

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2017

Marie Kaštylová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Podpora rodiny při realizaci léčby závislosti na alkoholu v psychiatrické léčebně

Marie Kaštylová

Bakalářská práce

2017

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Marie Kaštylová**
Osobní číslo: **Z14167**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně-sociální pracovník**
Název tématu: **Podpora rodiny při realizaci léčby závislosti na alkoholu
v psychiatrické léčebně**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

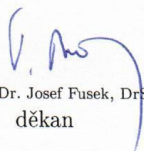
1. HELLER, Jiří a Olga PECINOVSKÁ, ed. Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby. 1. vyd. Praha: Togga, 2011. ISBN 978-80-87258-62-0.
2. KALINA, Kamil. Klinická adiktologie. 1. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4331-8.
3. KALINA, Kamil. Základy klinické adiktologie. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.
4. NEŠPOR, Karel. Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. 4. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.
5. VÁGNEROVÁ, Marie. Současná psychopatologie pro pomáhající profese. 1. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Zdeněk Čermák**


Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce: **9. května 2017**


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 17. února 2017

Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 28. 4. 2017

Marie Kaštylová

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych chtěla poděkovat svému vedoucímu bakalářské práce PhDr. Zdeňku Čermákovi za odborné vedení práce, cenné rady, připomínky a čas, který mi věnoval. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům za vyplnění dotazníku pro vypracování praktické části této bakalářské práce. A v neposlední řadě děkuji své rodině za trpělivost a podporu během celého studia.

ANOTACE

Bakalářská práce, teoreticko-výzkumného charakteru, se zabývá problematikou alkoholové závislosti. Teoretická část je zaměřena na popis alkoholové závislosti a způsob léčby, dále se zabývá rodinou závislého jedince. Praktická část je zaměřena na pacienty absolvující léčbu alkoholové závislosti v psychiatrické léčebně. Cílem je zjistit, jaká podpora je těmto pacientům poskytována ze strany vlastní rodiny a jakým způsobem podporuje personál léčebny kontakt pacienta s rodinou.

KLÍČOVÁ SLOVA

Alkoholová závislost, rodina, léčba, podpora, psychiatrická léčebna

TITLE

Family support during the treatment of alcohol addiction in a psychiatric hospital.

ANNOTATION

This bachelor thesis, based on theory and research, deals with alcohol addiction. Theoretical part focuses on the description of the alcohol addiction and the methods of its treatment. It is also concerned with the family of an addicted individual. Practical part is focused on patients undergoing the treatment of the alcohol addiction in a psychiatric hospital. The aim is to find out what support is provided to these patients by their own families and how hospital staff encourages a contact of the patient with his/her family.

KEYWORDS

Alcohol dependency, family, treatment, support, psychiatric hospital

OBSAH

Úvod.....	11
CÍLE PRÁCE.....	12
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	13
1 ALKOHOLOVÁ ZÁVISLOST.....	13
1.1 Definice závislosti.....	13
1.2 Vývoj vzniku závislosti na alkoholu.....	14
1.2.1 Fáze občasné konzumace.....	14
1.2.2 Fáze prodromální, varovná.....	15
1.2.3 Fáze kritická.....	15
1.2.4 Fáze terminální.....	15
1.3 Klasifikace typů závislosti dle Jellinka.....	15
1.3.1 Typ alfa.....	15
1.3.2 Typ beta.....	16
1.3.3 Typ gama.....	16
1.3.4 Typ delta.....	16
1.3.5 Typ epsilon.....	16
1.4 Příčiny vzniku závislosti.....	16
1.5 Následky dlouhodobého užívání alkoholu.....	17
2 RODINA JEDINCE S ALKOHOLOVOU ZÁVISLOSTÍ.....	19
2.1 Ochranné a rizikové faktory v rodině.....	19
2.2 Rozdíl mezi závislým mužem a ženou.....	20
2.3 Reakce dětí na závislost u rodičů.....	21
2.4 Patologické rysy rodin alkoholiků.....	21
2.5 Jak pomoci závislému členu rodiny.....	22
3 LÉČBA PACIENTŮ S ALKOHOLOVOU ZÁVISLOSTÍ.....	24
3.1 Základní principy léčby.....	24

