ženy vs muži. Další podkapitola se zabývá příčinami vzniku alkoholové závislosti z individuálních i společenských příčin, vývojovým fázím závislosti a typům závislosti dle E. M. Jellineka a specifickými rozdíly v závislosti na alkoholu mezi muži a ženami.

Druhá kapitola se věnuje maladaptivnímu jednání žen/mužů v nové roli jako rodiče. Přestože je tato diplomová práce koncipovaná na matky i otce na mateřské či rodičovské dovolené, v praxi zůstává doma s dětmi stále velmi malé procento otců. Mezi nejčastější důvody této až archaické tradice jsou zpravidla lepší pracovní uplatnění a vyšší příjem otce jakožto živitele rodiny, společenskému přesvědčení, že matka má pečovat o domov a děti nebo neochota otců zůstat na rodičovské dovolené a soustavně a celodenně se starat o malé dítě. Tyto důvody stupňují psychický tlak na matky, které jsou tak nuceny dostát společenským normám a požadavkům okolí.

Poslední kapitola se zabývá formou pomoci, kterou lze závislé osobě na alkoholu poskytnout. Nejčastěji využívané formy pomoci jsou pobytové (ústavní) léčby nebo ambulantní léčba na adiktologii, psychiatrii nebo psychoterapii. Také se u nás stále ve větší míře vyskytují svépomocné skupiny jako je celosvětově známá organizace Anonymních alkoholiků. Dále se do popředí dostávají i podpůrné skupiny na sociálních sítích.

# 1 Závislost na alkoholu

Definice alkoholové závislosti se liší dle autora a dále dle kritérií, které závislost posuzuje, a proto se budu držet Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO) definuje závislost na alkoholu jako: „*Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být přítomen pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí.*“ (ÚZIS ČR, 2024)

V České republice se stále převážně používá MKN-10, ale v roce 2022 byla organizací WHO schválená nová MKN-11. Tato modernizovaná verze se nachází v přechodovém pětiletém období a je postupně překládána a zaváděna prostřednictvím Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (UZIS). Proto bych zde ráda uvedla také definici závislosti na alkoholu, která je již k nalezení pod kódem 6C40.2: „*Závislost na alkoholu je porucha regulace užívání alkoholu vznikající v důsledku opakovaného nebo nepřetržitého užívání alkoholu. Charakteristickým rysem je silné vnitřní puzení k užívání alkoholu, které se projevuje zhoršenou schopností kontrolovat užívání, zvyšující se prioritou užívání před jinými činnostmi a pokračováním v užívání navzdory újmám nebo negativním důsledkům. Tyto prožitky jsou často doprovázeny subjektivním pocitem nutkání nebo touhy po alkoholu. Mohou být také přítomny fyziologické znaky závislosti, včetně tolerance k účinkům alkoholu, abstinčních příznaků po ukončení nebo omezení užívání alkoholu nebo opakovaného užívání alkoholu nebo farmakologicky podobných látek k prevenci nebo zmírnění příznaků z vysazení (abstinčních příznaků). Projevy závislosti jsou obvykle patrné po dobu nejméně 12 měsíců, ale diagnóza může být stanovena, pokud je užívání alkoholu nepřetržité (denně nebo téměř denně) po dobu alespoň 1 měsíce.*“ (ÚZIS ČR, 2025)

Alkohol je jedna z nejvíce užívaných legálních návykových látek na celém světě. Z výše uvedených definic je patrné, že je alkohol společensky tolerovaná droga a může se zdát, že je méně nebezpečnou látkou, než doopravdy vypadá. Konzumace alkoholu je částečně omezená věkovou hranicí 18 let v České republice (nebo 21. rokem například v USA). Jen výjimečně najdeme v některých zemích zákaz alkoholu z důvodu prohibice, víry, či výslovného zákazu požívání alkoholických nápojů ženami na veřejnosti. Užívání alkoholu se zpravidla pojí se společenskými událostmi, kterých se obvykle účastní i děti, a proto to pro další generace není nic neobvyklého. (Nešpor, 2011)

Alkohol je používán především pro své působení na nervovou soustavu. Je interpretován jako příjemný, snadný a rychlý způsob k navození dobrého pocitu, ke snadnějšímu navazování společenských kontaktů, povzbuzení, k zahnání nudy či stresu. Alkohol také může omezit napětí, strach, úzkost a zvyšuje sebedůvěru. Při vysoké konzumaci alkoholu může docházet ke ztrátě zábran a narušení svalové koordinace. Osoba ovlivněná alkoholem může mít subjektivní pocit zvýšené fyzické i psychické výkonnosti, neboť výzkumy prokázaly, že i malá dávka alkoholu způsobuje zpomalení reflexní reakce, pozornost i vnímání. Účinky alkoholu se mohou lišit dle vypitého množství, na fyzickém a psychickém stavu, momentální náladě a dalších faktorech. (Machová a kol., 2009).

Z hlediska sociální práce je závislost na alkoholu chápána jako významný sociální fenomén, který ovlivňuje fungování rodinného, partnerského i komunitního prostředí, a ne pouze jako zdravotní problém jedince. U žen na mateřské či rodičovské dovolené je nezbytné vnímat rozvoj závislosti na alkoholu v kontextu specifické životní situace, která zahrnuje zvýšenou míru odpovědnosti o dítě, změnu sociálních rolí a omezení sociálních kontaktů. Výzkumy ukazují, že ženy často pijí skrytě, v domácím prostředí a s méně viditelnými sociálními důsledky v počátečních fázích závislosti. Ženy na mateřské a rodičovské dovolené interpretují konzumaci alkoholu jako prostředek zvládnání stresu, únavy a emoční zátěže spojenou s péčí o dítě a domácnost. (Plant, 1997)

Závislost na alkoholu se zpravidla vyvíjí mnoho let a z počátku nemusí být uvědomována závislou osobou ani jeho okolím, neboť pravidelná konzumace alkoholu je v České republice obecně přijímána. V případě dlouhodobého užívání alkoholu ve vysokých dávkách postupně vede ke ztrátě kontroly nad konzumací alkoholu a vytvoření závislosti. Specifický je i vznik závislosti na alkoholu u žen – závislost vzniká po užití nižších dávek a v kratším časovém intervalu než u mužů. (Kalina, 2015)

Kalina (2003) také popisuje závislost na alkoholu jako chronické recidivující onemocnění, které postiženého postihuje ve všech důležitých oblastech života. Pokud není závislý na alkoholu adekvátně léčen, jeho stav dále progreduje a může nastat i deprivace s nutností trvalého umístění v psychiatrickém zařízení. V případě adekvátní a kvalitní léčbě dochází k uzdravě.

Mezi diagnostická kritéria závislosti na alkoholu dle Kaliny a kol. (2015) patří:

- silná touha k užívání alkoholu (craving),
- porucha kontroly nad začátkem, množstvím či ukončením konzumace alkoholu,
- rozvoj tolerance, kdy je potřebná vyšší dávka alkoholu k dosažení potřebného účinku,
- výskyt abstinčních příznaků při omezení nebo vysazení alkoholu,
- zanedbávání jiných povinností a zájmů ve prospěch alkoholu,
- pokračování v užívání alkoholu navzdory prokazatelným zdravotním, psychickým či sociálním následkům.

## 1.1 Aktuální stav v České republice

Česká republika patří mezi země s největší průměrnou spotřebou alkoholických nápojů na obyvatele. Roční spotřeba alkoholu je průměrně 10 litrů etanolu na jednoho obyvatele včetně nezletilých dětí a lidí v seniorském věku. Alkohol v České republice denně pije téměř 6-11 % dospělých osob. S rizikovou konzumací alkoholu se potýká 15-19 %, v přepočtu to znamená zhruba 1,3-1,7 milion osob, kteří jsou vážně ohroženi závislostí na alkoholu. Mezi lety 2016–2020 docházelo k nárůstu rizikového užívání alkoholu, ale poslední roky se podíl rizikových uživatelů mírně snížil. Podíl žen a mužů, kteří rizikově užívají alkohol se poprvé po deseti letech téměř vyrovnal. Alkohol rizikově konzumuje 14,5 % mužů a 14,9 % žen. (Chomynová a kol., 2024).

Tolerance k návykovým látkám je v České republice dlouhodobě stabilní, avšak v posledních letech můžeme zaznamenat menší toleranci ke kouření tabákových výrobků i konzumaci alkoholu zejména u pravidelného užívání. Dále zde přetrvávají nízké zdravotní a právní znalosti v oblasti užívání návykových látek a jejich mylná interpretace. Tím nejrozšířenějším je zdravotní prospěch alkoholu na organismus v nízkých dávkách např. „malé pivo je dobré na trávení“.

Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019-2027 (2019).

V rámci genderové perspektivy se v zařízeních zabývajících se problematikou závislostí v ČR častěji setkáváme s muži, který tvoří 2/3 pacientů či uživatelů služeb. Průměrný věk mužů vyhledávající tato zařízení je v průměru okolo 45 let a u žen 46 let. (Chomynová a kol., 2024).

Zajímavé výsledky přinesla i studie Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu 2023 (dále jen NAUTA). Podle této studie konzumovalo alkohol v posledních dvanácti měsících celkem 84,4 % osob ve věku 15+ let (z toho 86 % mužů a 83 % žen). S frekvencí alespoň jednou týdně nebo častěji pilo alkoholické nápoje alespoň jednou či vícekrát týdně 35,7 % dotázaných. Muži pak pijí více piva a destilátů, ženy zase dávají více přednost vínu. Jednou měsíčně pilo nadměrné dávky alkoholu více než 50 % mužů a více než 41 % žen. Česká republika podle těchto dat je nad evropským průměrem v konzumaci alkoholu. Časté pití, které zahrnují nadměrné dávky alkoholu alespoň jednou či vícekrát do týdne uvedlo v roce 2023 celkem 10-13 % populace ve věku 15+, z toho bylo 21 % a 3-7 % žen. (Csémy et al., 2024).

Počet úmrtí spjatých s nadměrnou konzumací alkoholu v České republice dosahuje okolo 6 až 7 tisíc za rok. Největší počet z celkového počtu úmrtí zapříčiněnou nadměrnou konzumací alkoholu je ve starších věkových skupinách. Nejvyšší alkoholová zátěž je ale věkové skupině od 35 do 44 let, zde v důsledku nadměrné konzumace alkoholu umírá okolo 26 % mužů a 17 % žen.

V roce 2022 dle VZP podstoupilo léčbu závislosti na alkoholu téměř 27 000 pojištěnců a výdaje na tuto léčbu činily přes 836 milionu korun. (VZP, 2023)

Mezi důležité statistické údaje spjaté s alkoholem je i abstinence. Do kategorie celoživotních abstinentů patří pouze 3 % populace ve věku 15+ let (2,6 % mužů a 3,3 % žen). Jako hlavní důvody pro abstinenci uvádějí zdravý životní styl. Abstinenci za posledních 12 kalendářních měsíců uvedlo 12,6 %, mezi hlavní důvody své abstinence uvádějí zdravotní důvody (11,4 % mužů a 13,7 % žen). Motivace a důvody k abstinenci jsou u těchto dvou skupin abstinentů zcela odlišné. Přibližně pro desetinu abstinujících byly hlavním důvodem problémy s alkoholem u blízké osoby.

## 1.2 Příčiny vzniku alkoholové závislosti

Vznik alkoholové závislosti může mít mnoho příčin. Může se jednat o traumatické události, úmrtí blízké osoby, pocity osamělosti nebo dědičné predispozice. Určité predispozice může přenášet i zanedbaná či narušená výchova z dětství, kdy nadměrné pití biologických rodičů přirozeně podporuje závislost i u jejich dětí. Dále může zahrnovat špatný výběr přátel nebo špatné pracovní prostředí, které vytváří stres. (Ühlinger, 2009)

Nešpor (2011) uvádí enviromentální, intrapsychické a genetické vlivy jako komplexní směs pro rozvinutí alkoholové závislosti. Výzkumy ukazují že nelze jedince léčit jako individuální osobu bez dalších interakcí s prostředím. Je nutné pracovat také s jeho rodinou, přáteli a širším okolím.

Teorie závislosti se dělí na genetickou, sociologickou a psychologickou. Na genetickou teorii se dnes už nahlíží jako na překonanou, a to z důvodu nepotvrzeného tvrzení o existenci dědičného závislého genu. Přesto neurovědy přichází s různými poznatky o fungování centrální nervové soustavy a neurotransmiterů lze jistou dědičnost dokázat. (Nešpor, 2018)

I Vágnerová (2008) popisuje, že za rozvojem alkoholové závislosti stojí řada faktorů, které se vzájemně prolínají. Obecně lze konstatovat, že jedinci, kteří jsou v životě nejistí, nejsou schopni efektivně čelit svým problémům a častěji se dostávají do stresu mají větší sklon k alkoholismu. Tyto příčiny lze chápat jako psychické neboli vnitřní příčiny vzniku závislosti. U jedince tak vzniká potřeba pomocí alkoholu uniknout ze stresové či problémové situace nebo naopak prostřednictvím alkoholu získat pozitivní pocit či uspokojení. Tyto faktory jsou typické u matek a otců na mateřské či rodičovské dovolené, kdy je jejich psychická rovnováha narušená vlivem nové životní role, společenským tlakům, zodpovědností, vyčerpaností a péčí o rodinu a domácnost.

Mezi psychické příčiny můžeme zahrnout například traumatické zážitky z dětství, nedostatečná výchova, špatný duševní stav (ve smyslu deprese, úzkosti), těžké životní situace, problematrické těhotenství matky dítěte (ohroženo syndromem FAS). (Skála, 1988)

Vágnerová (2008) dále hovoří o sociálních neboli vnějších faktorech, kdy především ve větších městech je poměrně snadná dosažitelnost a dostupnost různých obchodů a barů. Také velká města nabízejí větší anonymitu a je zde těžší kontrola počátečního závislostního jednání ze strany okolí.

Mezi společenské příčiny spadá například nedostatečná připravenost jedinců pro využití volného času, nevhodná forma trávení volného času, absence hlubšího smyslu života, sblíživí účinek alkoholu. (Skála, 1998)

Mikitová (2005) v souvislosti s příčinami vzniku závislosti na alkoholu u žen uvádí velké pracovní vytížení partnera, který pak vytváří tlak na ženu. Tato zátěž se může týkat výhradním obstaráváním domácnosti, zodpovědnosti za výchovu dětí nebo také tlakem partnera na reprezentativní vzhled ženy. Tyto faktory mohou mít za následek špatné psychické rozpoložení a pocity nenaplnění svých vlastních potřeb. Stejně pocity jako ženy kariérně úspěšných mužů mohou mít i matky na mateřské či rodičovské dovolené, a to z důvodů pocitů samoty, opuštění, ztráty smyslu života a každodenní rutinní péče o dítě a domácnost. I tyto ženy pak mají větší pravděpodobnost, že sáhnou po sklence s alkoholem.

### 1.3 Vývojové fáze závislosti na alkoholu

Od E. M. Jellineka využíváme 4 vývojové fáze závislosti na alkoholu:

Počáteční stádium (prealkoholické)

- Jedinec se seznamuje s účinky alkoholu, která mu poskytuje pocity uvolnění a dobré nálady. Postupně navyšuje dávky a zkracuje přestávky mezi jednotlivým pitím alkoholu, aby těchto pocitů dosáhl. Alkohol je v této fázi pomocníkem k dobré náladě a zatím ho nijak negativně neovlivňuje. (Skála, 1988)
- Jedinec si také uvědomuje odlišnost svého pití a že mu alkohol přináší úlevu od všech starostí. (Fišer, Škoda, 2014)

Varovné stádium (prodromální)

- Tolerance i spotřeba alkoholu stoupá. Stále častěji dochází u jedince ke stavu opilosti a také se mění návyky ke konzumaci alkoholu směrem k silnějším druhům. (Skála, 1988)

- Jednotlivec se za své pití začíná stydět, začnou se u něho objevovat „okénka“ (palimpsesty), prožívá výčitky. Toto stádium odpovídá škodlivému užívání alkoholu. (Fišer, Škoda, 2014)

#### Rozhodné stádium (kruciální)

- Tolerance na alkoholu stále stoupá a v důsledku časté a silné opilosti narůstají konflikty. Palimpsesty se objevují zpravidla při každé konzumaci a nad pitím chybí jakákoliv kontrola. Jedinec je přesvědčený, že může s alkoholem kdykoliv přestat, ale ve skutečnosti potřebuje alkohol konzumovat denně. Jedinec začne vyhledávat společnost lidí, kteří také pijí a problémy s alkoholem mu nevyčítají. V této vývojové fázi dochází ke změně osobnostních vlastností jedince, mění se jeho hodnoty a preference a oplošťují se jeho dosavadní zájmy. V této fázi se také rozpadají interpersonální vztahy. (Fišer, Škoda, 2014)

#### Terminální stádium (konečné)

- Tolerance na alkoholu se začíná postupně snižovat a jedinec se velice rychle opije. Zároveň už nedokáže bez konzumace alkoholu vydržet, a tak pije nepřetržitě (začíná už prvními ranními doušky). Začínají se objevovat somatické i psychické obtíže, je narušená interakce s okolím natolik, že jedinec si mezi lidmi nevybírá a je s každým, kdo je s ním ochotný pít. Stavby bezmoci sílí, dotýčný si uvědomuje svoji neschopnost zvládnout závislost. Potíže se objevují s alkoholem i bez něj. U jedince postupně dochází k fyzickému i psychickému chátrání. Taktéž dochází k sociálnímu úpadku, který se nazývá debaklem. Při debaklu není jedinec schopný fungovat s alkoholem ani bez něj. (Fišer, Škoda, 2014)

## 1.4 Typy závislosti na alkoholu

V roce 1960 uvedl psychiatr E. M. Jellinek typy závislosti na alkoholu. Těchto pět typů je pojmenováno podle prvních písmen řecké abecedy alfa, beta, gama delta a epsilon.

Typ alfa – do tohoto typu lze řadit i ženy na mateřské či rodičovské dovolené, neboť se objevuje převážně u lidí, kteří prožívají psychickou zátěž. Alkohol zde může suplovat maladaptivní strategii zvládnání stresu. Ta může být způsobená nadměrným stresem, problémy v partnerském vztahu či vnitřním konfliktem. Po odeznění psychické zátěže zpravidla odezní i abúzus. Většinou u tohoto typu nedochází k progresi a dalšímu rozvoji závislosti. (Řehan, 2007)

Typ beta – jedinec nadměrně konzumuje alkohol, ale není pravidelným konzumentem. U tohoto typu dochází k tělesným komplikacím jako je například zánět nervů, gastritida nebo cirhóze jater. Do tohoto typu spadají příležitostní, víkendový a společenští pijáci. (Göhlert, Kühn, 2001)

Typ gama – charakteristickým znakem u tohoto typu je ztráta kontroly. U jedince vznikla psychická závislost na alkoholu, ze které později vzniká i fyzická závislost. Jedinec je ale ještě schopný abstinence v řádu týdnů i měsíců. Postupně se abstinenci přestávky zkracují. Dalším charakteristickým znakem je zvýšení tolerance, na jehož základě se neustále zvyšuje množství nápojů. V důsledku pravidelné a mohutné otravy se u jedince vyskytují změny v osobnosti a úbytkem až ztrátou intelektuálních výkonů, který je typický pro tento typ závislosti. (Göhlert, Kühn, 2001)

Typ delta – tento typ dle Řehana (2007) nejčastěji vyskytuje u žen na mateřské či rodičovské dovolené a spočívá v samotářském pití. U tohoto typu je typické, že zde není ztráta kontroly nad konzumací, ale zároveň jedinec nedokáže abstinovat. Ze začátku může být závislost skrytá, neboť jedinec není nikdy opilý ale ani střízlivý.

Typ epsilon – definuje Kalina (2015) jako epizodický či „kvartální pijáctví“. Kdy jedinec určitý časový úsek nekontrolovatelně pije a následně dokáže dlouhé období abstinovat. Tato varianta závislosti je spíše výjimečná. Řehan (2007) doplňuje, že stav abúzu může trvat i několik týdnů a jedinec zde zanedbává všechny své povinnosti. Racionální myšlení v tomto okamžiku odpadá ve prospěch alkoholu.

Heller a Pecinová (2011) dělí závislost na alkoholu na symptomatickou, systemickou a juvenilní:

- symptomatická závislost je stanovená strukturou osobnosti či psychickými odchylkami nebo chorobou. Závislost je především psychická a někdy je nazývána jako „alkoholická toxikomanie“. Typickým znakem je pití o samotě a dávkovat alkohol dle potřeby získání či odstranění psychického stavu. Vývoj této závislosti se pohybuje zpravidla v řádu pěti let a je typický pro ženy.
- Systemická závislost je zapříčiněna společensko-sociálními faktory, kdy stereotypní náhled na konzumaci alkoholu vede k pijáckému chování. Tento typ závislosti je typický pro muže.
- Juvenilní závislost je spojena s etnickými, genetickými či konstitučními faktory, kdy jedinec začne alkohol konzumovat již v dětství nebo mladém věku. Závislost se zde rychle rozvíjí ale velmi často spontánně ustává. V současnosti je tento typ závislosti ojedinělý.

## 1.5 Specifika závislosti na alkoholu u žen a mužů

Rozdíly v konzumaci alkoholu spočívají ve skutečnosti, že ženy jsou při stejné dávce alkoholu intoxikovány mnohem více nežli muži. První výrazný rozdíl je v aktivitě enzymu alkoholdehydrogenázy v žaludeční tkáni, který rozkládá alkohol, než se dostane do krevního oběhu a u žen je až čtyřikrát méně aktivní než u mužů. Dalším výrazným rozdílem je poměr vody a tuku v těle ženy. Ženy mají vyšší procento tuku a nižší podíl vody v těle než muži, a protože se alkohol rozpouští ve vodě, dochází tak u žen k vyšší koncentraci alkoholu v krvi než u mužů. (Wilsnack et al., 2002).

Nešpor (2006) také zmiňuje nižší tělesnou váhu a menší játra u žen, která způsobuje, že alkohol u žen začíná působit dříve a v daleko větší míře než u mužů. U žen se zdravotní důsledky objevují dříve fyzické i psychické, které mají s alkoholismem přímou souvislost.

Ženy a muži se liší i důvody, které za rozvinutím závislosti stojí. Nadměrná konzumace alkoholu u žen je často spojená se složitými životními situacemi a také s výskytem depresí či úzkostí. Alkoholovou závislost může vyvolat i odchod partnera či dětí nebo ženy, které žijí s osobou závislou na alkoholu. (Semová et al., 2013)

Ženy začínají pít déle než muži a je často spojeno se stresovou situací. (Blume et al., 2005). Vobořil (2003) dodává, že ženy jsou mnohem častěji týrané fyzicky, psychicky i sexuálně, i to může být spouštěčem alkoholové závislosti. Zároveň mohou čelit kritice ze strany společnosti,

což je vede k utajenému pití o samotě. K oběma pohlavím společnost připisuje jisté stereotypy a opilá žena na ulici je pro mnohé nepředstavitelná.

Ve prospěch žen hovoří silná fixace na děti, partnery, vnoučata, rodiče a rodinu obecně. Tato skutečnost je pro ženy hnacím motorem, která jim napomáhá při abstinenci a celkové motivaci při řešení problému závislosti na alkoholu. Také se daleko méně dostávají do konfliktu se zákonem nežli muži. Dle Nešpora (2018) si nechtějí ještě více komplikovat život. Dále jsou mnohem ochotnější nežli muži k využití psychoterapie a vyhledávání jiných alternativních činností včetně sportu či relaxačních technik. Velká motivace žen k absolvování léčby pramení z touhy po zdraví a rodině. Současně se mohou potýkat s většími problémy při vyhledávání odborné pomoci například s nezajištěnou péčí o děti. Další velkou výhodou žen je jejich snazší odpoutání od škodlivé společnosti, která ovlivnila nebo zapříčinila závislostní jednání. Hosek (1998) dodává, že pokud je žena závislá na alkoholu a má zároveň nezletilé děti a rodinu, je zde velká pravděpodobnost destrukce rodiny. To se v případě mužů v porovnání s ženami tak často nestává.

U žen je velmi zásadní včasná diagnostika a následná důsledná léčba, jelikož neléčená nebo nedostatečně léčená závislost u žen má mnohonásobně závažnější důsledky nežli u mužů. Zároveň včasná a kvalitní léčba s sebou nese kvalitnější a trvalejší výsledky než léčba u mužů. (Heller, Pecinovská 1996)

I v průběhu léčby se projevují odlišnosti mezi ženami a muži. Jedná se například o:

- ženy na počátku léčby daleko méně spolupracují nežli muži,
- v průběhu léčby si lépe vytvoří náhled na nutnost abstinence více žen než mužů,
- po překonání počáteční neochoty spolupracovat se ženy více zapojují do individuálních forem psychoterapie,
- ženy po dokončení léčby jsou více schopné a ochotné investovat své úsilí do doléčovacích programů, aby předešly relapsům a dokázaly soustavně abstinovat. (Heller, Pecinovská 2011)

## 2 Maladaptivní mechanismy zvládání stresu v nové roli matky/otce

V roce 2023 bylo na rodičovské dovolené 267,3 tisíc obyvatel ČR. Z tohoto počtu bylo 262,3 tisíc žen a 5 tisíc mužů. (Ministerstvo práce a sociálních věcí 2025). Tyto údaje ukazují, že ačkoliv mají muži možnost být na rodičovské dovolené, v praxi se tak příliš neděje. Dle dat ministerstva práce a sociálních věcí, tvoří otcové pouze zlomek příjemců rodičovského příspěvku.

S vědomím, že většina žen nemůže finančně konkurovat svým partnerům, musí se zdržet svých ambicí kariérně růst a vyrovnat se se skutečností, že několik příštích let obětují své domácnosti a péči o děti. Ve výzkumu Rodiče 2005, který zkoumal dodržování zásad antidiskriminace žen při přijímacím pohovoru potvrdil, že téměř 52 % dotazovaných žen se setkalo s otázkami ohledně reprodukčních plánů do budoucna. Také rozdíly v odměňování žen a mužů v ČR 2018 zahrnují výpovědi respondentek, které zažily nátlak ze strany zaměstnavatelů ohledně přerušení zaměstnání kvůli mateřské či rodičovské dovolené. Dále respondentky zmiňovaly podmínky zaměstnavatelů, aby nezůstávaly opakovaně doma v případě nemoci dětí. Naproti tomuto se 80 % otců s těmito otázkami při přijímacím pohovoru nikdy nesetkalo. (Křížková, 2009; Křížková 2018). Z těchto dat vyplývá, jaký tlak především na ženy je v současné v současné době vyvíjen.