3.2	Ústavní léčba.....	24
3.3	Další formy léčby alkoholové závislosti.....	27
3.3.1	Detox.....	27
3.3.2	Ambulantní léčba.....	28
3.3.3	Denní stacionář.....	29
3.3.4	Terapeutické komunity.....	29
3.3.5	Protialkoholní záchytná stanice.....	30
II.	PRAKTICKÁ ČÁST.....	31
4	VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	31
5	METODIKA.....	32
5.1	Typ výzkumu.....	32
5.2	Výzkumný nástroj.....	32
5.3	Výzkumný vzorek.....	32
5.4	Sběr dat.....	34
5.5	Zpracování dat.....	34
6	PREZENTACE VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	36
7	DISKUZE.....	59
7.1	Výzkumná otázka č. 1.....	59
7.2	Výzkumná otázka č. 2.....	62
8	ZÁVĚR.....	65
9	POUŽITÁ LITERATURA.....	67
10	PŘÍLOHY.....	69

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1 Pohlaví respondentů	33
Obrázek 2 Věk respondentů.....	33
Obrázek 3 Délka závislosti	36
Obrázek 4 Absolvování léčby.....	37
Obrázek 5 Délka pobytu v léčebně	38
Obrázek 6 Kontakt s rodinou	39
Obrázek 7 Léčba závislosti v rodině.....	40
Obrázek 8 Zájem o osobní kontakt	41
Obrázek 9 Pocity respondentů	42
Obrázek 10 Pozitivní impulzy	44
Obrázek 11 Motivace k léčbě	45
Obrázek 12 Ocenění rodinou	46
Obrázek 13 Rodinné vztahy.....	47
Obrázek 14 Podpora rodiny	48
Obrázek 15 Účast rodiny při terapii.....	49
Obrázek 16 Účast rodiny na terapii očima respondentů.....	50
Obrázek 17 Zapojení rodiny do terapie	51
Obrázek 18 Čas pro kontakt s rodinou v léčebně	52
Obrázek 19 Soukromí během návštěv	53
Obrázek 20 Podpora kontaktu ze strany personálu.....	54
Obrázek 21 Zájem personálu o pocity respondentů.....	55
Obrázek 22 Nabídka aktivní účasti rodiny na terapii	56
Obrázek 23 Spolupráce personálu před propuštěním	57
Obrázek 24 Informace pro rodinu.....	58

ÚVOD

Alkohol, jeho nadměrné užívání a s tím spojená i závislost na této látce, se považuje za velký fenomén dnešní doby. Z mého pohledu je to jediná droga, která je v tak velké míře společností akceptována. Většina české populace si jen těžko představuje oslavu narozenin, pohřební či svatební hostinu, posezení s přáteli anebo rodinné setkání bez přítomnosti alkoholu. Pro spoustu lidí je alkohol spojován s tradicemi a zažitými zvyky, které se předávají z generace na generaci. Už jenom vyslovení dvou slov „na zdraví“ vyvolává impuls k pozvednutí sklenky vína. Lze tedy vyvodit, že užívání alkoholu je ve společnosti považováno za normální a zcela běžné.

Dle Nešpora (2006, s. 150) žijí obyvatelé České republiky v jedné z nejrizikovějších oblastí světa, co se alkoholu týče. Právě Česká republika zaujímá první příčku žebříčku ve spotřebě piva na jednoho obyvatele ve světě a roční spotřeba 100% alkoholu v ČR je přibližně 10 litrů za jeden kalendářní rok.

Z výše uvedených čísel logicky vyplývá, že nadměrná spotřeba alkoholu s sebou nese i jasné riziko vzniku závislosti. Ta samozřejmě nevznikne pouhým nadměrným užíváním alkoholu – závislého jedince utváří hned několik dalších faktorů, které jsou popsány v teoretické části. To, že alkoholová závislost ovlivňuje nejen závislého jedince, ale negativně zasahuje i nejbližší okolí – rodinu, si uvědomují jak odborníci, tak i laická veřejnost. A právě výše uvedený fakt byl hlavním impulzem k napsání této bakalářské práce.