O maladaptivním chování mluvíme v případě, kdy osobu postihne psychosomatická choroba, při které nenachází dostatečné životní uspokojení, dále není schopný vyhovět požadavkům společnosti nebo nedokáže sladit své požadavky s požadavky ostatních, které jsou na něj kladeny. (Smékal, 2009)

Narození dítěte patří mezi nejkrásnější okamžiky v životě rodičů. Zároveň tím začíná jedno z nejvíce náročných období. Nová životní role a celková změna fungování v životě rodičů může velmi silně ovlivnit duševní zdraví pečujících osob. Změny v mateřství mohou být negativní i pozitivní. V knize Psychologie rodiny Sobotková (2012) popsala oběti rodičovství, mezi které řadí:

- a) finanční znevýhodnění,
- b) pozastavení kariéry matky,
- c) omezení osobní svobody, kterým je myšlena nepřetržitá péče o dítě zejména v raném věku dítěte a změna životního stylu,
- d) změnu v partnerském vztahu (uvádí až 50 % párů),
- e) nevratnost rozhodnutí,
- f) obavu z nenaplnění role dobré matky (role otce).

V dnešní době je na ženy malých dětí vyvíjen obrovský a nepřiměřený tlak společnosti. Před změnou životní role na matku mělo mnoho žen kariéru, z té může pramenit sociální izolace spojená s mateřstvím, kdy žena touží být opětovně zařazena do společnosti a pracovního procesu, ze které byla v důsledku svého mateřství vyloučena. Čím dál častěji se snaží ženy zabezpečit finanční situaci rodiny a zároveň být dítěti dobrou matkou. Nelze ale vždy u obou těchto rolí uspět na sto procent, a tak se mohou dostavit pocity viny spojenými s enormní psychickou i fyzickou zátěží. (Šedová, 2003).

Další provedené výzkumy ve světě i u nás naznačují, že:

- Delší období izolace od společenského i pracovního života v podobě dlouhé rodičovské dovolené může vést k omezení sociálních kontaktů, absenci profesní identity a vyššímu pocitu osamělosti. To zvyšuje potenciaální riziko užívání alkoholu jako formy „úniku“ z reality nebo „odměny“. Tato Finská studie zjistila, že matky, které jsou dlouhou dobu mimo pracovní trh se zvyšuje pravděpodobnost epizod rizikového pití. Toto riziko ještě stoupá, pokud je v kombinaci s nízkým sociálním statutem a absencí partnerské podpory. (Raitasalo et al., 2019; Leach et al., 2016)
- Zpravidla ženy v období mateřství zažívají častěji stres, stavy vyčerpání a tlaky společnosti spojené s obrazem ideální matky. Alkohol pak často využívají k potlačení úzkostných stavů nebo k relaxaci. „Wine mom culture“ je fenomén popsáný z USA a Kanady. (Emslie et al., 2015)
- Australský výzkum potvrdil, že ženy v období 6-24 měsíců po porodu častěji konzumují alkohol jako copingový mechanismus při vnímaném stresu. (Wilson et al., 2017)
- Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti v České republice uvádějí, že 10-15 % žen ve věku 25-40 let rizikově pije. Z toho významná část této skupiny jsou ženy na mateřské či rodičovské dovolené nebo ženy, které jsou krátce po návratu z rodičovské dovolené do práce. (Mravčík et al., 2019)

Nadměrná konzumace alkoholu představuje jeden z nejčastějších maladaptivních způsobů zvládnání stresu u žen v období mateřské či rodičovské dovolené. Zatímco mírné pití alkoholu může být v mnoha zemích společensky tolerováno, jeho užívání jako prostředku k emocionální regulaci, úniku či odměně představuje riziko pro duševní zdraví. (Khantzian, 1997; Emslie et al., 2015)

## 2.1 Zdroje psychické zátěže vedoucí k maladaptivnímu jednání

V důsledku nové životní role matky/otce může vzniknout na rodiče velká psychická zátěž. Štikar (2003, s. 73) definuje psychickou zátěž následovně *„Zátěž je proces psychického zpracování a vyrovnávání se s požadavky a vlivy životního a pracovního prostředí, přičemž prostředím se rozumí vše, co člověka obklopuje včetně společenských vazeb, událostí a požadavků na chování.“*

Obvykle se od sebe odděluje psychická a fyzická zátěž, ale oddělit je od sebe zcela nelze. Psychická zátěž obsahuje faktory fyzikální, biologické i psychosociální. Zátěží je myšleno: prožitek, reakce nebo podnět. Dále rozlišujeme tři druhy zátěže: sensorická zátěž, mentální zátěž a emoční zátěž. Tyto zátěžové situace mohou být odpovědné za vznik mnoha psychických obtíží. (Štikar, 2003)

### 2.1.1 Stres

Praško (2006) definuje stres jako zvláštní formou psychické zátěže, kdy dochází ke kolizi mezi požadavky a vlastnostmi jedince. Při této kolizi organismus mobilizuje své rezervní zdroje k zachování homeostázy a zabránění poškození nebo smrti organismu. Paulík (2017) dodává, že je zásadní, aby obecný výklad stresu obsahoval všechny nároky, které život klade na člověka a zároveň aby se na tyto nároky nahlíželo z bio-psycho-socio-spirituálně-ekologické perspektivy, neboť je nezbytné nacházet spojitost mezi organismem a jeho okolím, který se promítá do zmiňovaných složek.

V případě, že dlouhodobě dochází k nesouladu mezi požadavky života a psychickými schopnostmi jednotlivcem, vede stres k různým odchylkám od normálního průběhu psychických funkcí a reakce vedou k různým formám maladaptivního jednání. Také může přispívat k vážným zdravotním problémům. (Mlčák, 2005)

V současné době rozdělujeme stres na takzvaný eustres (pozitivní stres) a distres (negativní stres). Eustres doprovází nějaká příjemná událost (svatba, oslava nebo úspěšně zvládnutá zkouška) Distres je naopak negativní typ stresu, jenž je ve společnosti považovaný za nežádoucí (Baštěcká et al., 2015).

Stres může být vyvolán mnoha vnějšími i vnitřními faktory. Selye (1982) in Urbanovská (2010) dělí faktory na fyzikální (alkohol, nikotin, mikroby, těhotenství aj.) a emocionální (úzkost, strach, obavy, zloba aj.)

Akutní reakce na stres se dle Urbanovské (2012) projevuje ve fyziologické, psychické i behaviorální rovině. Mezi fyziologické reakce je zahrnuté zrychlené dýchání, zvýšená citlivost k podnětům a zvýšené pocení. Zatímco reakce psychická je velice jedinečnou schopností, kterou má každý jedinec naučenou nebo má vrozené předpoklady pro vyrovnání se s ní. (Praško, 2006).

Lidská psychika může na stres reagovat různými způsoby:

- úzkostí (strach z neurčitého),
- vztekem a agresí (neadekvátní reakce na stres),
- depresí (pocit beznaděje),
- apatií (odevzdání se a stáhnutí se do sebe),
- oslabením kognitivních funkcí (ztížením nebo znemožněním racionálního myšlení),
- uvědoměním si zátěže a následná aktivizace obranných mechanismů, aby byla zajištěna mentální stabilita. (Vágnerová, 2008)

Vágnerová (2008) dále zmiňuje behaviorální reakce na stres jako jsou útok, únik a obrana.

- Útokem se rozumí aktivní způsob boje s nepříjemnou situací. Útok může být veden proti druhé osobě jakožto protivníka či na sebe. Také může být veden verbálně prostřednictvím nadávek, zvyšováním hlasu, křikem nebo fyzickým útokem.
- Únikem se rozumí pasivní forma reakce na stres, kdy vzniklé problémy dotyčná osoba neumí nebo nechce aktivně řešit. Zejména v rodinných vztazích je tento typ reakce poměrně častý.
- Obranné reakce se objevují v různých obměnách a každý člověk má „tu svoji“ obrannou reakci, kterou nejčastěji využívá. Mezi běžné obranné mechanismy patří:
  - a) Popření (negace) – snaha o ignoraci problému případně popření celé jeho existence nebo popření řešení problému.
  - b) Potlačení (represe) – traumatizující či znepokojivé vzpomínky z minulosti, které jsou odstraněny z mysli.
  - c) Racionalizace – jedná se o dodatečnou rozumově a logicky vytvořenou argumentaci, aby se nepřijatelné myšlenky nebo činy jevíly jako společensky akceptovatelnější.
  - d) Regrese – jedná se o nevědomou obrannou reakci, která spočívá v návratu do dřívějšího vývojového stupně. Vede od nezávislého jedince k závislému a hledání autority, která by převzala řešení problému.

- e) Identifikace – jedinec napodobuje jinou osobu s velkou prestiží (chování, hodnoty, názory). Tím stoupá jeho ego, ale klesá jeho rozlišovací schopnost, což může vést k asociální činnosti.
- f) Substituce – volba náhradního řešení v případě, že se nám nepodaří naplnit očekávaný cíl. Pokud je náhradní volba úspěšná, alespoň částečně může vykompenzovat neuspokojivý pocit z předešlého selhání.
- g) Sublimace – Převedení společensky nepřijatelných pudových motivů jedince do společensky přijatelné podoby.
- h) Projekce – nevědomé připisování nežádoucích charakteristik, myšlenek či tendencí druhé osobě.
- i) Intelektualizace – stresová situace je převedena do úvahy v důsledku toho je možné od ní získat emoční odstup.

Stres vyvolávají faktory, které nazýváme „stresory“. Jde o velice silné podněty, které pronikají z vnějšího prostředí. Tyto podněty mohou být biologické, chemické, fyzikální, sociální, psychologické a jiné. Může se jednat například o nedostatek času, pocit osamělosti, nedostatek prostoru k realizaci apod. (Ulrichová, 2012)

Praško a Prašková (2004) uvádějí nejčastější každodenní stresory na čtyři následné kategorie:

- stresory vztahové,
- stresory pracovní a výkonové,
- stresory v souvislosti s životním stylem,
- handicap a nemoci.

Vztahové stresory ve vztahu k rodičovské dovolené jako spouštěčům lze nejčastěji pokládat například problémy spojené s výchovou dítěte, narození potomka a vliv takových událostí na celou rodinu. Dále to mohou být mezigenerační neshody, sexuální nesoulad mezi partnery, rozvod, rozchod nebo jejich hrozba nebo neshody v partnerském vztahu.

Stresory pracovní a výkonové ve vztahu k rodičovské dovolené mohou být například nízké příjmy rodiny, problémy splácet své závazky nebo dluhy.

Stresory v souvislosti se životním stylem, který lze vztáhnout na rodičovskou dovolenou mohou být neuspokojivé bydlení, izolovanost rodiny, absence přátel a společenských vztahů, nedostatek vhodných aktivit, které lze s malým dítětem vykonávat nebo absence koníčků.

Stresory ve vztahu k handicapům a nemocem se vztahuje zhoršování fyzického či psychického stavu rodičů. Řadíme sem i závislosti na alkoholu, drogách, lécích nebo gamblingu.

### 2.1.2 Frustrace

Frustrace je dle Vágnerové (2008) stav, kdy je člověku znemožněno uspokojit aktuální potřebu, která je zcela individuální a je v dané chvíli důležitá pouze pro dotyčnou osobu. Dotyčná osoba vnímá neuspokojenou potřebu jako pocit jakési ztráty a z toho plynoucí zklamání. Pokud není možné překonat překážku vlastními úsilím, může jedinec volit substituční kroky, které nahradí zklamání – ovšem ne vždy vedou tyto kroky k uspokojení a nemusí být reálné. Při přetrvávající frustraci může být vyvolán pasivní způsob obrany, kdy už jedinec nevolí žádné substituční kroky k uspokojení a nic si nepřejde, aby předešel případnému zklamání.

Jedno z možných dělení frustrací je dle Švancara (2003) na primární a sekundární. Za primární frustraci považuje absenci uspokojení, které by jedince uklidnilo. Sekundární frustrace jsou míněny překážky, které jedinec nedokáže odstranit a docílit tak požadované uspokojení potřeby.

Dalším rozdělením frustrace se zabývá Štěpaník (2008) jako na neovlivnitelné a frustrace vzniklé následky našich rozhodnutí. Člověk nedokáže ovlivnit, zda se narodí zdravý či nemocný nebo zda bude vyrůstat ve funkční a zabezpečené rodině. Může, ale rozhodnout na jaké škole bude studovat a jaké povolání bude vyvolávat. Dále může dělit frustraci jako sociální a materiální. Sociální frustrace vychází z překážek, která jednotlivci brání v dosažení žádoucího postavení ve společnosti. Materiální frustrace se pojí s neuspokojenými potřebami v oblasti materiálních nebo finančních prostředků.

Velmi podstatné je si uvědomit, že frustrace je přirozená součást procesu při dosažení vytyčených cílů a může nás naučit vytrvalosti a adaptabilitě na různé situace. Čím větší je touha nebo cíl, tím větší frustrace nastává, pokud se plnění nedaří. Jako další může být problém s oslabením ba dokonce ztrátou motivace, pokud se opakovaně nedaří dosáhnout vytyčeného úspěchu. Frustrace může být zapříčiněna různými faktory: neúspěchem, nespravedlností nebo ztrátou kontroly nad situací. Na druhou stranu frustrace může být i hnacím motorem (motivátorem) k dosažení cíle, protože klíčem k překonání frustrace je naučit se ji zvládat a využít negativních emocí v pozitivní akci. (Švancara, 2003)

Frustrační tolerance dle Nakonečného (2004) je schopnost jedince čelit frustraci a vyrovnat se s ní. Důležité je, jakou má daný jedinec míru této tolerance. Pokud je frustrační tolerance vysoká značí schopnost zvládat a vyrovnat se s frustrací, aniž by jedinec ztratil nad svým emocemi nebo chováním kontrolu. Lidé, kteří mají vyšší míru frustrační tolerance dokážou zůstat asertivní a sebejistí, i když čelí problémům a neúspěchům. Jedinci s nízkou frustrační tolerancí naopak jednájí unáhleně a neadekvátně v případech potíží či neúspěchu. Jeronismus (2017) doplňuje, že u jedinců s nízkou frustrační tolerancí se častěji projevuje podrážděnost, závislosti na různých látkách nebo jiných osobách či pasivita. V krajních případech může být nízká frustrační tolerance spojena s poruchami kontroly impulzů, která je charakterizována neschopností odolat nutkání k provedení škodlivé či nebezpečné činnosti, jako je například nekontrolovatelné přejídání, kompulzivní nakupování nebo sebepoškozování.

### 2.1.3 Konflikty

Kopecká (2011) uvádí, že konfliktem se rozumí střet či srážka dvou nebo více protichůdných sil, motivů, tendencí, zájmů, rolí, pocitů anebo hodnot. Konflikt nemusí být vždy nutně negativní událost, neboť nám pomáhá vyvíjet se a růst. Konflikt je zdroj změn, který brání ustrnutí a podněcuje lidskou činnost k řešení problému. Emoce s tím spojené můžou působit negativně, ale současně může napětí i redukovat. S konflikty se typicky můžeme setkat ve vztazích, rodinách nebo skupinách, jehož základem je rozdíl mezi jedinci.

Konflikt patří do průběhu života každého jedince a opakovaně jim čelí. Stává se subjektivně významným až v momentě, když trvá příliš dlouho, je pro jedince skutečně závažný nebo ovlivňuje důležitou oblast a jedinec není schopen jej adekvátně řešit. Dle psychopatologické perspektivy jsou významné vnitřní konflikty, které se odehrávají vědomě a představují pro jedince střet dvou vzájemně neslučitelných a silných tendencí. Zpravidla se jedná o rozpor mezi vědomou povinností a touhou po okamžitém uspokojení. Konflikty, stres a frustrace patří mezi

každodenní součástí života a narušují pocit klidu a pohody ale nejsou závažnými zdroji psychické zátěže. Stávají se jimi až při nahromadění nebo subjektivnímu prožívání jako závažného problému. (Vágnerová, 2008)

Dále můžeme zažívat i vnější konflikt neboli interpersonální, což znamená spory více lidí. To může znamenat konflikt mezi dvěma lidmi, mezi jedincem a skupinou lidí nebo mezi skupinami. Obecně se jedná o generační, ideologické či politické konflikty. (Štěpaník, 2008)

Příčiny konfliktů mohou být například nepřiměřené požadavky společnosti na jedince nebo rozdílné názory či překážky, kterým se nebylo možné vyhnout. Pokud už konflikt nastane, je důležité dodržovat určitá pravidla a hranice sporu tak, aby to vedlo k jeho trvalému a uspokojivému řešení. Pravidla pro efektivní řešení konfliktu zahrnují posouzení konkrétní situace a jednotlivých aktérů a jejich motivací, vyjadřovat své názory podepřenými adekvátními argumenty a zároveň zachovat empatii a naslouchat argumentům druhé strany. Ne vždy se dá spor vyřešit, neboť je konflikt postavený na nesmiřitelných názorech, která ani jedna ze stran nebude akceptovat. Pak je spor zbytečný a nejlepším řešením je ho ukončit. (Štěpaník, 2008)

## 2.2 Copingové strategie

Tato podkapitola se zabývá copingem – v češtině se objevuje pod různými názvy jako je například zvládací strategie, strategie zvládnání stresu apod. Já v této diplomové práci budu užívat označení „coping“ jakožto původní anglický pojem. Americký psycholog Richard Lazarus (1966) definoval coping jako neustále se měnící kognitivní a behaviorální úsilí zvládnout externí či interní požadavky, které jedinec vyhodnotil jako zdroj nadměrného úsilí, který přesahuje jeho zdroje.

Coping je tedy záměrná a cílevědomá strategie kterou člověk běžně využívá ke zvládnání stresu. Tyto strategie můžeme rozdělit na dvě hlavní kategorie. (Atkinson, 2012)

- První copingová strategie dle Lazaruse a Folkmana (1984) je zaměřená na řešení problému praktickými kroky (problem-focused coping). Jde o aktivní zvládnání stresu, kdy se jedinec soustředí na dosažení požadovaného cíle, plánuje jednotlivé aktivity a možnosti řešení. Touto aktivní strategií si také osvojuje nové znalosti a dovednosti. Toto zvládnání dominuje v momentě, kdy jedinec cítí, že může udělat konstruktivní krok. (Carver, Scheier & Weintraub, 1989)
- Druhá strategie dle Atkinsona (2012) se zaměřuje na vyrovnávání se s emocionálním projevem stresu (emotion-focused coping). Jedinec se zde snaží regulovat emocionální prožitek stresu a může k tomu volit behaviorální nebo kognitivní strategie. Behaviorální strategií je může být například fyzická aktivita, nadměrné pití alkoholu nebo hledání podpory u rodiny a přátel. Mezi kognitivní strategie se řadí například dočasné odsunutí problému z vědomí a tím zmírnění stresové situace. Zvládnání zaměřené na emoce je spojené se snižováním emocionálního tlaku. Aplikuje se, když je stresor potřeba překonat a vydržet. (Carver, Scheier & Weintraub, 1989)

Z provedených studií je patrné rozdílné jednání dle pohlaví, kdy se u mužů více vyskytuje zvládnání zaměřené na problém a vykazují větší úsilí změnit stresovou situaci. Zatímco ženy se více zaměřují na emocionální zvládnání stresu. Z dat vyplývá, že zvládnání zaměřené na emoce mají nižší účinnost a je spojené s vyšší mírou výskytu duševního onemocnění v porovnání se strategií zaměřenou na problém. (Hobfoll, Dunahoo, Ben-Porath & Monnier, 1994).

Copingové strategie se dále mohou rozlišovat dle vynaložené energie při zpracovávání stresu na aktivní a pasivní. Aktivní copingovou strategií se rozumí určitá kontrola, zvládnání a měnění stresové situace, což stojí jedince poměrně dost úsilí, ale zároveň snižuje negativní dopady na duševní zdraví. (Frankham, Richardson, & Maguire, 2020) Zatímco pasivní copingovou strategií se rozumí odpojení jedince od stresové situace jejím vyhýbáním. Jedinec není schopný zahájit aktivní přístup k řešení stresové situace, které by mu pomohlo situaci vyřešit. (Paulík, 2017)

Teoreticky se dá na coping nahlížet více způsoby. Mezi ty hlavní patří situační, dispoziční a interakční přístup. Situační přístup se zaměřuje na vliv celkové situace, která je příčinou našeho jednání. V kontextu jednoho konkrétního typu situace si jedinec vybírá vyhovující copingové strategie. Dispoziční přístup definuje zvládnání jako jistou predispozici, která je stabilní a umožňuje nám na stres reagovat určitým ustáleným způsobem. Jedinec si volí preferované copingové strategie bez ohledu na situaci nebo stresový podnět a každý má své preferované copingové strategie, které opakovaně volí k řešení stresové situace. Posledním je interakční přístup, který klade důraz na interakci situace a osobnosti daného jedince. Chování jedince je výsledkem vzájemných interakcí, které zahrnují specifické dispozice jedince a kontext konkrétní situace. (Slaměník, 2001)

### 2.2.1 Copingové strategie u osob závislých na alkoholu

Jak z textu výše vyplývá, nadměrná konzumace alkoholu patří k jedné z možných maladaptivních strategií. Alkohol je pro mnohé brán jako únik nebo vyhýbání se nepříjemným emocím, kterým jedinec už dále nechce čelit. U jedinců, kteří pijí nadměrné množství alkoholu se můžeme setkat s přesvědčením o jeho kladných vlastnostech, díky kterým je konzumace alkoholu podpořena a brána jako aktivní strategie zvládnání. (Britton, 2004)

Provedené studie dokazují, že lidé závislí na alkoholu tíhnou více k vyhýbavým copingovým strategiím. Například vědci v Michiganu zkoumali dopaminový systém v souvislosti se závislostním jednáním. Závěrem tohoto výzkumu bylo, že dopamin zprostředkovává touhu a ne potěšení, jak bylo v minulosti interpretováno. Výzkum ukázal, že touhu po návykové látce se často spouští prostřednictvím podnětů spojených s odměnou, který zprostředkovává dopaminový systém. Síla nutkání závisí jak na hodnotě odměny, tak na aktuálním stavu mozkových struktur souvisejících s dopaminem. Do tohoto procesu navíc stupují další faktory, jako jsou například emoce, stres či intoxikace. To může vysvětlovat výraznou vazbu mezi stresem a rozvojem či udržováním závislosti. Někteří odborníci zdůrazňují, že v jádru závislosti stojí spíše bažení než samotný prožitek slasti. Motivy lidského jednání tak do určité míry řídí dopaminový systém odměny, který podporuje touhu po užití látky. (Berridge & Robinson, 2016).

Zajímavý je i výzkum Procházký, Mahrové a Laštovica (2014) kteří ve své studii zkoumají Alexithymii, což je porucha ve zpracovávání a vyjadřování emocí. Ta se většinou projevuje obtížným vymezením vlastních pocitů a jejich verbálním popisem. Tito lidé bývají limitováni v tom, jak vnímají a označují své emoce a nejsou schopni převádět emoční prožitky do vědomé roviny. Provedené výzkumy opakovaně ukazují, že alexithymnie se objevuje u 45–67% osob se syndromem závislosti. Ve vztahu mezi alexithymii a závislostí na alkoholu se často vychází z předpokladu, že tito lidé se ve společnosti druhých necítí dostatečně komfortně, a proto mohou alkohol používat jako způsob zvládnání stresu. Ve svém výzkumu se zaměřují na alexithymii, copingové strategie a osobnostních stylů u závislých jedinců. Ve svém výzkumu

pracovali s 55 respondenty z nichž bylo 14 žen. Ze závěru výzkumu lze vyvodit, že alexithymie může být významnou součástí syndromu závislosti a koreluje s negativními strategiemi zvládnání stresu.

Prostřednictvím těchto výzkumů jsem chtěla ukázat, že problematika závislosti je komplexní záležitostí a můžeme na ni nahlížet z mnoha úhlů. Při využívání copingových strategií mohou hrát roli osobnostní dispozice jedince i samotný mozek a jeho motivační systémy. Těchto faktorů existuje samozřejmě více, ale pro potřeby diplomové práce jsem zvolila tyto dva konkrétní výzkumy, na kterých se dá demonstrovat a vysvětlit zkoumaná problematika.

### 3 Možné formy pomoci závislým na alkoholu

Alkoholová závislost, jak jsem již výše popsala, je vážné a progresivní onemocnění, které se obtížně léčí a pokud není léčba úspěšná, může skončit i předčasným úmrtím. Za těchto okolností leží velké břímě především na rodině závislého, aby jej přesvědčili k nutnosti a naléhavosti léčby. Na léčbu přichází jedinec na základě svého dobrovolného rozhodnutí. Jediný nedobrovolný způsob léčby může nařídít soud, a to z důvodu spáchání trestného činu. (Heller a Pecinová, 2011)

Léčebný postup vychází z dosaženého rozvoje alkoholové závislosti. Každý, kdo vnímá, že by mohl mít problém s alkoholem, upřednostňuje jiný způsob léčby. (Ühlinger et al., 2009) Konkrétně osoby, které vychovávají nezletilé děti a nemají možnost pravidelně docházet do ambulancí či dokonce podstoupit ústavní léčbu volí neformální formy pomoci. Zde se můžeme setkat především s využitím sociálních sítí a podpůrných skupin po telefonu nebo na internetových poradnách.