„První hrdinství je si tyto problémy přiznat, druhé hrdinství je začít tyto problémy řešit a třetí hrdinství je vydržet.“ (Nešpor, 2006, s. 150)

Tato bakalářská práce je v rámci teoretické části složena celkem ze tří kapitol, které jsou úzce spjaty s tématem alkoholová závislost. Nejprve je definován a vysvětlen pojem alkoholová závislost a vše, co s tímto pojmem souvisí. Dále je pozornost zaměřena na rodinu závislého jedince a poslední kapitola, která uzavírá teoretickou část, řeší rozsáhlou problematiku léčby alkoholové závislosti. Pro praktickou část byla zvolena kvantitativní výzkumná metoda realizovaná prostřednictvím dotazníkového šetření. Výstupem praktické části jsou poznatky o podpoře, která je poskytována vlastní rodinou pacientům léčících se s abúzem alkoholu v psychiatrických léčebnách.

CÍLE PRÁCE

Cílem teoretické části práce je popsat a vysvětlit pojem alkoholová závislost, její příčiny vzniku, vývoj a dopady na jedince. Dále pak jak probíhá léčba pacientů a jakou roli v tomto procesu hraje jejich vlastní rodina.

Cílem praktické části práce je zmapovat podporu, která je poskytována pacientovi s abúzem alkoholu ze strany vlastní rodiny v průběhu léčby v psychiatrické léčebně.

Dílčím cílem praktické části je zjistit, jakým způsobem je kontakt rodiny s pacientem podporován ze strany personálu léčebny očima pacientů.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ALKOHOLOVÁ ZÁVISLOST

Alkohol neboli etylalkohol či etanol vzniká kvašením cukrů. Společně s nikotinem je alkohol považován za tzv. „legální drogy“. Lidstvo zná tuto látku již od starověku, stejně tak jako problémy, které jsou spojeny s jejím nadužíváním. (Kalina, 2015, s. 51)

Alkohol je v české společnosti nejčastěji užívaná psychoaktivní látka, konzumována obvykle lidmi v rámci skupiny při různých příležitostech, což z alkoholu činí určitý zažitý tradiční rituál, díky kterému je postoj společnosti k této problematice poměrně tolerantní. Pokud jedinec užije alkohol v malém množství, dostává se do stavu, kdy dochází k uvolnění napětí, zbavení se stresu a různých strachů či úzkostí, zlepšuje se mu nálada, zvyšuje se sebejistota. V opačném případě má alkohol na jedince tlumící účinky. (Vágnerová, 2014, s. 502)

S pojmem nadměrné užívání alkoholu úzce souvisí i pojem závislost na alkoholu, která vzniká jako důsledek dlouhodobého a především pravidelného, nadměrného požívání alkoholu. Obvykle se vytváří několik let a délka vývoje závislosti je různá. (Vágnerová, 2014, s. 502)

1.1 Definice závislosti

Nešpor (2011, s. 22 - 23) uvádí definici závislosti Americké psychiatrické asociace, podle které by se měly u pacienta vyskytovat alespoň 3 ze 7 níže uvedených příznaků a to po dobu alespoň 1 roku, abychom mohli hovořit o jedinci závislém na návykové látce:

- Růst tolerance (zvyšování dávek, nízký účinek při užití stejného množství návykové látky).
- Odvykací příznaky po vysazení látky.
- Přijímání látky delší dobu či ve větším množství, než měl jedinec původně v úmyslu.
- Pokusy či dlouhodobá snaha ovládat či zredukovat přijímání návykové látky.
- Investování velkého množství času do obstarávání, užívání látky nebo zotavování se z účinků, které jedinci způsobuje.
- Přerušování pracovních, sociálních či volnočasových aktivit z důvodu užívání látky.
- V užívání látky jedinec pokračuje, přestože si je vědom dlouhodobých sociálních, fyzických a psychických problémů, které jsou právě tímto opakovaným užíváním způsobeny.

Termín Syndrom závislosti na alkoholu popisují Dušek a Večeřová – Procházková (2010, s. 211) jako stav, který nastává při dlouhodobém a pravidelném užívání alkoholu. V prvotní fázi vzniká závislost **psychická** (jedinec dává přednost alkoholu před řešením problémů, utíká od nich), v další fázi se objevuje i závislost **somatická** (přítomnost abstinenčních příznaků,

tělesných projevů). Tolerance jedince na alkohol má v průběhu užívání klesající charakter. Pokud dojde ke vzniku závislosti, tvoří se mezi organismem jedince a alkoholem pevná vazba, která při přerušení způsobuje jak psychické, tak i tělesné potíže tzv. **abstinenční příznaky**.