Podle Národního zdravotnického informačního portálu (dále jen NZIP) má každé zařízení stanovená jiná pravidla pro vstup do léčby. Obecně se ale požaduje, aby konkrétní zájemce o léčbu kontaktoval a inicioval první konzultaci sám, kde se domluví na podobě dalšího postupu. Objednání rodinnými příslušníky není zpravidla tolerováno z důvodů prokázání potřebného zájmu a motivace o léčbu. (NZIP)

#### 3.1 Ambulantní léčba

Ambulantní léčba většinou představuje první krok při řešení alkoholové závislosti. Léčba je prováděna v zařízeních zdravotnického či nezdravotnického charakteru. (Kalina, 2008) Ambulantní program je tvořený především psychoterapií, farmakoterapií, získáváním informací, osvětou a socioterapií. (Profous, 2013). Než dojde k samotné hospitalizaci pacienta v některém ze specializovaného zařízení, měla by mu být nabídnutá ambulantní léčba. (Ühlinger et al., 2009)

Výhody ambulantní léčby spočívají především s nenarušením běžného života. Pacient tak není vytržen z rodinného ani pracovního prostředí a o samotné léčbě nemusí vědět jeho širší okolí. (Nešpor, 2006) Přesto Profous (2013) dodává, že ambulantní léčba je mnohdy považována za náročnější variantu léčby. Pacient je vystaven rizikovému prostředí na rozdíl od ústavní léčby, také zde neprobíhá tak intenzivní terapie a je velké riziko nedostupnosti ambulantní léčby v místě bydliště a tím spojené dojíždění.

I ambulantní léčba vyžaduje pravidelný lékařský dohled, a to především v počátcích abstinence. Organismus pacienta může na vysazení alkoholu reagovat prudkými změnami a abstinenciími příznaky, které je nutné řešit farmakoterapií. Tato léčba probíhá primárně v psychiatrických ambulancích a AT ordinacích, které se specializují na léčbu závislosti. (Nešpor, 2006)

AT ordinace jsou zdravotnická zařízení, jejichž cílovou skupinou jsou osoby experimentující s návykovými látkami, problémových uživatelů nebo osobám závislým. Písmena AT označují alkoholismus a toxikomanii. (Matoušek, 2008)

Ambulantní služby i AT poradny jsou určeny pro osoby, jejichž zdravotní stav aktuálně nevyžaduje hospitalizaci ve specializovaném prostředí. Klíčové pro přijetí k léčbě je osobní motivace a naplnění znaků rizikového či škodlivého užívání návykové látky. Důležité jsou i osoby blízké závislého jedince, které taktéž patří do cílové skupiny těchto ambulantních služeb. (Alkoholpodkontrolou.cz, 2025).

Při ambulantní léčbě pacienti mají možnost využití Antabusu nebo Tetradinu, až po důkladném vyšetření psychiatrem. Tyto léky v kombinaci s alkoholem vyvolávají silné a nepříjemné reakce, které odrážejí od další konzumace alkoholu. Výzkumy ukazují, že roční užívání Antabusu nebo Tetradinu významně zvyšují šance pro dlouhodobou abstinenci. Je zde ale povinnost docházet do ambulance dvakrát týdně pro aplikaci léků, tak aby bylo pokryto i období víkendu. (Profous, 2013)

Cílem této léčby je dlouhodobá abstinence a změna životního stylu pacienta. (Kalina, 2008) Rovněž slouží jako podpora, rozvíjí v pacientovi schopnosti při zvládnutí abstinence a vytváří potřebné psychické a fyzické znalosti. Pacient, který se rozhodne využít ambulantní léčbu by měl být schopný dodržet abstinovat alespoň šest měsíců. (Heller a Pecinová, 2011)

### 3.2 Ústavní léčba

Ústavní léčba nastupuje ve chvíli, kdy selžou jiné alternativní možnosti léčby. Pacient ztratí možnost vlastními silami zvládnout stavy po odnětí alkoholu nebo se opakovaně vrací ke konzumaci alkoholu bez ohledu na zdraví. (Nešpor, Csémy, 1996).

Mezi výhody této léčby patří bezpečné prostředí a neustálá specializovaná lékařská pomoc, která je nepřetržitě během hospitalizace k dispozici. Také je zde omezen kontakt s vnějším „rizikovým“ prostředím, a tudíž znamená méně podnětů vedoucích k recidivě. Mezi nevýhody lze zařadit vyloučení pacienta ze svého zaměstnání během léčby a větší finanční náročnost. Ústavní léčbu umožňují pouze psychiatrické léčebny a psychiatrická oddělení některých nemocnic. Délka hospitalizace trvá zpravidla 3-6 měsíců. (Kalina, 2003) Při výčtu výhod a nevýhod ústavní léčby Skála (1957) dodává, že výhody ústavní léčby stále převažují nad nevýhodami, a to z důvodu zajištění abstinence během léčby, možností nácviku nezávadného jednání a intenzivní psychoterapie.

Ústavní léčba nabízí komplexní léčebný program, kde je podstatou strukturovaná léčba a režim. Léčba je rozdělena do několika fází, které jsou rozlišeny intenzitou intervence. Léčebný program nabízí vyváženou podobu psychoterapeutických, volnočasových i pracovních aktivit, které se v průběhu týdne střídají. Běžnou součástí léčebného režimu ve většině zařízení je bodovací systém, na jehož základě se hodnotí pacientovo dodržování léčebných procedur a stanoveného léčebného programu. Důležitou součástí léčebného režimu jsou i vycházky (propustky), během kterých dochází k interakci s původním prostředím. (Kalina, 2003)

Cílovou skupinou pro ústavní léčbu jsou problémoví uživatelé návykových látek od věku 15 let. Do tohoto typu léčby vstupují dobrovolně nebo na základě nařízené ochranné ústavní léčby, kterou nařizuje pouze soud. Cílem je změna životního stylu a dosažení úplné abstinence od návykové látky. V souvislosti s délkou léčby jsou i přidružené cíle v podobě stabilizací problémů spojených se závislostí, řešení následků závislosti, formování motivace, změnu sebepojetí a prožívání. (Kalina, 2008)

Heller a Pecinovská (2011) uvádí, že po ústavní léčbě neodmyslitelně následuje dlouhodobé, intenzivní a systematické ambulantní doléčování. Toto ambulantní doléčování je vedené psychiatrem vzdělaným v adiktologii. Adaptace na život v abstinenci trvá přibližně tři až pět let. Důležitá je i podpora rodiny a širšího okolí.

### 3.3 Svépomocné skupiny

Svépomocná skupina se dá definovat jako skupina, v nichž si lidé poskytují vzájemnou podporu osob, které se ocitly v obdobné situaci. Pomáhají si při řešení různých problémů. Členové těchto skupin si předávají informace, emocionální podporu i praktickou pomoc. Svépomocné skupiny jsou důležitým zdrojem změn a představují dostupnou formu pomoci, jak překonat bezmoc, náročné životní situace a jak na sobě lépe pracovat. (Matoušek, 2008)

Killileová (in Bútora, 1991) zformovala sedm charakteristik svépomocných skupin:

1. společná zkušenost členů ve smyslu potýkání se se stejnými problémy,
2. vzájemná pomoc a podpora charakterizovaná zájmem členů o druhé,
3. princip pomáhajícího a jeho posilování sebe samého při řešení problému druhého,
4. přidružování se novému nezávadovému chování prostřednictvím odlišování se od toho původního (deviantního),
5. kolektivní vůle, energie a víra prostřednictvím ověřování si svým postojů u dalších členů,
6. význam informací týkající se dané problematiky umožňuje se lépe s problémem vyrovnat,
7. konstruktivní jednání ve vztahu ke sdíleným cílům. Učí se činnostmi a mění se jednáním.

Jednou z nejstarších a celosvětově nejznámějších je organizace Anonymních alkoholiků (zkráceně AA), která vznikla v roce 1935. Jedná se o společenství žen a mužů, kteří vzájemně sdílejí své zkušenosti, sílu a naději v řešení svého společného problému a pomoci ostatním k uzdravení z alkoholismu. Jediný požadavek, který člověk pro přijetí do této organizace musí splnit je jeho touha přestat pít. Tato organizace nemá žádné vstupní poplatky ani vstupné. Jediným účelem této organizace je zůstat střízliví a pomáhat ostatním alkoholikům k dosažení střízlivosti. (Sdružení pro služby Anonymním alkoholikům v České republice, 2016)

Setkávání Anonymních alkoholů může být otevřená či uzavřená. Otevřená znamená že setkání mohou navštívit všichni, kdo se o danou problematiku zajímá (např. rodina, přátelé nebo terapeuti). Uzavřená skupina slouží pro sdílení alkoholiků. Existují také přidružené organizace jako je například Al-Anon, které mohou využít příbuzní alkoholiků, Alateen pro dospívající děti alkoholů nebo Parents Anonymous pro rodiče dětí závislých na alkoholu. (Heller, Pecinovská, 2011)

Cílem každého setkání Anonymních alkoholiků je vzájemné sdílení. Členové sdílejí své zkušenosti a podporu při řešení problémů s alkoholem. Je vedené programem dvanácti kroků vedoucích k uzdravení.

### 3.4 Sociální práce se závislími na alkoholu

Sociální práce se závislími na alkoholu se odvíjí především od individuálních potřeb klienta, fáze závislosti a jeho motivace k dosažení změny. V praxi se uplatňují dvě strategie. První je přístup harm reduction v češtině znám jako „snížování rizik“ a abstinčně orientované programy, které jsem popsala výše. (Kalina, 2015; Mahrová, Venglářová a kol., 2015)

V posledních letech se díky reformně psychiatrické péče rozvinul i koncept Recovery (do českého jazyka překládán jako zotavení nebo úzdrava) a byl úspěšně přenesen i do práce se závislími osobami. S tímto konceptem je spjata zapojení osob s osobní zkušeností tzv. peer konzultantů, kteří jsou velkým zdrojem naděje a inspirace pro aktuální příjemce pomoci.

#### 3.4.1 Harm reduction (HR)

Harm reduction vznikl v USA v 70. a 80. letech jako alternativa k represivnímu medicínskému pohledu na závislostní jednání. Užívání návykových látek v této době bylo silně odmítání společností a kriminalizováno. Aktivity těchto skupin se neomezovaly pouze na praktickou pomoc ohledně materiálu nebo testování na infekční onemocnění ale také se zapojovaly do boje proti perzekuci či zneužívání ze strany policie. (Nepustil, 2024)

Do České republiky se HR dostal po roce 1989 jako nástroj pro snížení šíření infekčních onemocnění. Další roky se vyvíjela substituční léčba a v roce 1997 došlo k legislativnímu zakotvení substituční léčby. (Škařupová, 2012)

Cílem HR je poskytnout klientům informace o rizicích závislostního jednání a distribuci zdravotních pomůcek. Nedílnou součástí této služby je poskytování motivačních rozhovorů na změnu rizikového chování, poskytují základní zdravotní poradenství a ošetření, testování na infekční onemocnění a zprostředkování kontaktů na následnou odbornou péči. Taktéž nabízí potravinový, hygienický a vitamínový servis a dává doporučení na specializované zařízení. (Nezdarová, 2011)

Harm reduction je dlouhodobě spojovaný převážně s užíváním nelegálních návykových látek. Alkohol byl tak dlouhodobě opomíjený i přes jeho vysokou pravděpodobnost způsobených škod uživatelů, kdy se umístil těstě za crack, heroin a metamfetamin. (Vacek, Vondráčková, 2012)

Individuální intervence se zaměřuje na změnu návyků konzumentů alkoholu ve smyslu – snaha naučit je pít střídmě a bez negativních důsledků, zachytit a zajistit léčbu pro ty, kteří trpí zdravotními obtížemi a léčit závislé bez podmínky nutné abstinence zvané jako „kontrolované pití“. Kontrolované pití nabízí rizikovým konzumentům alternativu v podobě kontrolovaného užívání alkoholu. Tato možnost je vhodná pro osoby s mírným stupněm závislosti na alkoholu a odborníci spoléhají, že tato možnost dokáže přimět do léčby i uživatele, kteří nechtějí definitivně přestat alkohol konzumovat a požadavek úplné abstinence je může od léčby odrazovat. Zároveň jsou přesvědčení, že v průběhu léčby mohou uživatelé své rozhodnutí přehodnotit a zvolit si plnou abstinenci. Uživatelé, které volí možnost kontrolovaného pití jsou často mladé osoby, užívají nižší dávky alkoholu a nemají tak závažnou historii užívání, také odmítají označení alkoholik. (Vavrinčíková, 2012)

### 3.4.2 Recovery (zotavení)

Recovery je definováno jako: „*Hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, pocitů, hodnot, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob, jak žít spokojený, nadějný a přínosný život přes všechna omezení způsobená nemocí. Zotavení buduje nový význam a smysl života tím, že člověk katastrofální důsledky způsobené duševním onemocněním překoná.*“ (Anthony 1993 in: Ridgway a kol. 2014)

Zotavení tedy nemůžeme chápat jako úplně vyléčení z onemocnění, protože pod pojmem „vyléčení“ rozumíme jako návrat do stavu před propuknutím onemocnění. Lidé se závislostí či duševním onemocněním se ale mnohdy nezvratně změni život a je nutné se naučit s nemocí žít i s dopady na kvalitu života. (Hollander, Wilken, 2016)

Zotavení je u závislosti považováno za neustále probíhající proces, protože i po několikaleté abstinenci přetrvává vysoké riziko relapsu. (Mann, Schäfer, Längle, Ackermann, Croissant, 2005) Úspěšné udržení abstinence je vázané na užívání strategií sebemotivování, mezi které patří např. vybavení si potíží způsobeným alkoholem, výhod střízlivého života a připomínání střízlivosti jako základní životní priority. (McKay, Maisto, O'Farrell, 1996)

V souvislosti s léčbou závislostí se začíná stále více využívat zkušeností osob, kteří si sami závislostí prošli, úspěšně ji zvládli a mají odvahu a motivaci předat svoji osobní zkušenost jiným. (Nepustil, Gregorová 2020)

### 3.4.3 Peer konzultant

Peer konzultant je osoba s vlastní zkušeností a tuto zkušenost využívá při práci s lidmi, kteří procházejí podobnými obtížemi. (MacNeil a Mead, 2006; Mead, 2003) Obvykle se můžeme setkat s peer konzultantem u multidisciplinárního týmu, kde zastává specifickou činnost při práci s klienty, a to v souvislosti autentického porozumění. Předpokladem pro tuto profesi je nejen osobní zkušenost, ale také absolvování vzdělání či odborného výcviku. (Foitová et al., 2016) Pod označením peer můžeme najít plno dovětek jako je např. konzultant, lektor, kouč, specialita, výzkumník či pracovník ale každý tento „dovětek“ značí jinou pracovní pozici.

Jedinečnost peer konzultanta spočívá v jeho pomoci ostatním ale i vlastní zvládání duševního onemocnění. Kombinace těchto dvou odpovědností je klíčová v kontextu přístupu Recovery, který klade důraz na zlepšení zdravotního stavu ale také na podporu osobního rozvoje a nezávislosti. Je nezbytné, aby peer konzultanti plnili své profesní povinnosti, a přitom byli aktivními podporovateli klienta v jeho procesu zotavení a posilování schopností zvládat životní situace. (Kim, 2024)

Funkce a úkoly peer konzultantů v sociální práci zahrnuje poskytování podpory a sdílení zkušeností prostřednictvím svého příběhu, který klientům poskytuje motivaci a naději. Zprostředkování komunikace mezi klienty a profesionály jakožto pomocníka při vyjádření klientových potřeb a přání směrem k odborníkovi a tím překonávat bariéry při komunikaci. Podporu při orientaci v systému sociálních služeb a administrativních procesech s tím spojených. Vedení svépomocných skupin a organizace volnočasových aktivit a participace na vzdělávacích akcích pro veřejnost a stigmatizačních aktivitách. (CMHCD, 2021)

## 4 Praktická část

Praktická část diplomové práce je zaměřena na zmapování cesty participantů, včetně faktorů, které je vedly k vyhledání konkrétní pomoci při řešení závislosti na alkoholu. Dále se zabývá následným udržením dlouhodobé abstinence s důrazem na vnímání následné péče. Praktická část popisuje sběr dat, předvýzkumovou pilotáž, limity výzkumu a způsob analýzy rozhovorů. Výsledky jsou interpretovány na základě stanovených dílčích výzkumných otázek. Diskuse je vedena dle zjištěných výsledků v porovnání s teoretickými východisky. Závěr shrnuje klíčové zjištění a naplnění stanoveného cíle.

### 4.1 Cíl výzkumu

Cílem diplomové práce bylo zmapovat pomocí polostrukturovaných rozhovorů alkoholovou závislost u mužů a žen na mateřské/rodičovské dovolené a popsat jejich preferované formy pomoci vedoucí k dlouhodobé abstinenci. Výzkum bude prováděn pomocí kvalitativního výzkumu, nástrojem sběru dat budou polostrukturované rozhovory s participanty vybraných dle předem stanovených kritérií. Na základě stanoveného cíle byla zvolena hlavní výzkumná otázka (HVO):

**HVO: Jaké formy pomoci vedoucí k abstinenci a jejímu trvalému udržení preferují osoby se závislostí na mateřské/rodičovské dovolené?**

Dále je tato otázka rozdělena na následující dílčí výzkumné otázky:

DVO1: Jaké faktory vedly participanty k rozvinutí závislosti na alkoholu?

DVO2: Jaké faktory ovlivnily výběr formy pomoci?

DVO3: Jakou formu pomoci participanti využili?

DVO4: S jakými sociálními službami se participanti setkali na cestě k abstinenci?

DVO5: Jaké faktory participantům pomáhají v udržení abstinence?

### 4.2 Metodika výzkumu

Z hlediska zkoumané problematiky a stanoveného cíle diplomové práce byla zvolena kvalitativní strategie a jako nástroj sběru dat byly použité strukturované rozhovory. Švaříček a Šedřová (2007) uvádí, že kvalitativní výzkum se zaměřuje na vnímání aktérů a interpretaci poměrů v jejich sociální realitě. Cílem výzkumníka je pochopení situace z úhlu pohledu daného aktéra. Tento přístup tak zdůrazňuje subjektivní perspektivu, která je pro tento typ výzkumu klíčová.

Hendl (2005) dále uvádí, že tento výzkum je vhodný pro hlubší porozumění individuálních zkušeností a souvislostí dané problematiky. Polostrukturovaný rozhovor je charakteristický předem připraveným souborem otázek. Výzkumník může pořadí otázek během rozhovoru měnit, tak aby nevytrhoval participanta z daného tématu. Dále může klást doplňující otázky nebo reagovat na odpovědi participantů. Strukturovaný rozhovor umožňuje vést rozhovor uvolněně ale zároveň se držet zkoumané problematiky.

Výzkumný soubor zahrnoval deset účastníků výzkumu. Konkrétněji devět žen a jednoho muže. Rozhovory probíhaly osobně nebo pomocí videohovorů přes aplikaci WhatsApp, a to z důvodu

velké vzdálenosti a většímu komfortu a pocitu bezpečí participantů. Rozhovory i videohovory byly během výzkumu nahrávány s písemným souhlasem participantů. Vzor informovaného souhlasu je součástí přílohy A1. Následně byly tyto nahrávky doslovně přepsány a dle domluvy s participanty neprodleně smazány. Pro získání respondentů byla zvolena metoda účelového výběru, za předem stanovených kritérií (Miovský, 2006). Participantů museli splňovat následující kritéria:

- ✓ rozvinutí závislosti na alkoholu nastalo v průběhu mateřské/rodičovské dovolené
- ✓ vyhledání formální či neformální formy pomoci
- ✓ současná abstinence
- ✓ náhled na své onemocnění
- ✓ ochota zúčastnit se výzkumu

Před samotným zahájením výzkumu proběhla pilotáž na sociální síti Facebook, která disponuje několika podpůrnými skupinami pro závislé na alkoholu nebo pro abstinující alkoholiky. Z důvodu zachování anonymity participantů nebudu v diplomové práci zmiňovat konkrétní názvy skupin. Pilotáž proběhla v únoru roku 2025. Obsahem pilotáže bylo srozumitelné a chronologické nastavení otázek, aby se v co největší míře zamezilo zásahům do výpovědi participantů a aby byly otázky v srozumitelné formě pokládány.

Po vytvoření pilotní osnovy byl realizován pilotážní rozhovor s dobrovolníkem z podpůrné facebookové skupiny, který se domníval, že splňuje všechna předem stanovená kritéria. Cílem pilotáže bylo zajištění reakcí na konkrétní otázky a jejich srozumitelnosti. Dále stanovení orientační časové náročnosti rozhovoru. Pilotáž v tomto případě byla velice stěžejní z důvodu přidání kritéria „náhledu na své onemocnění“ neboť z pilotního rozhovoru bylo zřejmé, že při nesplnění by nebyla naplněna druhá část mého cíle o dlouhodobém udržení závislosti. Následně proběhla finální úprava osnovy polostrukturovaných rozhovorů, která je v příloze uvedena jako A2.

Výzkum byl realizován od března do června 2025 s ohledem na skutečnost, že některé výsledky byly prezentovány v rámci studentského projektu Rozvinutí závislosti na alkoholu na mateřské/rodičovské dovolené pod značkou INT/2025/0001. Celkem bylo kontaktováno 40 potenciačních participantů, kteří se ozvali na zveřejněnou výzvu na sociální síti. Následně byla provedena kontrola o splnění kritérií a navázání důvěry ze strany participantů. S účastníky výzkumu proběhlo několik videohovorů nebo osobních návštěv před samotným rozhovorem z důvodu budování profesionálního vztahu a zmírnění napětí. Výzkum byl navržen pro muže i ženy, ale kritéria pro účast a ochotu účastnit se výzkumu splňoval pouze jeden z osmi možných kandidátů. Orientační doba jednoho rozhovoru činila od 70 do 150 minut dle ochoty participantů.

Limity výzkumu spočívají především v malé ochotě participantů o tomto pro ně velmi citlivém tématu hovořit s cizí osobou. Bylo tedy nutné opakovaného kontaktu, utvrzování o zajištění anonymity a bezpečného prostředí. Dalším limitem je nedostatečná reprezentativita výzkumného vzorku z důvodu účelového výběru dle předem stanovených kritérií.

Samotný výzkum byl realizován v souladu s etickými principy kvalitativního výzkumu. Účastníci výzkumu byly před rozhovorem seznámeny s informovaným souhlasem, který po prostudování a projednání možných nejasností podepsaly. Dále byly informovány o možném přerušení rozhovoru bez udání důvodu nebo jeho úplném odmítnutí. Stěžejní bylo následné zajištění

anonymity, aby nemohla vést k identifikaci osob. Také byl kladen důraz na zajištění respektujícího a nehodnotícího prostředí. Realizace výzkumu byla schválena Etickou komisí Vysoké školy polytechnické Jihlava.

### 4.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Tabulka 1: Charakteristika výzkumného souboru

Participant	Věk	Počet dětí	Způsob pomoci	Délka abstinence
Alexandra	20-30	1	Ambulantní léčba	14 měsíců
David	40-50	1	Ambulantní léčba	6 měsíců
Jana	40-50	2	Ambulantní léčba	3 roky
Katarina	40-50	2	Ústavní léčba	6 měsíců
Michaela	30-40	1	Ústavní léčba	15 měsíců
Petra	20-30	1	Ústavní léčba	18 měsíců
Radka	40-50	2	Ambulantní léčba – online terapeutky	7 měsíců
Sabina	30-40	3	Ambulantní léčba	6 měsíců
Veronika	20-30	2	Ústavní léčba	1 rok
Zdena	50-60	2	Ústavní léčba	25 let (7 let bez relapsu)

*Zdroj: vlastní zpracován*

**Alexandra** ze zdravotních důvodů nemůže mít vlastní děti. Se svým partnerem vychovává jeho nezletilého syna, kterého má z předchozího vztahu ve střídavé péči. Velké pracovní vytížení partnera a zdravotní komplikace během těhotenství bývalé partnerky zapříčinilo, že na Alexandru připadla povinnost soustavné péče o malé miminko. Změna životní role, únava a partnerské neshody vedly k rozvoji alkoholové závislosti.

**David** má ve střídavé péči pětiletého syna. Snaha skloubit časově náročnou práci, snaha věnovat se synovi, neustálé neshody s bývalou partnerkou, nekonečné soudní jednání ohledně výchovy syna a stesk ve dny, kdy se synem nemůže být vedly Davida k postupnému propadu a následnému rozvoji alkoholové závislosti.

**Jana** si s bývalým partnerem vzala do pěstounské péče dvě děti. Změna životní role a malé miminko, které bylo hodně plačtivé, vedly paní Janu k pochybnostem a nenaplnění představ o mateřství a následně nadměrné konzumaci alkoholu. Následný rozchod s partnerem a jeho odmítání dalšího kontaktu s dětmi se paní Jana propadla do depresí a rozvoji závislosti na alkoholu.

**Katarina** vychovává dvě děti. Po přestěhování do nového bydliště si připadala sociálně izolovaná a osamělá. Každodenní stejné činnosti a absence kontaktu způsobovaly apatii, nudu a nechuť cokoli dělat. S postupným rozvojem závislosti na alkoholu se přidávaly partnerské neshody,

časté úrazy, které byly spojené s hospitalizací byly následně předány Orgánu sociálně-právní ochrany dětí a mládeže. Na tento popud si paní Katarina přiznala svoji závislost a začala aktivně hledat účinnou formu pomoci.

**Michaela** vychovává jedno dítě. Před několika lety utrpěla těžký úraz hlavy, který způsobil pouřazovou epilepsii. Po narození dcery přišly neshody a následný rozchod partnerů, který paní Michaelu velmi zasáhnul. Rozvinula se u ní závislost na alkoholu a po několika epileptických záchvatech, které ohrožovaly paní Michaelu i její dítě, se rozhodla pro léčbu závislosti.

**Petra** vychovává jedno dítě. Po narození syna bojovala paní Petra s novou rolí matky, vyčerpáním a partnerskými neshodami. Tyto faktory paní Petru dovedly k nadměrné konzumaci alkoholu. Následná abstinence a návrat na částečný úvazek zlepšil partnerské vztahy, ale paní Petra začala cítit silné vyčerpání z důvodu kumulování pracovních a rodinných povinností a alkohol začala užívat opětovně. Následoval rozpad vztahu s partnerem doprovázený konflikty v péči o dítě, který vedl k rozvinutí závislosti na alkoholu.

**Radka** vychovává dvě děti. Ona i její partner jsou závislí na alkoholu již několik let. Po sérii partnerských neshod, napadání, domácího násilí a opileckých scén před zraky svých nezletilých potomků se starší z dětí rozhodlo svěřit ve škole psycholožce. Následně byl kontaktován Orgán sociálně-právní ochrany dětí, který přiměl paní Radku k vyhledání pomoci.

**Sabina** je matkou tří dětí. Na mateřské/rodičovské dovolené je již skoro deset let. Po narození prvního dítěte měla paní Sabina pocit zklamání a nenaplnění představ o mateřství vedoucí k nadměrné konzumaci alkoholu a rozvoji závislosti. Následně se přidaly partnerské neshody, které eskalovaly až k fyzickému napadání partnerů za přítomnosti dětí. Tento impuls Sabinu přiměl vyhledat pomoc, neboť si byla vědomá, že neshody a napadání vyvolává především ona pod vlivem alkoholu.

**Veronika** je matkou dvou dětí. Po rozvodu s otcem svých dětí se musela vrátit do práce a začala se potýkat s finančními problémy. Práce v pivovaru ji vedla k nadměrné konzumaci alkoholu a paní Veronika přestala zvládat péči o své děti. Musela prodat svůj dům a našla si partnera, který byl narkoman. Kvůli nevyhovujícímu bydlení a nestabilitě nového partnera byla nucena svěřit děti do opatrovnictví jejich otce. Po rozchodu s partnerem se rozhodla podstoupit léčbu a znovu získat své děti.

**Zdena** má dvě dospělé děti. Se závislostí na alkoholu se potýká již třicet let. Rozvinutí závislosti u ní proběhlo v období rodičovské dovolené, kdy se stala obětí domácího násilí ze strany svého bývalého partnera. Děti byly svěřeny do péče jejich rodičů a po úmrtí svého partnera a své blízké kamarádky se rozhodla pro léčbu závislosti. Po dokončení léčby zažila několik relapsů, odmítnutí svých dětí i soustavných hádek s rodinou, ale v současné době soustavně abstinguje již sedm let.

#### 4.4 Výsledky výzkumu a jejich interpretace

Analýza výzkumu probíhala pomocí otevřeného kódování na základě předem stanovených tematických oblastí vycházejících z výzkumných otázek. Pro převedení dat z nahrávek byla zvolena metoda transkripce jako primární zajištění dat pro následnou analýzu. Pro dílčí úpravu zajištěných dat byla využita redukce prvního řádu, což znamená odstranění slovní vaty a informací, které narušují význam rozhovoru. (Miovský, 2006)

Proces otevřeného kódování nejdříve probíhal ručně za pomoci barevného rozlišování částí textů, které odpovídaly dílčím tématům nebo měly silnou výpovědní hodnotu. Následně byly kódované texty přeneseny do Excelové tabulky, kde se analyzovaný text rozčlenil na jednotky. (Švaříček & Šedová, 2007)

Volba tohoto postupu umožňuje přehledné zajištění opakujících se vzorců v rozhovorech i specifika ve výpovědích jednotlivých participantů a jejich propojení s teoretickými východisky diplomové práce.

V následující části jsou prezentována získaná data zaměřené na formy pomoci vedoucí k abstinenci a jejímu trvalému udržení pro osoby se závislostí na mateřské/rodičovské dovolené. Výsledky jsou prezentovány v pěti oblastech, které se při analytickém procesu ukázaly jako klíčové.

#### 4.4.1 Faktory vedoucí k rozvinutí závislosti na alkoholu

Participantů shodně popisují faktory vedoucí k rozvinutí závislosti jako komplex různých problémů a negativních pocitů, které je k alkoholu přitahovaly. Nejedná se tedy o jeden zkoumaný faktor, ale o několik současně působících vlivů jako jsou sociální izolace, změna životní role, partnerské konflikty, únava a vyčerpání, navození dobré nálady a relaxace po náročném dni nebo finanční problémy rodiny a nenaplnění představ o mateřství. Vzájemné působení těchto faktorů, jejich délka a intenzita dle participantů zapříčinila rozvinutí závislosti na alkoholu.

##### **Sociální izolace a pocity osamělosti**

Sociální izolace a pocity osamělosti rezonovala napříč všemi výzkumnými rozhovory. Tyto faktory jako možné spouštěče pro nadměrnou konzumaci alkoholu uvedli 4 z 10 dotazovaných participantů:

Paní Katarina uvádí: „*No, tak to začalo, když se nám narodilo druhé dítě a já zůstala doma na mateřské dovolené. Byl to takový ten klasický kolotoč, když jsem byla doma pořád sama. (...) Určitě je to vícero kombinací nějakých předchozích věcí, které se mi v životě staly až potom jsem se dostala do té izolace s dětmi a vyvolalo to ve mně takovou ponorku a neklid, který jsem vlastně začala zahánět tím alkoholem abych na to nemusela moc myslet. Potom, když je člověk většinu času sám nebo paradoxně já jsem byla pořád jenom s těmi dětmi ale ne s nikým sobě rovným, s kým bych si o tom mohla promluvit v té chvíli, kdy mě to nejvíc tížilo. Takže jsem si zvolila takový dost nešťastný styl úniku od těch myšlenek a takovýho toho nepokoje, co mě vnitřně hrozně šířalo.“*

Podobné pocity popsala i paní Petra: „*Byla jsem vlastně celý rok se synem jenom doma a vlastně ještě ve městě, kde jsem neměla moc zázemí a těch kamarádů, tý rodiny a byla jsem vlastně skoro pořád sama. (...) Já měla pocit, že tatínek syna se vlastně jako by dostatečně nám nevěnuje, že nám nedává tolik prostoru, jak já bych si třeba představovala a byla jsem hodně unavená, sama, izolovaná doma, a protože jsem vlastně hodně společenskej člověk, tak jsem neměla ten prostor se jít někam odreagovat.“*

To doplňuje i paní Radka krátkým konstatováním: „*Takže asi byl i řekla, že mým spouštěčem byla taková ta nuda na rodičovský, neměla jsem nikde žádné kamarádky, protože jsme se pořád někam stěhovali a nemohla jsem se na nikoho obrátit ani s nikým pořádně mluvit.“*

Také paní Zdena uvádí pocity osamění jako důležitý faktor vedoucí k rozvinutí závislosti: *Začala jsem ale trpět tou samotou a cítila se úplně zbytečná, takže jsem začala pít. (...) Vadilo mi, že nemůžu nikam jít, a protože se se mnou rodina nebavila, tak jsem ani neměla kam děti dát.*

Pocity osamělosti u participantů nevzbuzovala pouze absence partnera, ale též užší i širší rodiny, přátel nebo důvod přestěhování se do nového bydliště. V důsledku nenaplnění těchto potřeb začali shodně popisovat pocity osamění a zahánění nepříjemných pocitů alkoholem.

### **Změna životní role a nenaplnění představ o mateřství**

Změnu životní role definuje Říčan (1990, str. 284) následovně *„Mateřské štěstí je dar, ale někdy je také třeba na něm pořádně zapracovat.“* O této skutečnosti se přesvědčilo 5 participantů z 10, kteří o svých potomcích mluví s láskou, ale také toto období charakterizují jako psychicky i fyzicky náročné a připouští, že jejich očekávání byla naprosto odlišná od reality. Pocity zklamání, selhání a nenaplnění očekávání v nich budila dojem *„špatného rodiče“*.

Paní Petra vzpomíná jako na první spouštěč právě tuto skutečnost: *„Pociťuju, že vlastně teďka, když se nad tím zamýšlím jako abstinentska zpětně, tak vlastně zjišťuju, že ten prvotní náběh pro to navyšování alkoholu bylo to, že byla u mě změna té role, kdy jsem se vlastně stala tou mamkou.“*

Paní Sabina taktéž nadměrné užívání alkoholu přisuzuje těžkému porodu i následné péči o malé miminko: *„Já jsem vlastně na mateřský, když to tak jako sečtu i s pauzama třeba deset let no. Mám tři děti a vlastně po prvním porodu jsme vlastně s manželem začali pít docela pravidelně ale furt jakoby v takovém rozumném množství, protože se synem to bylo opravdu hodně náročné. Ono je to s ním hodně náročný do dneška, že je jakoby – nechci říct jakoby jinej, ale jsou s ním prostě problémy, takže tam sem úplně neustála ani ten porod. (...) První byl vlastně porod, tam už bylo všechno špatně, takže nakonec šel malej vlastně císařským řezem a já jsem miminko jako hrozně chtěla, on byl opravdu jako vymodlenej a pak když to vlastně přišlo, tak to bylo samý zklamání. Všechno vlastně. Od a do zet. Asi to očekávání, jaký jsem měla, tak najednou bylo úplně jiný a takže jsem jako měla pocit, že jsem sama sebe zklamala. A tak sem jako utíkala od té reality, že vlastně přijel manžel, dala jsem mu malýho a vlastně no... Spíš jsem to brala jako selhání.“*

Jako velmi náročnou popisuje i paní Alexandra péči o syna svého druha, která, ač není biologickou matkou dítěte, převzala na sebe všechny povinnosti: *„V té době jeho synovi bylo 7 měsíců, takže opravdu malé miminko a já se pomalu začala seznamovat s prostředím, kde je málo spánku, za to hodně křiku. Během chvíle jsme spolu začali žít, a protože partnerova bývalá manželka byla již znovu těhotná s novým přítelem, kdy většinu času byla v nemocnici na rizikovém těhotenství, tak poměrně velká část péče stála na mě a mým partnerovi. (...) No, takže já s cizím a malým miminkem doma, chlap pryč, bylo mi zle, nebyla jsem zvyklá na takovej režim a všechno. Tam si myslím, že to začalo. Začala jsem pít večer, když přišel partner z práce a dokázala jsem vypít i tři flašky vína za cirká čtyři hodiny. Celodenní péče o cizí miminko mi dávala zabrat, nebyla jsem zvyklá jen sedět doma a čekat až se dítě vzbudí, nakrmí a pokaká a zase půjde spát. Takže jsem z velké pařmenky a poměrně aktivního člověka najednou byla žena v domácnosti na plný úvazek. Bylo to pro mě velké sousto starat se z ničeho nic o něco tak bezbranného, když se sama stěží umím postarat o sebe.“*

Ani paní Jana není biologickou matkou, ale své dvě děti má v pěstounské péči. I ona vzpomíná na začátky péče o dítě jako na jednu z příčin nadměrné konzumace alkoholu: „*Byl to dlouholetej, pozvolnej nárůst, kterej propukl naplno ve chvíli, kdy jsem byla s malým dítětem sama doma... No a dítě bylo velice náročný jo. Já mám vlastně děti dvě. Obě mám v pěstounské péči, takže tam vždycky to raný dětství u těch dětí je docela náročný, na což jsem připravená nebyla. Ještě k tomu to bylo moje první dítě, takže nejenomže jsem byla téměř nonstop vzhůru a byla jsem strašně nevyspaná ale já jsem se skoro jako by tak pořád bála těch jeho křiků, že jsem vlastně zůstávala jakoby furt u televize a sledovala jsem furt jenom filmy abych nespala a u toho jsem popíjela víno, a to byl pro mě vrchol relaxu. Tím jsem si jako by udělala dobrou náladu a uměle jsem si vytvořila to, že si užívám a odpočívám. No a tohle jelo den co den vlastně několik let. Takže tam to začlo naplno. Takže ten stres, ta sociální izolace a člověk si to maloval trošku jinak, než to bylo. Bylo to i takové jako by zklamání, že to není až taková zábava, tak krásný, jak jsem si myslela, ale já jsem z toho chtěla vybruslit a uměle jsem si vytvořila tohle.“*

Pan David, který má syna ve střídavé péči s bývalou partnerkou popisuje změnu životní role trochu z jiného úhlu pohledu a nenaplnění představ o výchově dítěte z důvodu neustálých přesunů dítěte od matky k otci: „*Úvodem bych chtěl říct, že do této kategorie svým způsobem spadám, kdy se mi v roce 2019 narodil syn. Partnerka relativně po krátké známosti otěhotněla a vlastně už ve třetím měsíci těhotenství se mnou přestala úplně komunikovat a rozešla se se mnou. Takže já jsem s ní měl první soud o to, abych se synem mohl mít kontakt a byl jsem zapsán do rodného listu jako jeho otec. Když bylo synovi rok a půl, tak už jsem ho měl tři dny v týdnu u sebe doma a další dny jsem po práci jezdil za ním na odpoledne. Do toho jsem chodil do práce, kdy jsem si většinou musel brát v pátek dovolenou nebo neplacené volno abych s tím synkem mohl být. Takže moje partnerka sice měla rodičovskou dovolenou, ale toho syna měla jen o jeden den v týdnu dýl než já. (...) Že jsem měl takovou rodičovskou dovolenou v uvozovkách, ale u toho jsem musel chodit i do práce. Takže vlastně jsem dal podmět k druhému soudu, kdy jsem žádal o střídavou péči. Soud teda proběhl v můj prospěch a malého jsem dostal do střídavé péče. Od roku 2022 to teda bylo tak, že já měl sice lichý týden a ona sudý týden. (...) Ale to, co jsem teď celou dobu vyprávěl, tak je asi trochu mimo ten tvůj okruh otázek ale je to prostě něco, co pro mě bylo neuvěřitelně psychicky náročný a kombinovat to s tím synem. Všechny ty soudy, naprostá nekomunikace, ty myšlenky, jak se to bude všechno podepisovat na tom dítěti a tohle všechno postupně vedlo k tomu mému propadu. No a vlastně u mě se stalo asi za těch pět let a hodně to spojuju s tím, že to pití bylo přes míru, že jsem toho svého syna měl tak moc rád, že ten tejdén kdy jsem s ním nemohl být mi jako by něco chybělo.“*

Každý jednotlivý participant řešil odlišné obtíže, přesto zde nacházíme jistou provázanost v nespokojenosti a stresem, kterou v určitý čas zažíval v souvislosti s péčí o dítě a lze to zařadit jako důležitý faktor k nadměrnému užívání alkoholu a následnému rozvoji závislosti na alkoholu. Z rozhovorů je patrné, že ne všichni participanté jsou biologickými rodiči, přesto se jejich životní role dramaticky změnila s příchodem dítěte do společné domácnosti a s tím spojenými povinnostmi, které jim byly připsány. Tyto skutečnosti se samozřejmě dotýkají i biologických rodičů, pro které změna životní role byla náročná a ne vše, co si od rodičovství představovali, bylo naplněno.

## Partnerské neshody

Ve výzkumných rozhovorech uvedli participanti jako další možný spouštěč partnerské neshody. Celkem 7 z 10 participantů udává, že je k nadměrnému užívání alkoholu částečně dovedly partnerské neshody. Šest z nich dále udává, že v důsledku neshod se jim partnerské vztahy rozpadly:

Pan David výše uvedl, že jeho partnerka s ním ukončila vztah už v průběhu těhotenství a odmítla ho zapsat do rodného listu dítěte jako otce. Následně pokračuje: „*Takže pak se mnou přestala komunikovat, já jsem prostě na ní nechtěl tlačit, myslel jsem si, že to je hodně ovlivněné těmi hormony a že až si to všechno sedne, tak si o všem promluvíme a zkusíme to nějak dál zvládnout společně. Jo ale potom když jsem se s ní bavil pak upřímně, tak ona se mnou nechtěla být a nemohl jsem udělat nic čím bych to změnil. (...) Po tom soudu ta komunikace samozřejmě neexistovala, protože se zlobila, že jsem se jí vzepřel a ten kontakt se synem si vysoudil. Tak to probíhalo asi půl roku, pak už se to trochu uklidnilo, a zase mě normálně pouštěla i domů a začali jsme spolu slušně mluvit. Tam trošku zapracovat osud v tom, že jí umřela máma a ona potřebovala vyřizovat věci s tím spojené. Takže mi dovezla syna ke mně domů, kdy u mě spal z pátku na sobotu a poté i na soboty a postupně se ro rozšířilo na celý víkendy. Po druhém soudu, kdy mi svěřili syna do střídavé péče se mnou opět půl roku nemluvila. Přestěhovala se až k Polským hranicím. Teď nás čeká třetí soud a opět bez komunikace. Bylo to zničující, já jsem si ten kontakt hrozně přál, měl jsem ji fakt hodně rád.*”

I paní Jana hovořila o partnerských neshodách, které ukončila odchodem od partnera: „*Já jsem v hlavě měla úplně jiný pochody. Všechno jsem si brala osobně, všechno jsem hrotila, byla jsem hodně impulzivní. Takže dejme tomu, že já jsem si v hlavě udělala nějaký konstrukt, že ten vztah už je úplně v troskách a já ani nevím jestli opravdu fakt tak byl tak strašnej ale já jsem to tak hrozně vyhrotila celý, že já jsem vlastně záhy s oběma dětma vlastně odešla. (...) No a vlastně když jsem od něho pak s dětmi odešla, tak on vlastně chtěl odstříhnout kontakty i od nich. Klukovi staršímu bylo tenkrát necelých pět let a ten to nesl hodně těžce, ten plakal a ptal se hodně po tátovi, ale on se s ním odmítal vidět. On řekl, že naším vztahem skončilo všechno včetně tohotole.”* Následně dodává: „*On si jako totiž myslel, že mě tím nějakým způsobem vytrestá a vyškolí, že já jsem chtěla, aby on se s tím klukem normálně vídal. Mě totiž ani nenapadlo původně, že on to takhle bude chtít utnout i s těma dětma. Protože ten starší syn byl na něj tak upnutej, a chlap zase na něj, že mi to přišlo úplně nemyslitelný. Takže mě tím překvapil a těžce jsme to nesli a ten rozchod bych pak hrozně uplakanej a bolavej, protože ten syn to opravdu nesl hrozně a já jsem se z toho hroučila a upadla jsem do úplně hroznejch depresí, jestli jsem udělala chybu nebo ne. Na to konto jsem skončila na těch antidepressivech, na to se mi rozjely ty deprese a začala jsem na to o to víc pít až se ta závislost ukázala v plné parádě.*”

Paní Michaela si v průběhu mateřské a rodičovské začala uvědomovat odlišnosti mezi ní a jejím partnerem: „*Vztah s partnerem se nám začal rozpadat, protože v průběhu toho vztahu jsme zjistili, že jsme každéj úplně jinej jo. Že jediný, co nás spojuje je naše dcera, takže já jsem opět začala zapíjet rozpad toho partnerství. Bylo mi líto, že nebudeme jako úplná rodina. Zároveň jsem jako začala pít dost na tajňáka.*”

I paní Petra velmi těžko nesla představu o neúplné rodině: „*Žila jsem tam s partnerem a vlastně začali nějaké partnerský problémy. Já měla pocit, že tatínek syna se vlastně jako by dostatečně nám nevěnuje, že nám nedává tolik prostoru, jak já bych si třeba představovala. (...) Pak už*

*samozřejmě partner to na mě začal poznávat, že ten alkohol užívám, takže začaly i ty rozepře větší v tom partnerství a mě to vlastně v tu chvíli posouvalo v tom alkoholu dál a začala jsem ten alkohol ještě o to víc užívat... Tu podporu v tom partnerovi jsem vlastně ztrácela, protože se mu samozřejmě nelíbilo, že ten alkohol užívám. Mě se zase nelíbilo, jak on přistupoval celistvě k tomu problému.“ (...) „V tu chvíli pro mě bylo největší selhání, že se mi rozpadne rodina a že se rozpadne rodina mému synovi.“*

Paní Radka uvádí, že spory s partnerem byly důsledkem užívání alkoholu u obou rodičů a s rysy domácího násilí za přítomnosti nezletilých dětí: *„Já předtím nikdy moc nepila jo, ale tím, že ten můj přítel pil poměrně dost, tak jsem se k tomu nějakým způsobem na rodičovské dostala. No a tím, že ten alkohol byl u mě i u toho přítele, tak u nás doma docházelo k různým konfliktům a domácímu násilí. Jo a tím, že ten dům je můj a v nějakém tom rozpoložení co jsem byla, tak mi ten můj přítel tam vadil, takže já jsem ho chtěla opilí třeba vyhodit z domu, on mě zase mlátil, že bez něho nejsem nic no, a tohle všechno vlastně ty naše děti viděli a museli toho všeho být přítomný. Pak jsem několikrát i volala policii, protože se mi třeba zase opilej dobýval do domu jo. Já jsem se tam prostě zamčela a nechtěla ho pustit, protože už jsem věděla, jak je s dovolením nasranej no, a tak mi třeba rozbil okna jo. (...) Vždycky byl takovej průser, kdy jsme se poprali a vzájemně vyhazovali a pak byl třeba půl roku zase klid jenže nemělo to žádnýho konce a já už z toho musela jít ven, protože to vadilo mě i těm dětem jo.“*

K partnerským neshodám spojeným s domácím násilím se vyjádřila také paní Zdena: *„No a takže se teda stalo, že se mi narodil syn a za dva roky na to dcera. Chlap byl prostě zloděj a byl mnohem častěji pryč než doma. Pokud byl doma tak jen pil a řval a já i děti jsme se ho bály. (...) „No a chlap byl prostě násilník a feťák. Přišel domů po několika dnech s blbou opicí a začal řídit. Mně bylo zle jen jsem ho viděla. Vždycky nám všechno rozbil, mě zmlátil a děti dořval a zase táhnul pryč.“*

Pouze jediné participantce se vztah v období závislosti nezhroutil i přes velké partnerské neshody, a to popisuje Sabina následovně: *„Věděla jsem že vlastně i to pití, který ten rok podle mě už bylo fakt častý a já jsem se pak jakože propadla, protože manžel povýšil, měl hodně práce a do toho nevím, jestli tam proběhla nevěra, to do dneška jako úplně nevím, takže já jsem jako pila a měla ty stavy, že jsem měla, nevím no, deprese, hádali jsme se, a to pití tím dost gradovalo.“*

### **Únava/vyčerpání a relaxace**

Péče o malé dítě s sebou přináší celou řadu problémů a nepříjemností. Činnosti jsou často stereotypní, unavující a frustrující. Pečující osoba se může cítit přetížená stále stejnými a opakujícími se činnostmi. Dále je pro většinu pečujících rodin těžké najít si čas jen samy pro sebe a pro svůj odpočinek a relaxaci. (Vágnerová, 2008) Totéž tvrdí i MUDr. Nešpor, který dodává, že únava a nevyspaní vede mnohé rodiče ke skleničce alkoholu.

Paní Petra popisuje „pomoc od únavy prostřednictvím alkoholu“: *„Následně jsem sedm měsíců abstinovala a vrátila se do práce, to bylo synovi rok a půl. Já jsem vlastně bývala téměř čtyřicet hodin v kuse vzhůru a musím říct, že tady vnímám, že tohle byl pro mě takovej zlom, že jsem se v týhle části prolomila až na tu závislost, protože já jsem ti tím alkoholem začala napomáhat od té únavy. Já jsem prostě věděla, že musím vydržet být se synem celý den vzhůru, pak celou noc na dvanáctce v práci a pak následně celý den opět vzhůru zase se synem. A samozřejmě to pak pro mě bylo i dost fyzicky náročný a ten alkohol mě zkrátka nějakým způsobem povzbuzoval k tomu abych se udržela v té bdělosti a nějaký tý energii a prostě náladě abych zvládala tu péči.“*

Paní Veronika též bojovala s více faktory, které ovlivňovaly její rozvoj závislosti na alkoholu: „Ale nezačalo to rozvodem to pití, fakt to začalo potom až tím tlakem, že jsem samoživitelka, musím chodit do práce a hrnulo se na mě hodně věcí. A rodiče byli na prd, takže jsem byla na to byla sama. Byla jsem neustále unavená a bez energie. Nakonec jsem musela prodat i dům, protože jsem neměla na hypotéku. Přitom jsem pořád pracovala, od roku mladší dcery, kdy od nás bejvalej manžel odešel. Takže už jsem se začala těšit na večer a měla jsem to nutkání se napít nebo jsem se totálně zbořila, když na víkend byli děti u svého táty. Pak už jsem to dělala i když byli děti večer doma, říkala jsem tomu mámin čas a znamenalo to, že si sednu do kuchyně, vykouřím krabku cigaret a vypiju sedmičku vína. To byl vrchol mého odpočinku.“

Paní Jana uvádí: „Ještě k tomu to bylo moje první dítě, takže nejenomže jsem byla téměř nonstop vzhůru a byla jsem strašně nevyspaná ale já jsem se skoro jako by tak pořád bála těch jeho křiků, že jsem vlastně zůstávala jakoby furt u televize a sledovala jsem furt jenom filmy abych nespala a u toho jsem popíjela víno, a to byl pro mě vrchol relaxu. Tím jsem si jako by udělala dobrou náladu a uměle jsem si vytvořila to, že si užívám a odpočívám.“

I další participantů zmiňují únavu a alkohol jako pomocníka při relaxaci, ale nepřisuzují tomu takovou váhu jako dalším, již výše zmíněným faktorům.

### **Shrnutí**

Výchova malého dítěte přináší do života rodiny mnohé výzvy, které nutí rodiče skloubit péči o domácnost, partnerský vztah, kariéru a výchovu dítěte. Dochází k zásadní změně v dosavadní životní roli. V dnešní době téměř zanikla role ženy v domácnosti bez pracovního uplatnění, což ženy může vést k pocitům nenaplněnosti a ztráty sociální zodpovědnosti. Toto vede k myšlence, zda nadměrná konzumace alkoholu není únikem od přílišného tlaku společnosti. (Trávníčková, 2001) Doplnila bych slova doktorky Trávníčkové, zda nadměrná konzumace alkoholu není únikem a o pochybách o sobě samém. Nenaplněné představy participantů o rodičovské roli ukazuje o stále stoupající trend „bezchybného rodiče“, který je nám předestírán převážně na sociálních sítích. Obstarávání domácnosti, péče o dítě, udržování partnerského vztahu a zachování dalších sociálních vazeb s širším okolím bere rodičům iluze o ideálu rodičovství. To souvisí i s únavou a vyčerpáním a hledáním „úniku“ od reality v podobě alkoholu často participanty prezentována jako „odměna, relaxace či odpočinek po dlouhém dni“. Všechny výše popsané faktory samy o sobě nejsou spouštěčem závislosti na alkoholu. Vždy za rozvinutím závislosti na alkoholu stálo několik navzájem dlouhodobě působících faktorů.

#### **4.4.2 Faktory ovlivňující výběr formy pomoci**

V rámci výzkumu bylo dále zkoumáno, jaké faktory ovlivnily z pohledu participantů vyhledání preferované formy pomoci při řešení závislosti na alkoholu. Z pohledu participantů převládaly dva významné faktory. Prvním je zdravotní faktor ve smyslu obav o své zdraví v rámci závislosti na alkoholu. Jako významné zdravotní faktory uvádí například strach z abstinčních příznaků, změněný duševní stav s agresivním jednáním nebo zhoršené jaterní výsledky. Druhým velice významným faktorem byl sociální faktor, který určoval vztahy mezi participantem a jeho nejbližšími a jeho podporou při hledání konkrétní pomoci.

## Zdravotní faktory

Strach o své zdraví jako faktor, který vedl k rozhodnutí vyhledat pomoc v léčbě závislosti na alkoholu uvedlo 8 z 10 participantů.

Pan David měl dlouhodobě zhoršené jaterní výsledky: „Už ale třeba pět let zpátky se mi občas při kontrolních odběrech krve stalo, že jsem měl lehce zvýšené jaterní testy a já jsem si vždycky řekl stop a neměl jsem problém nepít tři měsíce nebo i půl roku. Zkrátka u mě ten strach o to zdraví vždycky zafungoval a já nepociťoval žádný problém v tom, že prostě pít nebudu. To se prostě zlomilo až ty poslední roky boje o syna, že ho ten sudý týden nemám a prostě to fungovalo tak, že když jsem ho ten týden neměl, tak jsem pil tak, že jsem měl třeba už druhý den okna jo, nepamatoval jsem si, kolik jsem toho vypil a podobně.“ Tentýž problém popisuje i paní Radka: „To je taky další z důvodů, proč jsem chtěla skončit, protože jsem měla horší ty jaterní testy a někde umřít s cirhózou, to prostě člověk nechce jo. To jsem ale měla už horší ještě před tou sociálkou, pak ten OSPOD byl už poslední tečka.“

Paní Katarina si v opilosti způsobila úraz hlavy: „No a naposledy to bylo, jsem byla úplně opilá a on mi říkal, ať si jdu už lehnout a přestanu rvát po celým domě. No a jak jsem šla do schodů, tak jsem z nich spadla a rozsekla jsem si celou hlavu. To už pro mě byla taková ta červená čára, kdy jsem si řekla, že jsem nebezpečná sobě i okolí a vůbec se nedokážu kontrolovat. No, a to byl ten impuls k tomu vyhledat pomoc.“

Závažnými zdravotními obtížemi si prošla i paní Michaela: „Mám pouřazovou epilepsii a beru na to kupu prášků, ale já na ty prášky jsem byla hrozná. (...) Já jsem chvíli brala a nebrala, brala nebrala že jo, do toho jsem chlastala, takže jsem několikrát ten epileptickéj záchvat dostala. Do léčby jsem šla, když byl dceři rok. No, za ten rok jsem měla tři epileptický záchvaty a díkybohu vždycky u mě někdo byl, protože už jsem tady jinak dávno nemusela tady být. Na tohle teda nerada jako vzpomínám, protože bych tu dceru měla v rukou, tak já bych jí udusila jo.“

Jako změněný duševní stav po požití velkého množství alkoholu spojený s agresivním jednáním popisuje paní Alexandra: „Spolužáků přijelo více a byla to slušná pařba, ale pak mám najednou všechno v mlze. Pamatuju si, že tam byla policie, já s nimi nechtěla mluvit jo, všude bylo spousta střepeů a já cítila, že mě každá část těla bolí. Dodnes nevím, co se vlastně stalo, a jestli vzpomínky, co mám v hlavě nejsou nějaké moje bludy a halucinace. Spolužák na policii uvedl, že jsem odešla na chvíli pryč a vrátila se úplně nepřítetná, že mi někdo něco hodil do pití. Pak jsem začala všechno v chatě rozbíjet a napadat lidi a oni že prej odešli a zavolali policii. Já popravdě nevím, vím, že jsem měla hroznej pocit a vážně si myslím, že mě třeba někdo mohl něčím omámit, ale já převoz do nemocnice odmítla. Kromě několika modřin a pár střepeů jsem byla v pořádku. Pak přijel partner a já v návalu paniky, že mi tenhle stav přivodil chlast všechno řekla. Jak piju potají v noci doma, kde mám skryše a podobně. Nevím no, jak to mám popsát, ale tohle byl pro mě šílenej kopanec k tomu, s tím něco udělat, protože mám v rodině i nějaké duševní choroby a normálně jsem byla v tu chvíli přesvědčená, že mám určitě nějakou psychózu. No, takže to byl ten nejsilnější impulz k tomu abych si pomoc vyhledala.“ I paní Veronika popisuje obdobnou událost, která ji utvrdila o nutnosti léčby: „No, nebudu lhát, několikrát jsem se ještě napila a vlastně na štědrý den jsem si dala vaječňák a pak jsem jela tahem až do silvestra pět dní tahem. Tenkrát jsem jim tam rozbila na co jsem přišla, řvala jsem tam na všechny i na moji tchýni, a tak jo. Byla jsem úplně na ranu. Tchán pak na mě zavolal policii, protože jsem rozbila něco skleněného, vzala si střepe do ruky a nechtěla jsem ho pustit. Pak už na psychiatrii jsem věděla, že jsem to udělala

*proto, abych se tam podvědomě dostala. Takže mě policie odvezla na záchytku, nadýchala jsem přes tři promile i když jsem normálně mluvila, ale už jsem pila několikátý den, takže mě už ani nepřišlo, že jsem opilá. No, a tak mě odvezli na záchytku, to teda v mém životě bylo už potřetí co jsem skončila na záchytce. No a už na tý záchytce jsem teda chtěla, aby mě rovnou dali do léčebny.“*

Paní Petra se nejvíce obávala abstinčních příznaků a možného deliria: „*Takže po této zprávě jsem si vlastně poprvé a naposledy v životě dala alkoholovým tah. Ne ve smyslu toho, že bych se chtěla upít nebo něco takového ale ve smyslu toho, že jsem se chtěla propít k rozhodnutí abych se někam nechala zavřít a abych neměla už jinou možnost se z toho nějak dostat. Takže jsem vlastně zůstala doma, vzala jsem si v práci neschopenku a zhruba asi osm dní jsem byla zavřená doma a jediná moje cesta byla do obchodu pro alkohol, a to bylo fakt osm dní kdy jsem nevystřízlivěla ale konečně přišlo to, že sedmý den mi bylo už fyzicky i psychicky tak špatně, protože jsem absolutně nic nejedla a už jsem začala mít i strach sama doma vystřízlivět, a to mě konečně dokopalo požádat o pomoc všechny, kdo byl ochotný mě v tu chvíli poslouchat. Já jsem povoláním zdravotní sestra a dobře jsem si uvědomovala, co by vystřízlivění po takovém tahu mohlo způsobit, takže jsem zavolala partnerovi, aby mě odvezl na detox a tam abych už prostě byla pod nějakým odborným dozorem. Takže mě tam zavezl, hospitalizovali mě na JIPce aby mě dostali z toho nejhoršího stavu a z tý JIPky mě přeložili na ten detox. Tam jsem vlastně pak strávila týden a na tom detoxu přišel ten zlom a viděla jsem tam tu oporu v těch lidech.“*

Participantka Zdena uvádí, že měla hned několik zdravotních komplikací, které ji dovedly k rozhodnutí vyhledat pomoc: „*Já strávila v nemocnici několik týdnů. Měla jsem kritickou podvýživu, opuchlá játra, několik zlomenin, kterých jsem si nevšimla ale i pohlavní nemoc, prošla jsem si tam svým prvním delírkem, pokusila jsem se zabít, zjistila že nedokážu jíst a netrávím a ani nevyučuju, deprese a panický záchvaty a jakože celkově špatný psychický stav.“*

### **Sociální faktory**

Závislost na alkoholu ve velké míře ovlivnila vztahy participantů v rodině, partnerství ale i mezi přáteli. Míra podpory od rodiny a přátel umožnila mnoha participantům využít ústavní léčby bez obav o zajištění nezletilých dětí. Naopak participant, kteří neměli k dispozici pomoc a podporu, se častěji uchýlovali k alternativním formám pomoci, využíváním různých ambulantních forem pomoci a podpůrných skupin.

Participant shodně uvádí, že nejvíce závislost na alkoholu negativně ovlivnila vztahy s rodinou a partnery. Paní Veronika uvádí: „*No a jinak to znamenalo můj vztah s mamkou, s tou jsem se skoro dva roky nebavila, ani s bráchou a s otcem ale s těma se nebavím do teď a tam je to poznamenaný už delší dobu. Máma se snaží se se mnou bavit, ale jako upřímně mi řekla, že doufala, že to nedám a zůstanu v těch sračkách a oni se budou starat o ty moje děti. Raději by říkali, že jsem bezdomovec, než aby řekla, že to zvládám. Takže ona se teďka se mnou baví jen protože ví, že já zase nad svými dětmi budu mít nějaký vliv a ona z toho důvodu se mnou chce být za dobře, abych jí umožnila mít ty děti na prázdniny a podobně. Ale není to jako vztah jako matka s dcerou. Takže po téhle stránce jsem na to zůstala sama, ale mám přítele, který je mou velkou podporou a oporou. Kterej mě vlastně i svůj způsobem v uvozovkách do té léčby přiměl jít.“*

Negativní dopad na rodinné vztahy uvádí i paní Radka: „*No partnerské určitě a vlastně i hodně rodinné. Třeba jsem úplně zničila vztah mezi mnou a bratrem, protože jsem mu v opilosti psala*

*nějaké hnusárny na facebook vlastně. On je vlastně uměleckej truhlář a taky už se naštvál a chtěl na mě volat policii že mu tam jakoby hejtím jeho práci, což bylo ode mě fakt blbý. Já jsem se mu potom jako omluvila ale prostě ty vztahy jsem tam úplně zničila. On už ve mně vidí jen tu alkoholičku. (...) Já taky nemám žádné kamarády no, to bude taky tím alkoholem ale jako asi i tím, že já nikoho nesnesu jo. No a rodiče jsou rozvedený. Mamka stojí při mně jo, ta je na mojí straně, ale otec stojí na straně přítele.“*

Participantka Petra nyní připouští, že již celou situaci vidí v odlišném světle a nebere to nyní jako příkoří ze strany rodiny: *„Jo, to určitě poznamenalo. Jako v tu chvíli jsem to úplně nevnímala ale určitě to poznamenalo v tom, že moje rodina věděla že piju od toho partnera a ty vztahy začaly být už poměrně dost komplikovaný. Samozřejmě ten velkej problém toho mého pití spočíval v tom, že já sama v sobě jsem si dokázala přiznat, že mám s alkoholem problém, ale nedokázala jsem to přiznat ostatním a nechtěla jsem to s nikým řešit. Byla jsem uzavřená do sebe a ani s tou rodinou jsem to nemohla řešit. Třeba si ale nemyslím, že by to nějak poznamenalo vztahy s mýma kamarádkama, protože ty, když se tohle vlastně dozvěděly od mé rodiny a partnera, tak mě hned kontaktovaly ve smyslu toho, že mě chtěly pomoc jo. Nechtěly mě nějak kritizovat, což mi prostě i když asi nechtěně dělala ta rodina, ale chtěly mě nějak podpořit. Takže moje dvě nejlepší kamarádky ne mě nevyvíjely nějaký tlak. I ta rodina mi chtěla ve výsledku pomoci, ale ten alkoholik v té nejhorší fázi si tu pomoc nechce prostě připustit a vlastně i to selhání v očích těch ostatních lidí ve mně budilo velkou bezmoc a zoufalství, takže jak říkám, hodně jsem se všech stranila. V té zavislosti nad tímhle přemýšlí úplně jinak jo, někdo ti nabízí pomoc a ty jen vidíš nějaký kalkul, že se tě chce zbavit, že ti chce ublížit a podobně. No a vztah s partnerem, tam to bylo úplně už rozbouraný ale pro mě to bylo těžký v tom, že já jsem vlastně rodinný typ a chtěla jsem hrozně tu rodinu zachránit a vlastně jsem si vůbec v tu chvíli neuvědomovala, že v tu chvíli už ani není co zachraňovat.“*

I paní Zdena připouští narušení vztahů v rodině především ze strany otce a ztráty důvěry svých dětí: *„Můj tatka se mnou nemluvil, a moje kamarádky byly alkoholičky jako já, takže podpora nula. Moje mamka nade mnou nezlomila hůl a když nebyl přítel doma, chodila mi pomáhat s úklidem, nakupovala mi a taky mi pomáhala s dítětem. To všechno za zády táty a taky přítele, který moje rodiče nesnášel a nechtěl by je tam. (...) Jenže já už byla úplně troska, která nemohla bez alkoholu být. Děti jsem s pláčem svěřila rodičům, oni by mi je stejně přišli brzo vzít a oni už pak věděli, že se u nás dějou hrozný věci a já nechtěla, aby to viděli. Poprvé v životě jsem věděla, že s tím musím skončit, když jsem viděla ty jejich zoufalé obličej a i to, že mi nevěřili no.“*

Rodina u participantek Katariny a Sabiny poskytla potřebnou podporu, ale přesto jejich závislost ovlivnila přátelské vztahy. Katarina uvádí: *„No tak já mám to štěstí, že rodina u mě zůstala a že mě držela a drží dodnes a jsem dnes tam, kde jsem. Bez nich by to rozhodnutí jít se léčit neudělala ale myslím, že kdybych nešla, takže by to už se mnou moc dlouho nevydrželi a že bych skončila bez dětí i bez partnera. No a přátelský vztahy mi to nabouralo hodně, protože tím, že jsem vlastně pila jenom doma. Tak o tom pořádně nikdo nevěděl a já jsem se všech začala dost stranit. Bylo mi vlastně dost trapně a vlastně prakticky ti lidi, kteří se mnou nebydleli v jedné domácnosti to do dnešního dne ani neví, že jsem na to byla až tak špatně. Takže tohle mě mrzí, že jsem o ty přátelé přišla, protože samozřejmě mi pak přestali psát a někam mě zvat, když jsem je pokaždé odmítla a pak vlastně když bych o tu společnost i stála, tak už se mi nikdo neozval.“*

Taktéž paní Sabina popisuje ztracení kontaktu s přáteli, ale i silné pouto s manželem a babičkou: „Vlastně jsem měla jen pár kamarádek a já jsem vlastně nikdy neměla moc kamarádek. Já vlastně od té doby, co jsem s manželem, tak se snažím jakoby být s tou rodinou, takže jsem měla asi tři kamarádky jako od školy. No a je jako by pravda že o ty sem teda přišla díky, díky tomu alkoholu no. Že jsme teda jako by někde byly a já jsem vlastně několikrát přebrala a pak se úplně dělo co se dít jako by nemělo. (..) Takže v tomhle směru asi jo. Manžel to teda ustál, to je vlastně takovej jedinej můj člověk. (...) Kdo to vlastně asi tušil od začátku byla moje babička, ta furt říkala „Sabčo, ty jako vážně budeš mít problém jo“ a ona to vlastně jako jediná tak trošku tušila a vnímala a věděla že se tam do něčeho, jakože propíjím, ale já jsem vlastně v tu chvíli byla hrozně blbá. Já se jí vlastně začala úplně stranit, žejo, protože já přece ten problém nemám a že to přehání. Ale taky mě za to pak neodsoudila.“

### **Shrnutí**

Zdravotní a sociální faktory měly značný vliv na rozhodovací proces participantů ve výběru formy pomoci. Obecně lze konstatovat, že většina participantů měla zdravotní problémy spojené s nadměrnou konzumací alkoholu. Také to byl velký impuls, který participanty přiměl vyhledat pomoc s léčbou závislosti na alkoholu. Sociální faktory zase ukazují, jak moc dokázala závislost ovlivnit vztahy participantů s rodinou, partnery i přáteli a ovlivnil výběr preferované formy pomoci.

#### **4.4.3 Využití formy pomoci**

Participantů využili formální i neformální formy pomoci. Mezi formální řadí ústavní a ambulantní léčbu. Mezi neformální podpůrné skupiny na sociálních sítích, online terapeutky a peer konzultanty. Participantů často tyto formální a neformální formy pomoci kombinují za účelem vlastního seberozvoje ale i při podpoře lidem, kteří se pro léčbu rozhodují.

#### **Ústavní léčba**

Pro ústavní léčbu se rozhodlo pět participantů, důvod pro výběr této konkrétní léčby se liší od aktuální situace každého participanta. Jedním z opakovaných důvodů byly dlouhé čekací doby na ambulantní pomoc. Paní Katarina uvádí: „Už vlastně po těch videích jsem začala docházet k psychologovi. Snažila jsem se to nějak řešit, ale to mi vlastně vůbec nic nedalo no. Takže jsem pak začala hledat adiktologa a nějakou ambulantní péči zaměřenou přímo na závislost. Jenomže problém byl, že já pocházím vlastně od Jeseníků a tady jsou ty čekací doby hrozně dlouhé jo. Takže vlastně během té doby jsem to vlastně vzdala, než jsem přišla na tu pomyslnou řadu a celkově já mám hrozně slabou vůli, vím to o sobě. Ještě jsem se přihlásila do nějakých facebookových skupin, kde se téma závislosti řeší. No a vlastně tím pádem z těch schodů a pomyšlením, že bych něco takového mohla způsobit před svými dětmi nebo je ještě nedej bože u toho zranit, tak místo čekání na ambulanci jsem se přihlásila rovnou do léčebny. Už mě ten problém hodně pátil, partner už byl z těch mých stavů hrozně naštvanej a unavenej a myslím, že to bylo tak za minutu dvanáct. Do léčebny jsem šla dva týdny po prvním kontaktu, takže pak si myslím, že už to byla poměrně rychlovka. Ale když jsem si do té léčebny dávala žádost, tak mi vlastně psychiatr taky říkal, že to se mnou tak hrozný není abych se nechala zavřít na čtyři měsíce do léčebny, já jsem už ale jinou cestu neviděla a jsem to prostě už rozlousknout nadobro.“

Akutní potřebu pomoci spojenou s dlouhými čekacími lhůtami na ambulantní péči se pro ústavní léčbu rozhodla i participantka Petra: „*Tak já jenom takhle na začátek řeknu, že jsem absolvovala ústavní léčbu. Zhruba po těch třech měsících, kdy jsem začala pít, tak jsem to začala řešit ambulantně na popud mé nejbližší rodiny. Takže jsem si sama vyhledala odbornou pomoc s tím, že nejdříve jsem si sháněla ambulantní léčbu, takže jsem obvolávala všechny možné instituce, kde bych si o tom svém problému, který se začal rozvíjet mohla promluvit. Jenže ty čekací doby z mého pohledu byly strašně dlouhé. Bylo to v rámci třeba dvou až tří měsíců, což v tu chvíli, kdy na mě byl kladen nějaký tlak ze strany mé rodiny a mého partnera a potažmo i tím alkoholem, že jsem už jako by potřebovala o tom jít promluvit co nejdřív, a to se mi teda nakonec poštěstilo v Renadi v Brně. Snažila jsem se ten alkohol odbourat. Musím teda přiznat, že tam jsem ještě jako by nepochopila podstatu toho uvědomění toho, že bych s tím opravdu měla přestat.... Poté jsem vyhledala adiktologa na Remedis v Brně, kam jsem začala docházet a kde jsem vlastně úplně poprvé ucítila nějakou opravdovou pomoc a pochopení a ten adiktolog se mi věnoval se smyslu toho, že piju a že musíme řešit ty následky ale ve smyslu toho, ale snažil se vyřešit tu příčinu. Jenomže ve stejné době, kdy jsem k těmto krokům docházela, tak jsem se dozvěděla, že můj partner zažádal soud o svěření syna do výhradní péče. To mě vlastně dostalo na to největší pomyslný psychický dno, kdy jsem si myslela, že se mi zhroutil celej svět a po alkoholovém tahu a detoxu jsem se nakonec rozhodla pro ústavní léčbu.“*

Paní Veronika také nejdříve zkoušela ambulantní léčbu: „*Pak jsem sama řekla, že jsem ochotná se jít léčit, našla jsem si ambulantní léčbu ve Žďáře nad Sázavou na adiktologii, která je úžasná, a chodím k ní do dnes. Dostala jsem léky, šla jsem k psychiatrice a ta mi řekla, že to vidí spíš na léčebnu. To jsem nejdřív zavrhlá, s tím, že nikam na kopeček nepůjdu, ale trvalo mi to asi měsíc a řekla jsem si, že děti stejně v péči nemám a že se mi nic nestane. Když jsem s tím přišla domů a řekla to přítelovi, tak byl proti, protože si nedovedl představit, že bych byla tři měsíce pryč. Jenže jsem pak měla ten tah a skončila jsem na záchytce. No a už na tý záchytce jsem teda chtěla, aby mě rovnou dali do léčebny. Za prvý jsem nechtěla zpátky k příteli, protože jsem tam udělala bordel jako prase, takže já bych tam snad ani nemohla jít za těch okolností a takže zavolali moji mámě, jestli bych tam teda nemohla jít. Léčila jsem se teda v Jihlavě.“*

Tlak ze strany partnera a rodiny cítila participantka Michaela, která uvádí: „*Nůž na krk mi dal můj bývalej přítel. Že prostě půjdu do léčby, že to takhle nejde a celou dobu mi to tvrdila i moje mamka, že prostě piju a že prostě ze mě de furt celjtít víno jo. No bývalej řekl, že se prostě půjdu léčit nebo mi vezme malou. Byla to úplná výhružka ale to jsem potřebovala. Já jsem to vlastně od nikoho jiného nebrala, až tohle na mě zapůsobilo. Léčebnu jsem si vyhledala sama. Nejprve jsem chtěla jít do Bohnic, ale ty mi moje mamka vymluvila a dohodila mi Horní Beřkovice. Takže jsem tam volala, no a jakože to se mnou bude horší, protože jsem epileptička žejo. A tak jsem vlastně potom nastoupila na léčbu do těch Horních Beřkovic. Nebyla jsem na detoxu, na tu léčbu mě vyprovodila moje rodina.“*

Taktéž paní Zdena cítila tlak rodiny, ale i lékařů, kteří jí bez ústavní léčby dávali mizivé naděje: „*V nemocnici mi to řekli jasně. Nejtěžší stupeň alkoholové závislosti a že pokud budu pít, určitě brzy umřu. Měla jsem dost času o tom přemýšlet, protože jsem měla tolik zdravotních problémů, že jsem několik týdnů kolovala z jednoho oddělení na druhé. Já, jakože furt byla přesvědčená, že bych to mohla zvládnout i doma, ale k rodičům jsem mohla jen za podmínky léčby. No, a tak jsem pak nastoupila do léčebny.“*

### Ambulantní léčba a neformální formy pomoci

Možnost ambulantní léčby doplněnou o neformální formy pomoci se rozhodlo pět participantů. Hlavním důvodem pro zvolení této formy pomoci byla nemožnost opustit děti na několik měsíců v rámci ústavní léčby.

Paní Sabina zvažovala dostupné formy pomoci společně se svojí rodinou, po zhodnocení rodinné situace se rozhodla následovně: „*Já se léčím ambulantní formou. My jsme to tady jako řešili, co by asi bylo nejlepší. Jestli na tu hospitalizaci nemám jít, ale vzhledem k tomu, že fakt máme ty malý tři děti a docela velkou hypotéku, tak úplně nejde, aby manžel jako šel na tři měsíce pryč ze zaměstnání. Takže jsme si vlastně řekli že to zkusíme ambulantně. Dokonce jsem se přihlásila i do AAček, ale já jsem vlastně zjistila, že ty AAčka jsou pro mě asi zbytečný, protože já vlastně jako první krok, co jsem udělala, že jsem vlastně o tom problému informovala úplně všechny moje blízké. Docházím jednou týdně za adiktoložkou, zatím ještě pořád jednou týdně a říkala, že potom bychom to mohly třeba víc natáhnout, že by to pak mohlo být jednou za dva týdny nebo za tři týdny.*“

Pan David byl tři dny nedobrovolně hospitalizovaný v psychiatrické nemocnici z důvodů, které nechtěl uvést, ale v důsledku této nedobrovolné hospitalizace popisuje: „*Nicméně, jsem tu psychiatrickou nemocnici v Jihlavě zažaloval, protože jsem chtěl jít domů, a protože jsem byl přesvědčený a jsem přesvědčený stále o tom, že jsem tuhle jejich pomoc nepotřeboval ale to s tím nesouvisí.*“ Dále popisuje: „*Následně jsem nastoupil ke svému obvodnímu lékaři s prosbou, aby mi napsal antabus. Prostě už jsem už v tom minulém roce byl několikrát přesvědčený, že dokážu přestat pít, ale bohužel si mi to nedařilo, tak jako předtím. A věděl jsem, že si nemůžu dovolit vypadnout synovi na tři měsíce ze života, abych podstoupil nějaký tohle ústavní léčení. Pořád jsem byl přesvědčený, že alespoň ten antabus mi v tomhle trochu pomůže, protože já, jako vystudovanéj chemik jsem si prostudoval, že ethanol se rozkládá na acetaldehyd a že to je prudce jedovatá látka. Antabus vlastně udělá to, že vytvoří enzymy, který zastaví přeměnu acetaldehydu na kyselinu octovou a vlastně dojde k otravě toho organismu. Ten antabus by se měl brát pod dohledem toho doktora, ale mě se povedlo to domluvit tak, že to budu brát sám, protože jsem nedokázal skloubit se školkou, prací, dojížděním a všemi ostatními věcmi ještě dvakrát týdně dojíždět k lékaři. Takže jsem si tedy domluvil, že pokaždý když si beru ten antabus, tak si to nahrávám na telefon. Opravdu začnu prostě natáčet, vytáhnu antabusovou krabičku, jak to dávám do vody, jak to piju jo, všechno samozřejmě aby to šlo vidět. No a vytvořil jsem WhatsApp skupinu, kde je moje rodina a pravidelně to tam sdílím. Já třeba ještě každý pondělí chodím na adiktologii do Bystřice, kde mají problém sehnat skupinu lidí jo. Tam teda chodím pravidelně už od září na individuální terapii a v podstatě jsem se moc nedokázal uvolnit před jedním člověkem a vyprávět mu to, tak mi pak nabídla tu skupinovou terapii. A tam se to fakt potvrdilo, že asi po deseti minutách mezi těmi lidmi ze mě ta tréma a napětí spadlo a už to bylo všechno v pohodě jo a člověku to pak dává ten pocit té odměny v podobě, že já jsem tam už snad předposlední, kdo od toho září pravidelně na ty sezení dochází jo. Takže to je adiktologie, antabus mi předepisuje obvodák, a to je vlastně vše co teď stihnu a mám na to kapacitu a vlastně ještě beru ty antidepresiva čtvrtý generace jo.*“

Paní Jana taktéž z důvodu péče o syny v pěstounské péči volila formy pomoci, které může absolvovat ambulantní cestou: „*No, takže jsem si vlastně začala shánět anonymní alkoholiky o kterým jsem měla jako by dojem, že tam můžu anonymně přispívat a že oni mě vlastně dovedou*

*na jakousi správnou cestu. Takže jsem se jednoho krásného dne přihlásila na adiktologii ve Žďáře nad Sázavou. Tím jsem najela už na nějakou uzdravovací cestu. Takže jsem pak jednou týdně začala chodit do áček. No a adiktologii jsem měla jednou za čtrnáct dní schůzku, kde vlastně probíráme, co se za ty dva týdny dělo a proč. Rozklíčovávali jsme určitý situace. No a tím, že jsem začala abstinovat, tak se mi hrozně rozjela deprese, já jsem na ně do té doby brala jen nějaké úplně ty nejlehčí antidepresiva, a ještě fakt jako nizounkou dávku. Jenže mě se ty deprese začaly vlastně strašně projevat, do toho adiktoložka abych se do toho přihlásila na psychiatrii abych byla vlastně vedená pod nějakým dohledem i tam. To bylo skvělý a pro mě hrozně doplňující. Takže komplex těchto všech věcí mě dal to, že se můžu léčit doma a nemusím jít na nějakou léčbu, protože já ty děti opravdu nemám kam dát i kdybych chtěla jít na hospitalizaci.“*

Období komplex aktivit vyhledala při léčbě závislosti i paní Alexandra: „No, byla to nějaká kombinace vícero věcí. V první řadě jsem si o tom chtěla něco načíst, takže jsem si koupila plno knih, přečetla publikace na internetu, začala jsem si psát i s lidmi z facebooku, který si sami závislostí prošli. To bylo taková ještě, než jsem se vůbec dostala k psychiatričce a psychologovi, protože samozřejmě jsem byla objednaná až za několik týdnů. No, pak jsem začala chodit na anonymní alkoholiky. No a potom už přišla na řadu psychiatrička a ta mi po sérii vyšetření napsala tetradin. Taky přišla na to, že trpím úzkostnými stavy a napsala mi antidepresiva. Zároveň jsem začala chodit k psychologovi ale po několika sezeních mi doporučit nějaké adiktologické centrum. Poté jsem si začala pravidelně docházet tam. Ve zkratce si udržuju všechny tyhle věci. Jsem hodně aktivní na sociálních sítích... No a na adiktologii chodím každý třetí týden. Teď už naštěstí nepotřebuju úplně tak intenzivní péči jako ze začátku. To je asi tak vše. Jo, ještě ty anonymní alkoholici, tam se taky snažím chodit, když mi vyjde čas.“

Nejvíce kreativní formu pomoci si zvolila paní Radka, důvodem bylo zklamání při sezení s psychologem, své zkušenosti popisuje následovně: „Nabídla nám taky pomoc těch podaných rukou, kde byl nějaký psycholog. Mě to pořád nějak nevyhovovalo s tím psychologem, jak mi kladl ty otázky jo, „jak vám můžu pomoci“ a mě tohle hrozně vadí jo, protože když jsem tam byla úplně ztracená, a někdo vám položí otázku, jak mi může pomoci a pak dvacet minut kouká jak sádrověj prstuh, tak to mě hrozně vadilo. Na tom posledním sezení jsem mu řekla, že mi tím bohužel nepomáhá nijak a už jsem tam pak nikdy nešla. Když tohle selhalo a já byla fakt zoufalá tak jsem všude psala a hledala nějakou pomoc po tom facebooku jo a shodou okolností jsem byla ve skupině jedné terapeutky Alex Kotasové je to zkrátka žena, která si tím vším taky prošla jo, drogy, alkohol a tak. Byla jsem v té její skupině už nějakou dobu, měla zajímavé příspěvky, a i ona byla taková zajímavá, a tím že si tím sama prošla, tak jsem si řekla, proč to prostě nezkusit. Jo měla nějaké bloky buď nějaké skupinové online terapie, nebo terapie one to one. Takže jsem jí oslovila, měla jsem s ní rozhovor kde mi řekla, že úplně okamžitě musím přestat pít jenže to já jsem se zase bála kvůli nějakým těm abstinenčním příznakům jo. Takže zkusíme nějaké omezování plus si najít nějakou nejbližší AA skupinu a taky psychiatra, takže jsem postupovala takhle podle těch jejích kroků. Byla jsem pak i v tom jejím sedmítýdenním online programu, samozřejmě placeném, kdy jsme se každý den potkávali přes zoom a bylo to takové dvouhodinové povídání té skupinky. No a tahle Alex vlastně razí tu metodu absolutní abstinence. Potom jsem měla ještě jednu paní, tu jsem taky viděla na facebooku a tak ta se jmenovala Divana K a ta měla metodu TSM to vlastně je, že přestanete pít tím, že užíváte takový lék před plánovaným pitím a po požití toho léku vám vlastně vyhasne chuť na ten alkohol. Prý to funguje ale já nevím. Já jsem ale úplně přestat chtěla úplně. Tudíž jsem teď ve stavu úplné abstinence. Jo, jako já jsem se úplně někam nechtěla nechat

*zavřít na léčebnu jo. Už kvůli těm dětem, že se o ně starám hlavně já, nemám úplně moc někoho, kdo by mi s tím nějak pomohl.“*

### **Shrnutí**

Participant, kteří se rozhodli pro ústavní léčbu, často dle svých slov neměli na výběr. Tlak se strany partnerů a rodiny na léčbu byl intenzivní a dlouhé čekací doby na ambulantní péči jim mnohdy neumožňoval zkusit nejprve tuto cestu. Participant, kteří se rozhodli pro ambulantní pomoc shodně tvrdí, že jim toto rozhodnutí neumožňovala rodinná situace a v případě jejich nepřítomnosti by nebylo adekvátně postaráno o jejich nezletilé děti. Při ambulantní léčbě často vyhledávají podpůrné skupiny a sociální sítě.

#### **4.4.4 Interakce se sociálními službami**

Výzkum se zabývá rodiči na mateřské či rodičovské dovolené se závislostí na alkoholu. Velká část participantů se proto při své cestě k dlouhodobé abstinenci setkala s nějakou sociální službou jako je například Orgán sociálně-právní ochrany dětí a mládeže (OSPOD), občanské poradny nebo v rámci ústavní léčby využívají služeb sociálního pracovníka.

#### **Orgán sociálně-právní ochrany dětí a mládeže**

Do kontaktu s touto institucí se dostalo 6 z 10 participantů. Za kladnou interakci bez dalších obtíží ji považují tři participantky. Paní Zdena pouze stručně konstatuje: *„Tou první byla sociálka kvůli dětem žejo. Tam se dávala to opatrovnictví na moje rodiče jo. Ale jako vždycky dobrý, my si hodně věcí dokázali vyřídit mezi sebou, a tak tam byly spíš jako pro nějaké zpečetění té domluvy.“*

Paní Katarina po úrazu hlavy způsobený alkoholem popisuje kontakt následovně: *„Jo, no, po tom posledním mém velkým extempore, kdy jsem vlastně spadla z těch schodů, tak jsem musela jet do nemocnice. Takže potom mi zavolala paní z OSPODu a byla se u nás podívat. Jako vyhodnotila, že ta domácnost je v pořádku ale doporučila mi právě toho psychologa nebo nějakou formu pomoci, která by mi pomohla s tou závislostí. Ale to už vlastně bylo to období, kdy já jsem si nakontaktovala tu hospitalizaci, protože jsem věděla, že jsem dospěla do toho bodu zlomu. Takže vlastně ona mi nenařídila nějaký dozor, i když teda řekla, že pokud by se tahle situace opakovala, že by k nějaký formě dohledu musela přistoupit. Ale já jsem z toho měla takovej strach, že by to došlo až takhle daleko, tak jsem udělala ten krok s tou hospitalizací a nechala si pomoci, dokud jsem měla ještě nějaké zábrany a nebylo mi úplně všechno jedno. Ale za mě tahle konkrétní paní, co jsem měla já byla úplně skvělá jo. Pomáhala mi vymyslet co s tím, byla jsem i za ní na oddělení a vůbec mě neodsuzovala.“*

Participantka Jana zná práci sociálních pracovníků z OSPODu v odlišné podobě z důvodu pěstounské péče. V rámci své závislosti na alkoholu s touto institucí nic neřešila, přesto přiznává: *“Bylo to za mě trochu překvapující, že bych pomalu i byla ráda, aby mě někdo něco řekl abych se konečně pořádně styděla a možná to začala řešit ještě dřív. Prostě to úplně všichni přecházeli i když to víno musely ze mě cítit a taky u mě doma vidět. Na druhou stranu s tím OSPODem jako pěstounka mám zase trochu jiný vztah než někdo, koho nějakým způsobem hlídají pro ohrožující chování a pak hlídají každou činnost. No, a to je právě ono, že jsem si potom říkala, jak to jen můžu dělat, když já mám ty rodiče zaskakovat, ale blížila jsem se tím svým jednáním na jejich úroveň. A to mě hrozně brzdilo, že tohle prostě udělat přece nemůžu. Ten stud zapracoval, abych tu uzdu s tím alkoholem úplně nepustila.“*

Následující výpovědi participantů hodnotí interakci s institutem OSPOD jako problematické, ovšem jde o subjektivní výpověď participantů. Zde také OSPOD přistoupil k restriktivním opatřením.

Paní Veronika v době své závislosti souhlasila s výlučnou péčí pro otce nezletilých, ovšem v současné době se pokouší o zrušení dohledu a rozšíření kontaktu a z nové sociální pracovnice má lepší pocit. Své zkušenosti popisuje takto: „S OSPODem jsem vlastně řešila ty děti, ale v průběhu té závislosti jsem neměla vůbec sílu bojovat abych je měla ve své péči. Na začátku to nebylo moc dobré. Byla jsem naštvaná na moji mamku a bývalého manžela, že tam šli dřív než za mnou. Nadávala jsem tam, že nepotřebuju žádnou adiktologii, že jsem úplně v pořádku a pak mi došlo, že to tak nebylo a že to na mě bylo i hrozně vidět. Takže jsem si připadala jako úplnej vůl. No a pak jsme dostali novou sociální pracovnici, protože ta předtím na mě byla i nějaká vysazená, taky byla ze stejného města a párkrát mě třeba někde viděla v nějaké nedobré formě. A taky hodně věřila tomu mému bývalému manželovi, on kdyby řekl i to, co není pravda, tak jemu by to prostě prošlo. Jenže jsem v tu chvíli byla větší darebák, takže jsem to nebrala úplně moc dobře. No a jak přišla ta nová sociální pracovnice, tak to bylo zrovna ve chvíli, kdy jsem se rozhodla do té léčby jít. Takže ona mě poznala ještě před tou léčbou, viděla mě vlastně jednou ještě jaká jsem byla předtím a podruhé za mnou vlastně už jela do té léčebny a tam byla tou mojí proměnou hrozně nadšená a vlastně se mnou nejela už na takovou tu ozdravnou cestu. Takže ve finále super, chodím tam ráda a jsem z toho nadšená. I ta paní už teď řekla, že budeme bojovat za to, aby se ten dohled už zrušil, protože teď moc dobře ví, že už je to u mě v pohodě. Já si myslím, že už by nás i ráda měla z krku, ale ten soud to takhle předtím chtěl, mám tam záznamy i z těch záchytek a podobně. Takže když u toho soudního stání přečetli ten můj trestní rejstřík a pak se měli řešit děti, tak to znělo úplně hrozně a věděla jsem, že to nevyjde. Ale paní si se mnou tu cestu prošla a vidí, jaká jsem teď, takže snad už by teď neměl být problém a nějak to dopadne.“

I paní Petra popisuje negativní zkušenosti s institucí OSPOD, které zažívala v předešlém bydlišti. Postup sociálních pracovníků charakterizuje jako diskriminační a traumatizující. Po přestěhování do jiného města se situace uklidnila a v současné době hodnotí spolupráci se sociální pracovníci kladně: „Jo, tak poprvé jsem se setkala s tím OSPODem, takže tam začala ta intenzivní spolupráce s rodinou. S tím OSPODem ta spolupráce už tak dobrá nebyla v mých očích a dokážu to teďka už trochu posoudit i tím střízlivým okem a zkušeností s jiným OSPODem v jiném městě. Zkrátka s tím konkrétním OSPODem jsem neviděla to, že by nějak zastávali to dobro toho mého syna a neřešili vlastně nic, co by se dalo udělat pro to, aby ta bezpečnost toho dítěte byla zajištěna. Pouze mě stavěli do role toho problémového alkoholika, který má řešit jen sám sebe a nebrali v potaz žádné jiné a myslím, že neméně závažné okolnosti okolo. Po léčbě vlastně už byl hned soud, můj bývalej partner po léčbě přišel s tím, že podepíšeme dohodu, kde já bych byla ve výlučné péči syna a syn byl svěřen do výhradní péče mě. No, a tak to dopadlo tak, že já místo soudu s partnerem jsem se soudila o syna s OSPODem. Bylo to extrémně nepříjemné a přišlo mi, že už vůbec nejde o syna, paní sociální pracovnice moc dobře věděla, že synovi je nejlépe u mě a že můj bývalej partner tu výlučnou péči vlastně úplně tak moc nechce. Bylo to jakoby volba mezi abstinující alkoholičkou, která ale své dítě miluje a stojí o něj a udělala potřebné kroky k tomu, aby spolu mohli být spolu a o otce, který toho syna sice miluje taky, ale za tři měsíce přišel na to, že mu nevyhovuje být s malým dítětem jen doma. Soud jsem nakonec vyhrála a syn byl svěřen mě, takže já jsem se pak se synem odstěhovala do místa mého původního bydliště, kde mám svoji rodinu já. Poté co mi byl malej svěřen do péče mi sociální pracovnice dala podepsat individuální plán, kde třeba bylo,

*že musím brát antabus a moje rodina mě musí při relapsu okamžitě nahlásit na nejbližší OSPOD a syn mi bude neprodleně odebrán. Tyto dvě věci jsem taktéž konzultovala s právníkem, s tím, že já antabus brát nechci, protože ani nebyl v tu chvíli na trhu k dostání, takže bych stejně brala tetradin, ale ani o to nešlo. Ani doktor mi nemůže přikázat, že mám něco brát a nevím proč by to měla dělat nějaká sociální pracovnice, navíc jsem tuhle berličku nechtěla, bažení jsem žádné neměla a nechtěla jsem si zbytečně zatěžovat dál zdraví. Když jsem jí řekla, že jí to s tím antabusem nepodepíšu, protože bych to nedodržela, tak mi řekla že to prostě požene dál. Ze strachu z nějaké další konfrontace jsem to tedy podepsala, ale naštěstí jsem se pak přestěhovala a tady to po mě paní nevyžaduje a jako řekla, že je to za ní naprosto nadbytečná věc. Změnilo se trvalé bydliště mého syna a tím se změnilo i působiště OSPODu a tím jsem navázala další spolupráci s jiným OSPODem. Jsem ráda, že to nakonec takhle dopadlo, ale když o tom mluvím, tak mě z toho fakt mrazí. Tato pracovnice, co teď mám se o tom se mnou problému baví do hloubky a mám takovej pocit pochopení, a i ten přístup je dost odlišný no. Jsem teď moc spokojená v tomhle ohledu.“*

Paní Radku kontaktoval OSPOD na základě udání ze školy dcery, kontakt popisuje negativně avšak tento krok byl pro ni impulsem pro vyhledání pomoci se závislostí na alkoholu: „Starší dcera se na střední škole svěřila do schránky důvěry ve škole. Tak si jí ta psychologka zavolala a nějak jí to tam všechno pověděla co se doma děje, nepěkné věci, hádky na denním pořádku, opilecké scény od matky i otce, že jsme oba věčně opilí. No a třídní učitelka si pak zavolala přítele do školy, takže tam šel a tam mu řekla co ta dcera v zoufalství a totální beznaději udělala, že už nevěděla kudy kam, a tak udělala tuhle věc. No ale nám ta třídní učitelka s tou psychologkou pak řekla, že by to správně měly hlásit na OSPOD, ale že nám dávají ještě šanci si to doma napravit, a tak nějak pomyslně nad námi varovný prst. Jenomže potom se to v té škole asi nějak provalilo mezi tím učitelským sborem a dozvěděl se to někdo, kdo to na trn OSPOD dal. Takže samozřejmě telefonát ze sociálky, to byl teda už velkej šok, potom teda ta pracovnice navštívila obě naše dcery v těch jejich školách. A tak se nás pak ptala, jak jsme na tom s tím alkoholem a samozřejmě jsme jí zalhali, že je to už lepší a že se snažíme. Jenže pak se zeptala i těch našich holek a ta starší teda zase řekla pravdu, že je to pořád všechno stejný. Takže jsem na ní zase byla docela našťvaná, proč prostě nemohla říct, že je to už třeba o něco lepší, že se snažíme a pijeme míň jako, takže jsem na ní byla hnusná a našťvaná ale jako já vím, že jí křivdím, že ona jen chtěla, aby tady už byl klid a ona na tohle všechno měla právo. Když se mě ta sociální pracovnice zeptala "vy chcete přijít o ty děti", tak jsem se tam málem složila a rozhodla se, že nějakou pomoc musím vyhledat. Teď když se na to podívám ten rok zpět, tak dcera nám zachránila život nebo minimálně mě. Ale ten OSPOD byl už poslední tečka. Teď jsem tam byla znovu a paní je za mě ráda, takže snad už to bude do budoucna lepší.“

### **Shrnutí**

Při cestě za abstinencí participanty nevyužívali mnoho sociálních služeb. Pouze dvě participantky uvádějí kontakt s občanskou poradnou, kde okrajově řešily své dluhy nebo rodinné potíže. Participanty, kteří absolvovali ústavní léčbu, přišli do kontaktu se sociální pracovníci na tomto místě, nejčastěji jim pomáhala s žádostmi o přesunu soudních jednání. Nejčastěji přicházeli participanty do kontaktu s Orgánem sociálně-právní ochrany dětí a mládeže v důsledku úpravy styku s nezletilými dětmi. Participanty subjektivně popisují některé negativní zkušenosti, která vede k zamyšlení o pravomocích sociálních pracovníků.

#### 4.4.5 Faktory, které pomáhají udržet dlouhodobou abstinenci

Výzkum se dále zabýval současnou abstinencí, která byla jedním z kritérií této práce. Zkoumá, jaké konkrétní faktory jsou pro participanty důležité a zda využívají i následné (doléčovací) péče. Všichni participanté se shodují na zásadní změně svého myšlení, aby udrželi dlouhodobou abstinenci. Ovšem pouze 6 z 10 participantů v současné chvíli využívá některé následné péče přímo související se závislostí na alkoholu.

##### **Aktivní využívání následné péče**

Za důležité pro udržení dlouhodobé abstinence považuje paní Alexandra následného doléčovacího programu a kombinaci dalších komunitních podpůrných skupin: *„No a pak mi pomáhá adiktolog, anonymní alkoholici a aktivita na těch facebookových skupinách. Našla jsem si tam plno přátel, se kterými jsem v pravidelném kontaktu a sdílíme společně svoje úspěchy i pády. Nemyslela jsem si, že to dal dlouho vydržím bez lapsu, ale od mé první návštěvy adiktologie jsem se nenapila. Takže ve zkratce je mojí motivací partner, jeho nebo respektive i můj nevlastní syn, práce, která mi dává smysl a komunita lidí, co si prošla taky závislostí. Chodím i k té psychiatričce, ale teď už je to víceméně jen pro léky.“*

Následné služby považuje za stěžejní i paní Katarina, která prošla ústavní léčbou, ale jistá si svou abstinencí ještě není. Taktéž se snaží ambulantní doléčovací program kombinovat s podpůrnou skupinou anonymních alkoholiků: *„Jojo, u nás doma je taková organizace Darmoděj, je to ambulantní péče, kde je adiktolog. Jezdím tam jednou týdně podle potřeby, protože já ještě nejsem tak dlouho abstinent, aby mě to nějakým způsobem nelákalo a třeba mi ta myšlenka k tomu alkoholu nesklouzla. Já jsem vlastně vyšla z léčebny asi před třemi měsíci, takže jsem čistá asi šest měsíců, ale zatím se držím a je mi bez alkoholu dobře. Ale jako je to krátká doba abych se vychloubala že jsem abstinent a byla přesvědčená, že už se nikdy nenapiju. Ještě pokud mi to vyjde, tak se snažím docházet na anonymní alkoholiky. A já žádné jiné psychické problémy nemám a jak říkám, nechci mít berličku ani žádné uklidňovány.“*

Paní Petra se taktéž léčila ústavní formou a následné doléčování je pro ni stejně důležité jako samotná léčba: *„Obecně to k tý abstinenci nestačí, důležitější je pro mě i start tý abstinence, což byla u mě ta léčba ale ta nejtěžší část vlastně potom, a to je strašně důležité to podporovat jakoukoliv formou doléčování. Já udržuji kontakt s tím adiktologem z Remedi, kterého jsem si nakontaktovala ještě před tou léčbou a je to z toho důvodu, že mě ta pravidelnost dělá dobře. No a druhá forma doléčování pro mě je, a co mi strašně moc pomáhá, je vracet se každý měsíc na setkání pacientů přímo na to konkrétní oddělení, kde jsem strávila tři měsíce. Je to pro ty aktuální pacienty povinná terapie ale i pro nás, abstinenty, kteří tam jezdíme taková forma terapie a my těm pacientům vyprávíme a dáváme jim takovou zpětnou vazbu toho, jak vlastně naše abstinence po propuštění vypadá a jak se nám daří. Pro mě je největší terapie je vracet se na tu léčebnu v tom smyslu pomoci trochu ostatním ale zároveň to vnímám jako autoterapii pro sebe. Jako zatím mi to takhle stačí, vím i o dalších možnostech doléčování a jsem připravená, v případě nějakým obtížím to navýšit nebo docházet i na nějaké jiné sezení, protože z toho problému mám určitě teď už velký respekt, a i když teď nepocituju nějaký problém a nemám žádné bažení, tak vím o těch možnostech a kam se obrátit. Jinak neužívám žádnou medikaci, ale samozřejmě se nebráním tomu, kdyby k tomu přišlo, že bych s třeba ten antabus jako berličku nechala napsat.“*

Paní Zdena využila služeb psychoterapeutky a také se účastní sjezdů abstinujících alkoholiků, avšak v případě paní Zdeny je délka abstinence v řádu let a nyní už tak velkou potřebu následné péče necítí: „Chodila jsem za terapeutkou, pomáhala mi z těch depresí a myslím, že to mě k té střízlivosti taky nakoplo. Jezdím taky občas na sjezdy abstinujících alkoholiků, který pořádá léčebna, kde jsem byla. Už to tam ale hodně prořídlo, a tak mi to už nedává takovou motivaci, kterou bych si nejspíš přála. Po léčbě jsem chodila na antabus, ale jak jsem už zmiňovala, že na ten řád úplně moc nejsem, tak jsem zapoměla a pak už tam prostě nechodila, protože jsem zjistila, že můžu žít i bez toho. Akorát beru antidepressiva, teď už jen takové lehoučké, zkusíme to s doktorkou pomalu vysazovat, ale nějakou malou dávku mít ještě musím.“

Paní Jana taktéž využívá různých forem doléčování, a dokonce uvažuje i o absolvování kurzů na peer lektora: „No a ráda se účastním těch setkání na adiktologii a ráda se o tom bavím, a dokonce mám v těch skupinách i nějaké lidi, se kterými se bavím a vlastně mě žádají o mé rady a zkušenosti. Udržuje mě, že jsem v kontaktu s Pepou, tím peer lektorem a ten mi dokonce dal návrh abych to peerství zkusila i já jo. Takže jsem se vlastně už i koukala na to, co to obnáší, ale s dětmi to ještě nejde, protože tam jsou kurzy, že někde musím strávit víkend přes noc a já prostě nemám ty děti kam dát. Takže zatím ne, ale časem jo. A je to jakoby jako ten vztah, co já jsem měla s Josefem, a to mi dává taky hroznou sílu v tom pokračovat, abych třeba jednou to těm lidem mohla předávat. Protože když si to člověk prožije sám, tak ta osobní zkušenost je skvělejší benefit. Dokonce mě v adiktologické ambulanci řekla, že kdybych si ten kurz udělala, takže by o mě měli zájem.“

### **Abstinence jako životní styl**

Participantů popisují život bez alkoholu jako svůj životní styl, který přijmuli a jsou více spokojeni. Paní Jana je na sebe nesmírně hrdá a uvádí: „Mě určitě pomáhá, že jsem si z toho fakt udělala životní styl a za tu abstinenci jsem začala vyloženě bojovat. Já jsem si to v sobě úplně převrátila, že i když jsem se třeba mohla někdy napít, tak jsem k tomu vůbec neměla chuť. Já se prostě teď cítím tak hrozně dobře a já jsem na to hrdá a jsem skutečně pyšná, že jsem si tu cestu vybrala. Já vlastně jsem i pyšná na to, že jsem abstinující alkoholička, protože mi to hrozně dalo. Takže jednoduše to mám ráda. Takže asi tak no, udělala jsem si z toho životní styl.“

Abstinenci jako nastavení svých vnitřních hodnot uvádí i paní Petra: „Úplně narovinu mě nejvíc pomáhá udržet abstinenci moje víra v mně samotnou. Opravdu jsem si sama dokázala nastavit hlavu tak, že já abstinuji hlavně sama pro sebe. Pro mě vlastně není až tak důležité, jak se na moji abstinenci dívají ostatní, ale je pro mě důležité, jak svoji abstinenci vnímám já. Mám to tak nastavené v hlavě, že já sama věřím sobě a ani nepotřebuji nějakou vůli a nemám tendenci k tomu pít. Dokázala jsem pochopit a přijmout nějaké své hodnoty, dokázala jsem se naučit sama sebe vážit a opravdu jsem postavila na první místo sama sebe.“

Taktéž vidí abstinenci i paní Sabina: „Úplně narovinu mě nejvíc pomáhá udržet abstinenci moje víra v mně samotnou. Opravdu jsem si sama dokázala nastavit hlavu tak, že já abstinuji hlavně sama pro sebe. Pro mě vlastně není až tak důležité, jak se na moji abstinenci dívají ostatní, ale je pro mě důležité, jak svoji abstinenci vnímám já. Mám to tak nastavené v hlavě, že já sama věřím sobě a ani nepotřebuji nějakou vůli a nemám tendenci k tomu pít. Dokázala jsem pochopit a přijmout nějaké své hodnoty, dokázala jsem se naučit sama sebe vážit a opravdu jsem postavila na první místo sama sebe.“

Paní Zdena dodává: „*Ted' jsem nejdíl čistá, už je to sedm let, co jsem naposledy pila. Nějakej úplnej recept na abstinenci nemám. Nepiju, protože pít nechci. Mám to prostě v hlavě.*“

### **Rodinné vztahy**

Participant jako důležitý faktor pro udržení dlouhodobé abstinence uvádí opětovně nezklamat svoje rodiny. Udržení vztahů s rodiči, partnery i dětmi považují za velkou motivaci, neboť je během léčby nesmírně podporovaly. Paní Katarina uvádí: „*Ale jako co mě hodně drží je nějakej ten vděk a k mému partnerovi jo. Můj partner doma na všechno zůstal sám a já čtyři měsíce byla pryč, tak bych se mu velmi špatně odvděčila a hrozně bych to podělala. Takže vlastně on a moje děti jsou mi tou největší oporou. Jo, i ta jeho rodina mě podporuje úplně ze všech možných stran, ti to se mnou nevzdali i když to bylo úplně nejhorší no. No, a to je takovej kompletní balíček co mi pomáhá.*“

Jako povinnost nezklamat své blízké cítí i paní Sabina: „*Ale já tohle všechno našťestí mám, cítím jako velkou podporu, a i pomoc jo, že mi vlastně i dávají víc času pro to trávit s manželem ty chvíle jen o samotě, víc mi s dětmi pomáhají a vlastně se tím hodně věcí vyřešilo a zlepšilo. Takže jo, i to je taková motivace v tom, že tu abstinenci nechci porušit, protože mi všichni moc pomohli a já je nechci zklamat. Jako hamba by mě fackovala, kdybych si před nimi měla otevřít třeba pivo, jo, jako lidi co mi prostě věřili a všechno a vlastně jsme to tady řešili den co den, semklo nás to jo, a oni mě prostě s tím přijali a to jsem tomu ani nedokázala pomalu uvěřit.*“

Paní Radka se nejvíce obává, že by tím přišla o své děti: „*Co mi pomáhá? No to vědomí, že mi jinak vezmou děti. Jo a ty děti, že mě můžou nenávidět za to, že je máma alkoholička i když už ted' abstinující jo, ale pořád alkoholička. Takže já nevím, jestli jsem to prostě už všechno nezničila, to asi ukáže až čas. A dál mi pomáhá prostě pomýšlení toho zvednutého prstu, kterej nade mnou visí s tím, že to opravdu nemůžu znovu dopustit. Takže za mě asi tak no.*“

Paní Veronika uvádí jako jednu z motivací k abstinenci zlepšení vztahů s dětmi a rozšíření styku: „*Takže určitě ty děti, a ne jenom to abych je dostala zpátky, ale prostě tu chci bejt pro ně a o dost jsem přišla a vím, že prostě bez nich automaticky nemůžu být nebo jako ani bez nich nechci být. Víím to. A víím, že je snad ještě čas to všechno spravit.*“

I pro paní Michaelu je největší motivací její dcera: „*Mojí motivací je to, že mám ještě snad další půlku života před sebou a mám tady tu dceru kterou fakt s velkou láskou vychovávám a prostě ten alkohol nechci. Takže pro mě je motivace můj život, moje dítě a jakože na zdraví a abychom jednou mohli vidět společně moje stárnutí a její dospívání. Takže za to já jsem hrozně vděčná, že to ted' můžu vidět střízlivýma očima.*“

Trochu jiný pohled na toto téma uzavírá paní Alexandra, ta závislost ve své rodině vidí již od dětství a nechce jít ve stejných stopách: „*Těch motivací je opravdová spousta. Třeba i to, když se podívám na moji mámu, protože kdybych nepřestala pít, tak jsem za deset let naprosto stejná jako ona. Schizofrenní alkoholička s agresivním chováním a zcela nevyzpytatelným jednáním. Jenže si bohužel myslím, že jí už nějak pomoci není. O to se všichni snažíme už dobrých dvacet let, ale je to bez sebemenšího úspěchu. Pak když jí vidím, tak jsem neskonale vděčná, že jsem tohle naše rodinné prokletí snad dokázala přeseknout. Já vlastně ani nevím, ale vždycky když si vzpomenu na to, jak mi bylo den po chlastu, tak je mi úplně na zvracení. Myslím, že už jsem si sama v sobě k tomu vytvořila nějakou averzi, protože jsem se pak hrozně chovala a propásla jsem tolik krásných věcí kvůli tomu. Kvůli alkoholu jsem málem přišla o partnera a jeho synka, který*

*mi jsou na světě nejdražší, do toho jsem se ukázkově zadlužila. Tyhle myšlenky mě od toho chlastu drží.“*

### **Shrnutí**

Motivace, které pomáhají participantům udržet dlouhodobou abstinenci, spočívá v kombinaci mnoha faktorů. Jedním z nich je aktivita při doléčování, která větší část participantů vnímá jako důležitý faktor. Dalším je nastavení abstinence jako životního stylu, kdy jsou participanté na svoji abstinenci hrdí. Posledním a neméně důležitým faktorem je udržení či napravení vztahů s rodinou.

## **4.5 Diskuse**

Cílem diplomové práce bylo zmapovat alkoholovou závislost u mužů a žen na mateřské/rodičovské dovolené a popsat jejich preferované formy pomoci vedoucí k dlouhodobé abstinenci. Pro výzkum byla zvolena kvalitativní strategie a nástrojem sběru dat byly polostrukturované rozhovory s participanty dle předem stanovených kritérií.

Z odpovědí participantů vyplývá, že závislost na alkoholu se u nich rozvinula následkem několika současně působících faktorů. Nejčastěji zmiňovali kombinaci sociální izolace a pocity osamělosti, změny životní role a nenaplněných představ o mateřství, partnerské neshody a únavu nebo vyčerpání spojenou s konzumací alkoholu jako o představě relaxace. Překvapivým zjištěním bylo, že pouze jeden participant zmiňoval finanční obtíže během mateřské a rodičovské, kterou přímo spojuje s rozvinutím závislosti na alkoholu. V roce 2023 ve Velké Británii vyšla publikace zaměřená na identifikaci motivů pro pití alkoholu během těhotenství a mateřství, která zkoumala pití žen před těhotenstvím a na následné mateřské dovolené. Jako motivy k pití matky uváděly navození lepší nálady, jako odměnu nebo relaxaci. Zároveň uvádějí, že alkohol užívají k vyrovnání se se stresem, negativními emocemi a zamezení úzkostných stavů a depresí z vysokých nároků svého okolí. (Fleming a kol. 2023) S touto publikací se názory participantů shodují. Důležité zjištění je, že maladaptivní zvládání stresu se netýká pouze biologických matek, které často prezentují těhotenství a porod jako velkou psychickou zátěž vedoucí k alkoholové závislosti. Výzkumu se účastnily dvě participantky, které soustavně pečují o nezletilé děti a nejsou jejich biologické matky. Přesto faktory pro rozvoj závislosti na alkoholu udávají stejné. Zároveň bych chtěla poukázat i na jediného muže v mém výzkumu, který uváděl stejné faktory pro vznik jeho závislosti na alkoholu jako ženy. V posledních letech se stala velmi využívanou formou mezi rodinami tzv. střídavá péče. Jediný muž v mém výzkumu ale pokazuje na fakt, že jeho bývalá družka byla na rodičovské dovolené, zatímco on musel zvládat kombinovat práci a výchovu syna bez ohledu na lichý či sudý týden.

Během rozhovoru participanté často zmiňovali alkoholovou závislost u dalších členů rodiny jako jistou genetickou predispozici. Shodně uváděli, že dle jejich názoru může být závislost na alkoholu dědičné onemocnění. Další participant zase vzpomínal jako na „normální stav“, že i malé děti měli přístup k alkoholu, neboť jejich rodina vlastnila např. vinici a konzumace nakvašených hroznů nikomu nepřišla závadná. Americká výzkumnice a vědkyně Mary-Anne Enoch (2013) uvádí, že alkoholová závislost je vysoce dědičná, a to až kolem 50 %. Zároveň Agrawal et al., (2023) uvádí, že prostředí, výchova a rodinné vztahy mohou významně ovlivnit predispozice k rozvoji závislosti.

Faktory, které ovlivnily participanty při výběru vhodné pomoci, spočívaly především v míře poškození fyzického a psychického zdraví alkoholem. Dle zveřejněné studie v časopise *Communications Biology* ze skupiny *Nature* vědci z Ústavu organické chemie a biochemie Akademie věd ČR (ÚOCHB) zjistili, že nadměrná či dlouhodobá konzumace alkoholu vzniká toxická látka nazvaná acetaldehyd, která poškozuje DNA. Tělo se tyto poškozené buňky DNA snaží opravit, ale u některých lidí je oprava méně účinná a je zde velké riziko vzniku rakoviny. (Havlíková et al., 2025) Toto zjištění potvrzují i vědci Anderson et al., (2023), kteří uvádí, že i malá spotřeba alkoholu může vést k rozvoji rakovinného onemocnění. Konzumace alkoholu má také vliv na vysoký krevní tlak, onemocnění srdce, negativně působí na nervový systém a v největší míře zasahuje játra, kdy dlouhodobá a nadměrná konzumace alkoholu může vést k cirhóze jater. Dle Naqvi (2022) se alkohol ve velké míře používá jako nástroj ke zvládnání stresu, což obvykle pouze problémy zhoršuje. Studie se zabývá kombinací deprese, impulzivního jednání a ztráty kontroly u závislých jedinců což může vést až k sebevražednému jednání. Neurologické změny se objevují v narušení paměti, rozhodování a soustředění. Z výsledků plyne, že závislí na alkoholu mají zhoršené mezilidské vztahy, ztrácejí podporu svého okolí a upadají do sociální izolace.

Většinu participantů vedla k vyhledání pomoci obava o své zdraví. Mezi fyzické projevy často řadili zhoršené výsledky jaterních testů nebo různé úrazy a zranění způsobená alkoholem. Další častou obavou byly abstinční příznaky včetně strachu z deliria. Neurologické změny, které vedly ke změně v chování a následné agresivitě nebo naopak depresi řadí participanti k psychickým poškozením. Všechny tyto faktory je vedly k vyhledání zdravotnického zařízení a následnému řešení své alkoholové závislosti.

Ingram (2020) popisuje, jak moc dokáže alkohol narušit mezilidské vztahy a izolovat závislou osobu od rodiny i přátel. Taktéž sociální faktory ovlivnily participanty k vyhledání pomoci. Participanti popisují narušení vztahů nejčastěji s partnery a rodiči, následně se širší rodinou a přáteli a nejméně se svými dětmi z důvodu nízkého věku. Avšak obava z narušení vztahů se svými dětmi a zachování úplné rodiny byl jedním z největších impulsů vyhledání a řešení alkoholové závislosti.

Participanti, kteří cítili podporu od své rodiny a blízkých přátel, se méně bránili ústavní léčbě. Zdůvodňují to velkou důvěrou ve své blízké, že se v době jejich léčby postarají o nezletilé děti a oni se tak budou moci soustředit jen na řešení svých obtíží v bezpečném prostředí. MUDr. Karel Nešpor je zastáncem, že léčba by měla být dlouhodobá a intenzivní, tak aby byla zajištěná efektivní léčba. (Nešpor, 2018) Naopak, participanti, kteří necítili podporu ve svém okolí nebo neměli možnost absolvovat ústavní léčbu z důvodu obavy o odebrání svých nezletilých dětí z jejich péče, volili ambulantní formy pomoci v kombinaci s neformálními. Své rozhodnutí popisují jako kreativní řešení nastalé situace, kdy podmínky a důvody svého rozhodnutí považují za zcela legitimní přízpůsobení se dané situaci. Zároveň uvádějí vysokou motivaci závislost řešit, což je důležité i podle Peška (2018), který v motivaci a uvědomění si problému vidí velký potenciál pro efektivní samostatnou cestu bez větší podpory společnosti a odborníků.

Participanti se dle svých slov nejvíce setkávali s Orgánem sociálně-právní ochrany dětí a mládeže při cestě k abstinenci. Zde participanti hovoří o ne vždy „příjemných setkáních“, ale ze své situace již dnes dokážou zhodnotit, že tyto interakce byly nutné pro rozhodnutí léčbu započít, vytrvat v ní a nadále abstinovat ve prospěch svých dětí. Výzkum Mirošové (2024), který se zaměřoval na komunikaci mezi OSPOD a rodiči se závislostí zdůrazňuje, že rodič závislý na

alkoholu často svůj problém bagatelizuje, odmítá spolupracovat a má sníženou schopnost reflektovat potřeby svých dětí. Dále výzkum od Mirošové uvádí, že pracovníci nemají pravomoc nařizovat rodičům léčbu, mohou jí pouze doporučit a motivovat je ke spolupráci s adiktologickým zařízením. Proto byla velice překvapující výpověď jedné z participantů, kde měla v individuálním plánu léčbu nařízenou i s konkrétní medikací a dle slov participantky jí bylo vyhrožováno, že pokud s tímto zněním nebude svým podpisem souhlasit, budou konflikt eskalovat dále. Takové jednání se odrazilo ve ztrátě důvěry v tuto instituci.

Faktory, které participantům pomáhají udržet dlouhodobou abstinenci, jsou ovlivněny mírou aktivity při využívání následné péče, dále psychickým stavem participantů a jejich sociálním prostředím. Participant ve velké míře využívají podpůrné skupiny na sociálních sítích, kde se s ostatními členy podporují při udržení abstinence. To dle Ninive von Greiff et al. (2025) může mít dvojí efekt. Tato longitudinální studie, která sleduje proces zotavení ukazuje, že anonymita, která na sociálních sítích panuje, může abstinenci podporovat, ale také zvyšovat riziko potencionálního relapsu, pokud další uživatelé konzumují alkohol. Tuto skutečnost připouští i participant, kteří zaznamenali na podpůrných skupinách i provokující příspěvky, které je měli lákat na kontrolované pití nebo rovnou odrazovat od abstinence. Statisticky nejpříznivější v podpoře abstinence je kombinace farmakologické a psychosociální léčby, která podstatně zvyšuje šanci na dlouhodobé udržení abstinence. Cheng et al. (2020) popisují, že dlouhodobá následná péče, pravidelný kontakt s odborníky a účast v terapeutických programech významně snižují riziko relapsu.

V rámci výzkumu jsem narazila na limit v podobě malé ochoty potencionálních účastníků výzkumu otevřeně hovořit o jejich závislosti. V rámci mé žádosti o poskytnutí rozhovoru o této problematice se mi ozvalo více než 40 zájemců, kteří splňovali stanovená kritéria, z toho bylo 8 mužů. Po zjištění, že bych se s nimi osobně sešla nebo měla rozhovor nahrávat, odmítli ve výzkumu účast. Svě odmítnutí zdůvodňovali tím, že se za své selhání stydí a nechtějí o něm veřejně mluvit. I přes snahu vysvětlit jim informovaný souhlas, mlčenlivost a zajištění anonymity, je nepřesvědčilo výzkumný rozhovor absolvovat. Účast na sociálních sítích jako rizikovou nevidí a neobávají se, že by je někdo poznal. Toto tvrzení dokládají především možnostmi přidávat a komentovat příspěvky v anonymním režimu. Také se v těchto podpůrných skupinách minimálně setkávají s odmítavým nebo hodnotícím přístupem a shodně uvádí, že v podpůrných skupinách vystupují jen výjimečně „hejtří“, které správci po porušení pravidel okamžitě vylučují.

Jak uvádím výše, na výzkum se přihlásilo více než čtyřicet možných účastníků. Ovšem, než jsem přistoupila k výzkumnému rozhovoru, potřebovala jsem zjistit, zda dotyčná osoba opravdu splňuje všechna zadaná kritéria a také s nimi navázat kontakt, který by mi zajistil důvěru a uvolnění při následovném rozhovoru. Nastala situace, kdy mnoho potencionálních účastníků chtělo abstinovat pouze do chvíle, než jim budou vráceny děti do péče a závislost na alkoholu si mnohdy nepřiznávali ani po opakovaných léčbách. Toto zjištění mi pomohlo vytvořit poslední kritérium, které zajistilo že se výzkumu zúčastní participant, kteří budou mít na své onemocnění náhled a následná abstinence pro ně bude stěžejní.

Mé očekávání nenaplnila délka abstinence participantů. Většinou se jednalo o poměrně mladé lidi, kteří neabstinovali moc dlouhou dobu. Bohužel ochota starších lidí hovořit na toto téma je velice nízká. Starší lidé nejsou zvyklí o tomto problému hovořit, často mluví o velkém studu a v době, kdy podstoupili léčbu, byla závislost na alkoholu především u žen silně společností

odsuzována. Poznatek, který ovlivnil tento výzkum je, že mladší lidé jsou ochotnější a sdílnější mluvit o této problematice. Téma alkoholové závislosti na mateřské či rodičovské dovolené je dodnes tabuizovaným tématem. V rámci filmu Zápisník alkoholičky z roku 2024 se toto téma částečně otevřelo a pomohlo mi najít ochotné zájemce pro výzkum, ale zájem o tuto problematiku zase pozvolna utichá, což závislé osoby na mateřské a rodičovské dovolené vede do opětovné izolace.

## 4.6 Návrhy a doporučení pro praxi

Z analýzy výzkumu lze formulovat několik drobných doporučení, které by mohly pomoci nejbližším, sociálním pracovníkům i ostatním odborníkům včas rozpoznat a řešit problém se závislostí na alkoholu na mateřské či rodičovské dovolené.

### **Osvěta problematiky alkoholové závislosti na mateřské/rodičovské do společnosti**

Z výpovědí participantů vyplynulo, že dlouho se jim dařilo svůj problém skrývat a tajit před rodinou a přáteli. Participantů často volili skryté pití doma, začali se stranit společnosti a popírat svůj problém s alkoholem. Přínosem by se mohla stát brožura nebo leták, která by popisovala varovné signály jako jsou:

- ✓ tajné zásoby alkoholu na neobvyklých místech,
- ✓ změny v chování konzumenta (lhaní, podrážděnost, časté pití o samotě),
- ✓ fyzické projevy, jako je únava a zažívací obtíže,
- ✓ pravidelnost a zvyšování tolerance na alkohol.

Leták nebo brožura s varovnými signály, jak o tomto problému mluvit a možnými řešeními by mohly být situovány v pediatrických čekárnách, gynekologických odděleních nebo u praktických lékařů. Dále by mohly být distribuovány online na sociálních sítích a podpůrných skupinách, které se zaměřují na závislosti nebo přímo na abstinenci od alkoholu. Sociální sítě a podpůrné skupiny, které nabízejí, se ukázaly jako důležitá součást zjišťování informací o možnostech pomoci v domácím prostředí, různých typech léčby, režimech v konkrétních ústavních zařízeních a chodu jednotlivých oddělení. Tyto letáky nebo brožury by také mohly sloužit pro sociální pracovníky, kteří by mohli přijít do styku s rodinami jako je Orgán sociálně-právní ochrany dětí a mládeže, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, azylové domy nebo domy na půl cesty a kontaktní centra.

### **Možnost stát se peer konzultantem**

Velkým přínosem jsou lidé se zkušeností, kteří se prostřednictvím své cesty, poznatků a podpory snaží motivovat ostatní. Participantů se často setkali s peer konzultantem na podpůrných skupinách a postupně s nimi absolvovali cestu k abstinenci. Ne každý ocení, že je v nějaké skupině „odborník“ nebo si nechtějí nechat radit. Proto se raději vyhnu doporučení, aby se tyto peer konzultanti nebo jiní odborníci hlásily do podpůrných facebookových skupin, kde mnozí lidé teprve zvažují možnosti pomoci.

Z abstinence se pro část participantů stal životní styl, který by chtěli předávat dál a rozhodli se pro absolvování kurzů, který by jim umožnil stát se peer konzultantem. Možnost stát se peer konzultantem a pomáhat zase dalším osobám by mohla být silná motivace pro udržení abstinence a dalšímu osobnímu rozvoji. Toto doporučení se vztahuje na všechny podpůrné

skupiny, adiktologická centra, ambulantní péči a sociální sítě, aby úspěšně abstinující osoby měly možnost se dále realizovat a rozvíjet za pomoci ucelených informací a možných kurzech a školeních.

## Závěr

Tématem této diplomové práce byla závislost na alkoholu u osob na mateřské/rodičovské dovolené a formy pomoci vedoucí k abstinenci. Cílem práce bylo zmapovat pomocí polostrukturovaných rozhovorů alkoholovou závislost u mužů a žen na mateřské/rodičovské dovolené a popsat jejich preferované formy pomoci vedoucí k dlouhodobé abstinenci. Na základě cíle byla stanovena hlavní výzkumná otázka (HVO): Jaké formy pomoci vedoucí k abstinenci a jejímu trvalému udržení preferují osoby se závislostí na mateřské/rodičovské dovolené?

Práce měla kvalitativní charakter. Během výzkumu bylo realizováno deset polostrukturovaných rozhovorů s participanty, kteří splňovali předem stanovená kritéria. Závislost na alkoholu musela být rozvinutá v průběhu mateřské/rodičovské dovolené, participanti si museli aktivně vyhledat formální či neformální formu pomoci, v době výzkumu museli abstinovat, museli mít náhled na své onemocnění a byli ochotni zúčastnit se tohoto výzkumu. Metoda polostrukturovaných rozhovorů umožnila zachytit individuální cestu každého participanta, jeho subjektivním pocitům a důvodům pro zvolení si konkrétní péče a zvoleným formám následného udržení dlouhodobé abstinence. Data byla analyzována prostřednictvím otevřeného kódování.

Výzkum ukázal, že participanty vedly k rozvinutí závislosti kombinace různých faktorů, které na ně dlouhodobě a intenzivně působily. Zajímavým zjištěním bylo, že tyto faktory stejně ovlivňovaly muže i ženy, biologické matky i osoby soustavně se starající o malé dítě. Při výběru vhodné formy pomoci participanty ovlivňovaly především zdravotní a sociální faktory. Zhodnocovali svůj zdravotní a psychický stav a také jak závislost ovlivnila jejich rodinné, či partnerské vztahy a zda mají dostatečnou míru podpory od svých blízkých v případě zvolení preferované formy pomoci. Všechny tyto faktory následně ovlivnily, jakou formu pomoci při řešení své závislosti zvolili. Během své cesty za abstinencí se participanti nejvíce setkávali s Orgánem sociálně-právní ochrany dětí a mládeže. Ti, kteří podstoupili ústavní léčbu přicházeli nejčastěji do kontaktu se sociálními pracovníky v daném zařízení. Přes počáteční negativně vnímané interakce, které participanti řadí do období ještě aktivní závislosti na alkoholu hodnotí následný přístup a spolupráci s OSPOD kladně. Dlouhodobou abstinencí participanti vnímají jako nezbytnou, bez možnosti návratu k alkoholu ani metodou kontrolovaného pití. Většina participantů jako hlavní faktor pro dlouhodobou abstinencí vnímá své vnitřní nastavení a svůj životní styl. Důležitým faktorem je také udržení pevných rodinných vztahů a dalších sociálních kontaktů, které by v případě své recidivy zklamali. Větší část participantů využívá následné péče jako je pravidelné docházení na terapie, adiktologii, anonymní alkoholiky a psychoterapie, bez kterých by se v současné době neobešli a pomáhá jim k dlouhodobému držení abstinence.

Práce dále nabídla konkrétní návrhy, které by mohly zlepšit povědomí o této problematice. Konkrétní návrhy přicházely od participantů, kteří se v rámci svého vyprávění zamýšleli nad tím, jak se oni sami do této situace dostali a co by mohlo pomoci ostatním, dostanou-li se na hranici rizikové konzumace alkoholu. Po rozvinutí alkoholové závislosti svůj vlastní rozvoj spatřují v peer konzultanství, kdy by prostřednictvím své zkušenosti mohli pomáhat ostatním lidem.

Vzhledem k citlivosti celé této problematiky bylo pro mě zásadní odbourat stud a pocity selhání z participantů. Participanti velice často bojují s nepochopením svého okolí, bagatelizováním jejich obtíží nebo s nedůvěrou v jejich schopnost dlouhodobě abstinovat. To vše se odráží v jisté

uzavřenosti celé této skupiny lidí, kteří často propadají systémem a jejich závislosti si lidé všimnou až v pozdější fázi, kdy významně nabourá jejich zdravotní stav i sociální vazby.

Výzkum pracoval pouze s omezeným počtem participantů, kteří byli ochotní o této problematice otevřeně hovořit, ale mohl by to být opět důležitý impulz se více o tuto problematiku zajímat. Do budoucna by bylo vhodné se zaměřit na tuto skupinu více, i za pomoci peer konzultantů a dalších odborníků pro lepší porozumění dané problematiky a zjistit, jak by se dalo rozvinutí závislosti na alkoholu předcházet nebo ji alespoň efektivně zachytit v počátečních stádiích.

Také by bylo dobré zhodnotit, zda by se pro tuto skupinu nenašla alternativa, která by je nemusela vytrhnout na několik měsíců od malých dětí. Z tohoto důvodu nejčastěji odmítají nastoupit na včasnou ústavní léčbu, což může vést k nepříznivým zdravotním i sociálním důsledkům a musí volit alternativní ale častěji méně účinné formy pomoci.

## Seznam použitých zdrojů

AGRAWAL, Arpana; BRISLIN, Sarah J.; BUCHOLZ, Kathleen K.; DICK, Danielle; HART, Ronald P. et al., 2023. The Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism: Overview. Online. *Genes, Brain and Behavior*. Vol. 22, no. 5. ISSN 1601-1848. [cit. 2026-02-03].

ALKOHOLPODKONTRLOU.CZ (2025). Léčba závislosti na alkoholu. [online]. Dostupné z: <https://alkoholpodkontrolou.cz/lecba/>. [cit. 2026-02-03].

ANDERSON, Benjamin O, Nino BERDZULI, Andre ILBAWI, Dévora KESTEL, Hans P KLUGE, Rüdiger KRECH, Bente MIKKELSEN, Maria NEUFELD, Vladimír POZNYAK, Dag REKVE, Slim SLAMA, Juan TELLO a Carina FERREIRA-BORGES, 2023. Health and cancer risks associated with low levels of alcohol consumption. *The Lancet. Public Health* [online]. **8**(1), e6–e7. ISSN 2468-2667. [cit. 2026-02-03].

BAŠTECKÁ, Bohumila a MACH, Jan. *Klinická psychologie*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0617-0.

BERRIDGE, K. C., & Robinson, T. E. (2016). Liking, wanting, and the incentive-sensitization theory of addiction. *American Psychologist*, *77*(8), 670. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5171207/pdf/nihms816820.pdf> [cit. 2026-02-03].

BLUME, Sheila B a ZILBERMAN, Monica L 2005. Domestic violence, alcohol and substance abuse. Online. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 27, no. suppl 2, pp. s51-s55. ISSN 1516-4446. [cit. 2026-02-03].

BRITTON, P. C. (2004). The relation of coping strategies to alcohol consumption and alcohol-related consequences in a college sample. *Addiction Research & Theory*, *12*(2), 103-114.

BÚTORA, Martin. Překročit svůj stín. Praha: Avicentrum, zdravotnické nakladatelství, 1990. ISBN 80-201-0086-5.

CENTRUM PRO ROZVOJ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ. Základní kurz pro peer konzultanty v péči o duševní zdraví [online]. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, [cit. 2026-02-03]. Dostupné z: [Základní kurz pro peer konzultanty v péči o duševní zdraví](#)

CSÉMY L., Dvořáková, Z., Fialová, A., Kodl, M., Malý, M., & Skývová, M. (2024). Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu v České republice 2023 [NAUTA]. Dostupné z: <https://szu.gov.cz/wp-content/uploads/2025/05/Narodni-vyzkum-uzivani-tabaku-a-alkoholu-v-Ceske-republice-2024.pdf>. [cit. 2026-02-03].

CSEMY, Emslie, C., HUNT, K. & LYONS, A. (2015) 'Transformation and reinforcement of gendered identities through alcohol consumption: The case of women's drinking', *Social Science & Medicine*, vol. 151, pp. 221–228.

EDWARD J. KHANTZIAN. The Self-Medication Hypothesis of Substance Use Disorders: A Reconsideration and Recent Applications. Online. *Harvard Review of Psychiatry*. 1997, vol. 4, no. 5, s. 231-244. ISSN 1067-3229. Dostupné z: <https://doi.org/10.3109/10673229709030550>. [cit. 2026-02-03].

ENOCH, Mary-Anne, 2013. Genetic Influences on the Development of Alcoholism. Online. *Current Psychiatry Reports*. Vol. 15, no. 11. ISSN 1523-3812.

- FISCHER, Slavomil a ŠKODA, Jiří. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2014. 231 s. Psyché. ISBN 978-80-247-5046-0.
- FLEMING, K.M., GOMEZ, K.U., GOODWIN, L. *et al.* Identifying the motives for and against drinking during pregnancy and motherhood, and factors associated with increased maternal alcohol use. *J Public Health (Berl.)* **33**, 1637–1647 (2025). <https://doi.org/10.1007/s10389-023-02141-7> [cit. 2026-03-07].
- FOITOVÁ, Zuzana *et al.* Manuál zapojení peer konzultantů do péče o duševní zdraví [online]. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2014. 102 s. Dostupné z: [https://www.cmhcd.cz/cmhcd/media/media/ke%20stazeni/centrum/manual\\_zpk\\_web.pdf](https://www.cmhcd.cz/cmhcd/media/media/ke%20stazeni/centrum/manual_zpk_web.pdf) [cit. 2026-02-03].
- FRANKHAM, C., RICHARDSON, T., & Maguire, N. (2020). Psychological factors associated with financial hardship and mental health: A systematic review. *Clinical psychology review*, *77*, 101832.
- GÖHLERT, Fr.-Christoph a KÜHN, Frank. *Od návyku k závislosti: toxikomanie, drogy: účinky a terapie*. Praha: Ikar, 2001. 143 s. Z pohledu lékaře. Pro zdraví. ISBN 80-7202-950-9.
- GREIFF, Ninive von, SKOGENS, Lisa. 2026. "Alcohol Use during Recovery: A 10-Year Follow-up of People Treated for Alcohol or Other Drug Problems." *Drugs: Education, Prevention and Policy* *33* (2): 166–75. doi:10.1080/09687637.2025.2506416. [cit. 2026-02-03].
- HAVLIKOVÁ, J.; DEJMEK, M.; HUSKOVA, A.; ALLAN, A.; BOURA, E.; NENCKA, R.; SILHAN, J. Mechanistic insights into alcohol-induced DNA crosslink repair by Slx4-Xpf-Ercc1 nuclease complex in the Fanconi anaemia pathway. *Commun. Biol.* 2025, *8* (1), 1374. <https://doi.org/10.1038/s42003-025-08769-3> [cit. 2026-02-03].
- HELLER, Jiří a Olga PECINOVSKÁ. *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada, 1996. ISBN 80-716-9277-8.
- HELLER, Jiří a PECINOVSKÁ, Olga. *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Togga, 2011. 215 s. ISBN 978-80-87258-62-0.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005.
- HOLLANDER, Dirk den a WILKEN, Jean Pierre Lambert. *Podpora zotavení a začlenění: úvod do metodiky CARE*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2016. ISBN 978-80-260-9945-1.
- HOSEK, Jan. *Sám proti alkoholu*. Praha: Grada, 1998. Psychologie pro každého. ISBN 80-716-9624-2.
- CHARLES S. CARVER; M F SCHEIER a JAGDISH K. WEINTRAUB. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. Online. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989, vol. 56, no. 2, s. 267-283. ISSN 0022-3514.
- CHENG, H. Y., MCGUINNESS, L. A., ELBERS, R. G., MACARTHUR, G. J., TAYLOR, A., MCALEENAN, A., DAWSON, S., LÓPEZ-LÓPEZ, J. A., HIGGINS, J. P. T., COWLISHAW, S., LINGFORD-HUGHES, A., HICKMAN, M., & KESSLER, D. (2020). Treatment interventions to maintain abstinence from alcohol in primary care: systematic review and network meta-analysis. *BMJ (Clinical research ed.)*, *371*, m3934. <https://doi.org/...934>

- CHOMYNOVÁ, P., DVOŘÁKOVÁ, Z., ORLÍKOVÁ, B., ČERNÍKOVÁ, T., GROHMANNOVÁ, K., GALANDÁK, D., FRANKOVÁ, E., ROUBALOVÁ, M. 2025. Zpráva o alkoholu v České republice 2024 [Report on Alcohol in the Czech Republic 2024] Praha: Úřad vlády České republiky. [cit. 2026-02-03].
- INGRAM, Isabella; KELLY, Peter J.; DEANE, Frank P.; BAKER, Amanda L.; GOH, Melvin C. W. et al., 2020. Loneliness among people with substance use problems: A narrative systematic review. Online. *Drug and Alcohol Review*. Vol. 39, no. 5, pp. 447-483. ISSN 0959-5236. [cit. 2026-02-03].
- JERONIMUS, B. F. et al. Frustrace. In: ZEIGLER-HILL, V. a SHACKELFORD, T. K. (eds.) Encyklopedie osobnosti a individuální rozdíly. 1. vyd. New York: Springer, 2017.
- KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti*. 1.vyd. Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003, ISBN 80-86734-05-6.
- KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1411-0.
- KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.
- KIM, Su-Yeon a KWEON, Young-Ran. The Poetry of Recovery in Peer Support Workers with Mental Illness: An Interpretative Phenomenological Analysis. Online. *Healthcare*. 2024, roč. 12, č. 2. ISSN 2227-9032. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/healthcare12020123>. [cit. 2026-02-03].
- KOPECKÁ, Ilona. *Psychologie: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011-. ISBN 978-80-247-3877-2.
- KORT, Carol, 1981. *The Mothers' book : shared experiences*. Boston: Houghton Mifflin. ISBN 9780395311349.
- KŘÍŽKOVÁ, Alena, KRISTÝNA POSPÍŠILOVÁ, HANA MAŘÍKOVÁ a ROMANA MARKOVÁ VOLEJNÍČKOVÁ, 2018. Rozdíly v odměňování žen a mužů v ČR: pracoviště, zaměstnání, stejná práce a rozklad faktorů. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. ISBN 978-80- 7421-162-1.
- LAZARUS, Richard S. *Psychological Stress and the Coping Process*. Mc Graw-Hill Series in Psychology. New York: Mc Graw-Hill, 1966.
- LAZARUS, Richard. S., FOLKMAN, Susan. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company, 1984. ISBN 0-8261-4191-9.
- MCKAY, J. R., MAISTRO, S. A., & O'FARREL (1996). Alcoholics' perceptions of factors in the onset and terminations of relapses and the maintenance of abstinence: Results from a 30 month follow-up. *Psychology of Addictive Behaviors*, 10, 167-180.
- MANN, K., Schäfer, D. R., Längle, G., Ackermann, K., & Croissant, B. (2005). The long-term course od alcoholism, 5, 10 and 16 years after treatment. *Society for the Study of Addiction*, 100, 797-805.
- MACHOVÁ, J., D. KUBÁTOVÁ a kol., 2009. *Výchova ke zdraví*. Vydání první. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2715-8.

- MATOUŠEK, Oldřich. Slovník sociální práce. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.
- MIKITOVA, Miriam. O alkoholičkách. Čistý deň: štvrťročník pre všetkých, ktorí chcú žiť bez navykových látok a rizikoveho spravenia - zdravo, pozitívne a harmonicky. 2005, 3(3), 8-9. ISSN 1336-4243.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Psyché. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- MIROŠOVÁ, Kristýna. *Spolupráce bývalých uživatelů a uživatelů návykových látek s orgánem sociálně-právní ochrany dětí z pohledu pracovníků OSPOD na území hl. města Prahy*. Bakalářská práce, vedoucí Fidesová, Hana. Praha: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN, 2024.
- MLČÁK, Zdeněk. Psychologie zdraví a nemoci. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 2005. ISBN 80-7368-035-1.
- MPSV. Počet příjemců rodičovského příspěvku podle pohlaví. Online. 2025, 10. července 2025. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/vybrane-statisticke-udaje>. [cit. 2026-02-03].
- MRAVČÍK, Viktor; CHOMYNOVÁ, Pavla; NECHANSKÁ, Blanka; ČERNÍKOVÁ, Tereza a CSÉMY, Ladislav. Alcohol use and its consequences in the Czech Republic. Online. *Central European Journal of Public Health*. 2019, roč. 27, č. Supplement, s. S15-S28. ISSN 1210-7778. Dostupné z: <https://doi.org/10.21101/cejph.a5728>. [cit. 2026-02-03].
- NAKONEČNÝ, Milan. Encyklopedie obecné psychologie. 2., rozš. vyd., v Akademii 1. Praha: Academia, 1997. ISBN 80-200-0625-7.
- NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2025 Dostupné z: <https://www.nzip.cz>. ISSN 2695-0340. [cit. 2026-02-03].
- NAQVI, Nasir, 2022. Alcohol Use Disorder: A Growing Public Health Crisis. Columbia University Department of Psychiatry. ISSN: 0098-7484. [cit. 2026-02-03].
- NEPUSTIL, P. (2020). Závislost a trauma: Psychosociální přístup. ReSet. [cit. 2026-02-03].
- NEPUSTIL, P., GREGOROVÁ, M., (2020). *Bez podmínek: metody psychosociální podpory pro lidi užívající drogy*. Brno: Masarykova univerzita. [cit. 2026-02-03].
- NEŠPOR, Karel a CSÉMY, Ladislav, 1996. *Léčba a prevence závislostí: příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-52-2.
- NEŠPOR, Karel. Zůstat střízlivý: praktické návody pro ty, kteří mají problém s alkoholem, a jejich blízké. Brno: Host, 2006. ISBN 80-7294-206-9.
- NEŠPOR, Karel. Navykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. Praha: Portal, 2018. ISBN 978-80-262-1357-4.
- NEZDAROVÁ, E. (2011). Zkušenosti klientů terénního programu s želatinovými kapslemi [Bakalářská práce, Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta]. Univerzitní repozitář UK. <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/50969> [cit. 2026-02-03].

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), *Czechia: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU*. ISBN 9789264548268 (PDF)

OECD Family Database. (2024). Parental leave systems. [https://www.oecd.org/els/soc/PF2\\_1\\_Parental\\_leave\\_systems.pdf](https://www.oecd.org/els/soc/PF2_1_Parental_leave_systems.pdf) [cit. 2026-02-03].

PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti: 2., přepracované a doplněné vydání*. Grada, 2017. ISBN 978-80-271-9577-0.

PEŠEK, Roman. Jak se zbavit závislosti na alkoholu: příručka pro ty, kdo mají problém s alkoholem: pohledem kognitivně behaviorální terapie. V Praze: Pasparta, 2018. ISBN 978-80-88290-02-5.

PLANT, Moira. *Women and alcohol: contemporary and historical perspectives*. London: Free Association Books, 1997. ISBN 1-85343-363-2.

PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. *Proti stresu krok za krokem*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0068-9.

PRAŠKO, Ján a kol. *Chronická únava*. Praha: Portál, 2006. ISBN 978-80-262-0304-9

PROFOUS, Jiří. *Průvodce alkoholovou závislostí: především pro ženy pijících partnerů*. 2. vyd. Praha: Galén, c2013. ISBN 978-80-7492-087-5.

PROCHÁZKA, Roman; MAHROVÁ, Gabriela a LAŠTOVICA, Marek. Alexithymie a její vztah k osobnostním stylům u lidí závislých na psychoaktivních látkách. Online. *Psychologie a její kontexty (Psychology & Its Contexts)*. 2014, roč. 5, s. 17-26.

RAITASALO, K. et al. (2019) 'Parental leave, social isolation, and risky drinking among mothers: Evidence from Finland', *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 36 (3), pp. 223–240.

RIDGWAY, Priscilla. *Cesty k zotavení*. Přeložil Jitka CHARVÁTOVÁ, ilustroval Jan KOBE. Lawrence: University of Kansas School of Social Welfare, 2014. ISBN 978-1-50317191-6.

ŘEHAN, Vladimír. *Adiktologie 1*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2007. ISBN 9788024417455.

SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY. 2019. *Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027 [National Strategy on Addictive Behavior Prevention and Harm Reduction 2019–2027]*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-231-9

ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. Praha: Panorama, 1990. Pyramida (Panorama). 390 s. ISBN 80-7038-078-0.

SDRUŽENÍ PRO SLUŽBY ANONYMNÍM ALKOHOLIKŮM V ČESKÉ. (2016) *Anonymní alkoholici*. Sdružení pro služby Anonymních alkoholiků v České republice, 2016. Dostupné z: <http://www.anonymnialkoholici.cz> [cit. 2026-02-03].

SEMOVÁ, Gabriela, 2013. *Alcohol puts women at greater risk* [online]. Available from z: <http://www.uvdl.cz/alkohol-ohrozuje-zeny-vice-nez-muze-na-vine-jsou-utisujici-leky-i-slabsi-jatra.htm>. [cit. 2026-02-03].

SKÁLA, Jaroslav. *Alkoholismus: terminologie, diagnostika, léčba a prevence*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1957. ISBN neuvedeno.

- SKÁLA, Jaroslav, 1988. ...až na dno!?: Fakta o alkoholu a jiných návykových látkách. Vydání 4. Praha: Avicenum. ISBN 08-045-88.
- SLAMĚNÍK, Ivan. *Aplikovaná sociální psychologie: díl 2*. 2001. ISBN 8024700425.
- SMĚKAL, Vladimír. *Pozvání do psychologie osobnosti: člověk v zrcadlení [i.e. zrcadle] vědomí a jednání*. 2009.
- SOBOTKOVÁ, Irena, 2012. *Psychologie rodiny*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262- 0217-2.
- STEVAN E. HOBFOLL; CARLA L. DUNAHOO; YOSSEF S. BEN-PORATH a MONNIER, Jeannine. Gender and coping: The dual-axis model of coping. Online. *American Journal of Community Psychology*. 1994, vol. 22, no. 1, s. 49-82. ISSN 0091-0562. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/bf02506817> [cit. 2026-02-03].
- ŠEĎOVÁ, Klára. Mateřství jako pozitivní hodnota a žitý svět. In *Sborník prací Filozofické fakulty Masarykovy univerzity, Brno*. 2003. ISBN 80-210-3120-4.
- ŠKAŘUPOVÁ, K. (2012). Česká drogová politika: Vývoj, aktuální stav a mezinárodní souvislosti [Diplomová práce, Univerzita Karlova]. Digitální repozitář UK. <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/87071/120269871.pdf> [cit. 2026-02-03].
- ŠTĚPANÍK, Jaroslav. *Umění jednat s lidmi 3: stres, frustrace a konflikty*. Psychologie pro každého. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1527-8.
- ŠTIKAR, Jiří. *Psychologie ve světě práce*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-2460-448-5.
- ŠVANCARA, Josef. *Emoce, motivace, volní procesy*. Brno: MSD, 2003. ISBN 80-86633-11-X.
- ŠVAŘÍČEK, Roman a ŠEĎOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
- TRÁVNÍČKOVÁ, Ivana. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci, *Specifické aspekty zneužívání drog u žen*. In: *Ok.cz* [online]. 2001 Dostupné z: <http://www.ok.cz/iksp/docs/267.pdf>. [cit. 2026-02-03].
- UEHLINGER, Claude a TSCHUI, Marlyse, 2009. *Když někdo blízký pije: rady pro rodiny osob závislých na alkoholu*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-610-0.
- ULRICOVÁ, Monika. *Člověk, stres a osobnostní předpoklady: souvislost osobnostních rysů a odolnosti vůči stresu*. 1. vyd. Ústí nad Orlicí: Oftis ve spolupráci s Pedagogickou fakultou Univerzity Hradec Králové, 2012. ISBN 978-80-7405-186-9.
- URBANOVSKÁ, Eva. *Škola, stres a adolescenti*. Olomouc: Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta, 2010. ISBN 978-80-244-2561-0.
- ÚZIS ČR (2024). F10–F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek. [online]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F10-F19>. [cit. 2026-02-03].
- ÚZIS ČR. (2025). *Závislost na alkoholu*. Online. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/cs#1580466198>. [cit. 2026-02-03].

VACEK, Jaroslav a VONDRÁČKOVÁ, Petra. *Přístup harm reduction k užívání alkoholu*. Dostupné také z: [http://199757.w57.wedos.ws/wp-content/uploads/2018/09/2012\\_2\\_Vacek\\_Pristup-HR-k-uzivani-alkoholu.pdf](http://199757.w57.wedos.ws/wp-content/uploads/2018/09/2012_2_Vacek_Pristup-HR-k-uzivani-alkoholu.pdf). [cit. 2026-02-03].

VÁGNEROVÁ, Marie, 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.

VAVRINČÍKOVÁ, Lenka, 2012. Harm reduction a alkohol: Učební texty. Online. Praha: Togga. ISBN 978-80-7476-008-2. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/file/705/39-harmreduct-alkohol.pdf>. [cit. 2026-02-03].

VOBOŘIL, Jindřich. Gender - ženy jako specifická skupina. In: KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. 1. Úřad vlády České republiky, 2003, s. 238-243. ISBN 80-86734-05-6.

VZP (2023). Léčba závislostí stála VZP vloni víc než miliardu korun. Z toho suverénně největší podíl spotřebovali alkoholici. [online]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/lecba-zavislosti-stala-vzp-vloni-vic-nez-miliardu-korun-z-toho-suverenne-nejvetsi-podil-spotrebovali-alkoholici>. [cit. 2026-02-03].

WILSNACK, Sharon C. a Richard W. WILSNACK, 2002. International Gender and Alcohol Research: Recent Findings and Future Directions. *Alcohol Research & Health*. **26**(4), 245. [cit. 2026-02-03].

Wilson J, et al. 2017. Alcohol consumption by breastfeeding mothers: Frequency, correlates and infant outcomes. *Drug and Alcohol Review* 36:667-676. [cit. 2026-02-03].

## **Přílohy**

Příloha A.1 Informovaný souhlas pro účastníky výzkumu

Příloha A.2 Osnova polostrukturovaného rozhovoru

*Příloha A.1 Informovaný souhlas*

**Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a se zpracováním osobních údajů**

Informace o výzkumu:

Výzkum je realizován v rámci projektu Rozvinutí závislosti na alkoholu na mateřské/rodičovské dovolené, který je realizován v rámci Studentské grantové soutěže VŠPJ pro rok 2025 a následné diplomové práce. Jeho cílem je na základě polostrukturovaných rozhovorů zmapovat cestu nadměrné konzumace alkoholu v období mateřské/rodičovské vedoucí k vyhledání jakékoliv formy pomoci a následné udržení střízlivosti. Výstupy projektu mohou sloužit jako příklady dobré praxe jak pro sociální pracovníky a další odborníky z oblasti péče o osoby se závislostí, tak pro osoby se závislostí a jejich blízké. Výzkum je realizován formou polostrukturovaných rozhovorů. Předpokládaná délka jednoho rozhovoru je 60 – 120 minut. Vzhledem k náročnému tématu je výzkumník připraven poskytnout účastníkovi výzkumu čas a podporu dle aktuální potřeby.

Informace o účastníkovi výzkumu:

Jméno a příjmení:

Prohlášení

Já níže podepsaný/-á potvrzuji, že

- a) jsem se seznámil/-a s informacemi o cílech a průběhu výše popsaného výzkumu (dále též jen „výzkum“);
- b) dobrovolně souhlasím s účastí své osoby v tomto výzkumu;
- c) rozumím tomu, že se mohu kdykoli rozhodnout ve své účasti na výzkumu nepokračovat;

Zároveň prohlašuji, že

- a) souhlasím se zveřejněním anonymizovaných dat a výstupů vzešlých z výzkumu a s jejich dalším využitím;
- b) souhlasím se zpracováním a uchováním osobních a citlivých údajů v rozsahu v tomto informovaném souhlasu uvedených ze strany Vysoké školy Polytechnické Jihlava, Tolstého 16, 586 05, Jihlava, a to pro účely zpracování dat vzešlých z výzkumu, pro účely případného kontaktování z důvodu zpracování dat vzešlých z výzkumu či z důvodu nabídky účasti na obdobných akcích a pro účely evidence a archivace; a s tím, že tyto osobní údaje mohou být poskytnuty subjektům oprávněným k výkonu kontroly absolvenské práce, v jejímž rámci byl výzkum realizován;
- c) jsem seznámen/-a se svými právy týkajícími se přístupu k informacím a jejich ochraně podle § 12 a § 21 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, tedy že mohu požádat Vysokou školu polytechnickou Jihlava o informaci o zpracování mých osobních a citlivých údajů a jsem oprávněn/-a ji dostat a že mohu požádat Vysokou školu polytechnickou Jihlava o opravu nepřesných osobních údajů, doplnění osobních údajů, jejich blokaci a likvidaci.

Výše uvedená svolení a souhlasy poskytuji dobrovolně na dobu neurčitou až do odvolání a zavazuji se je neodvolat bez závažného důvodu spočívajícího v podstatné změně okolností.

Vše výše uvedené se řídí zákony České republiky, s výjimkou tzv. kolizních norem, a bude v souladu s nimi vykládáno, přičemž případné spory budou řešeny příslušnými soudy v České republice.

Potvrzuji, že jsem převzal/a podepsaný stejnopolis tohoto informovaného souhlasu.

Dne:

Podpis:

*Příloha A.2* Osnova polostrukturovaného rozhovoru

**1. Jaké faktory vedli k rozvinutí závislosti?**

- Popíšete mi, jak u Vás závislost na alkoholu začala?
- Dokážete popsat konkrétní spouštěče např. sociální izolace, partnerské neshody, nenaplnění představ o mateřství...?

**2. Jaké faktory ovlivnily výběr formy pomoci?**

- Popíšete mi nějakou konkrétní situaci (zvrát), která Vás přiměla uvažovat o vyhledání konkrétní pomoci?
- Měl/a jste někdy zdravotní potíže spojené s nadměrnou konzumací alkoholu?
- Ovlivnila závislost na alkoholu Váš sociální život? (rodina, přátelé, vztahy...)

**3. Jakou formu pomoci participanti využili?**

- Jakou formu pomoci jste preferoval/a?
- Jakou formu pomoci jste si nakonec musel/a zvolit bez ohledu na preference?
- Kombinoval/a jste někdy různé formy pomoci?
- Jaká forma pomoci Vám nejvíce pomohla k následné abstinenci?

**4. S jakými sociálními službami se participanti setkali na cestě k abstinenci?**

- Setkal/a jste se někdy v rámci své závislosti s jakoukoliv sociální službou?
  - Pokud ano:
- Bylo setkání s touto službou dobrovolné nebo nedobrovolné?
- Proběhlo interakce se sociální službou před léčbou, v průběhu nebo po léčbě?
- Jak jste vnímal/a spolupráci s konkrétní službou?

**5. Jaké faktory participantům pomáhají v udržení dlouhodobé abstinence?**

- ✓ Vnímáte následnou péči jako důležitou součást udržení abstinence?
- ✓ Co konkrétně Vám pomáhá udržet abstinenci?