Dále Dušek a Večeřová – Procházková (2010, s. 211) uvádí diagnostická kritéria pro závislost na alkoholu, kdy by se během posledních 12 měsíců měly vyskytovat u jedince 3 a více z následujících charakteristik:

- Silná touha, pocit nutkání užít alkohol.
- Neschopnost sebekontroly při požívání alkoholu.
- Při nepožití alkoholu se projevují u jedince abstinenční potíže psychického a později i tělesného rázu.
- Tolerance alkoholu má u jedince snižující se charakter – pro navození žádoucích pocitů je třeba zvýšit množství užívaného alkoholu.
- Postupné zanedbávání ostatních zájmů a aktivit ve prospěch času stráveného s alkoholem.
- I přesto, že jsou již zjevné známky poškození organismu, jedinec stále pokračuje v užívání alkoholu.

Na první pohled je patrné, že obě dvě výše uvedené definice jsou si velice podobné. Dušek a Večeřová – Procházková uvádí mezi diagnostickými kritérii navíc silnou touhu či nutkání užít alkohol, čemuž odborně říkáme **carving**. (Nešpor, 2011, s. 23)

1.2 Vývoj vzniku závislosti na alkoholu

Vágnerová (2014, s. 502) hovoří o E. M. Jellinkovi (americký alkohololog českého původu), který poprvé popsal a charakterizoval vývoj vzniku závislosti na alkoholu v roce 1952. Rozdělil jej do následujících 4 fází:

1.2.1 Fáze občasné konzumace

Jedinec užívá alkohol většinou ve společnosti pravidelně, kdy v některých sociálních vrstvách je to považováno za zcela normální jev. Pokud se jedinec ocitne v zátěžové situaci, dochází ke zvýšení množství konzumace alkoholu, který slouží v tomto případě jako prostředek pro lepší náladu, snížení vnitřního napětí, jedinec díky alkoholu utíká od problémů. Nebezpečí nastává tehdy, pokud si jedinec vstíjí myšlenku, že alkohol přináší úlevu. Když se pak nakumulují i další problémové situace, dávky alkoholu rostou, aniž by se je jedinec pokoušel nějak redukovat. (Vágnerová, 2014, s. 502)

1.2.2 Fáze prodromální, varovná

Jedinec vidí v alkoholu pomocnou ruku, která mu pomáhá zvládat různé nepříjemné, zátěžové či stresové situace. Pociťuje stále větší potřebu alkohol konzumovat a denní dávky postupně zvyšuje. Objevují se situace, kdy pije potají, sám a ztrácí sebekontrolu. V této fázi je podstatné, že si jedinec uvědomuje pravidelnou potřebu konzumovat alkohol v podobě nepříjemného varování. Mohou se také objevit tzv. palimpsesty neboli alkoholové výpadky paměti. (Vágnerová, 2014, s. 503)

1.2.3 Fáze kritická

V této fázi se lze vyjádřit o jedinci jako o osobě závislé na alkoholu. Pro toto období je typické, že si jedinec svoji závislost nechce přiznat a vnitřně sám sebe přesvědčuje, že kdykoliv dokáže přestat pít. Ve stavu střízlivosti má jedinec výčitky svědomí, ale svoji touhu napít se stejně nedokáže ovládnout. Nedokáže odhadnout únosnou míru a ztrácí kontrolu nad požíváním návykové látky a prakticky se již bez ní neobejde. Toto všechno již přináší problémy do osobního, rodinného, pracovního i společenského života jedince. Žebříček hodnot jedinec přetransformuje dle aktuálních potřeb, kdy v popředí většinou dominuje láhev s alkoholem. Situace, kdy si jedinec uvědomí vlastní úpadek osobnosti, se může stát podnětem k absolvování léčby závislosti. (Vágnerová, 2014, s. 503)

1.2.4 Fáze terminální

Neboli také období úpadku. Stěžejní situací v této fázi je, že jedinec si je již dobře vědom toho, že není schopen svépomocí zvládnout závislost a poddává se pocitům bezmoci, kdy pije stále častěji, prakticky nepřetržitě. Somatické i psychické potíže se objevují jak v období, kdy pije, tak i když alkohol zrovna nepožívá. A současně pokračuje postupné fyzické i psychické chátrání osobnosti. Z důvodu neustálých konfliktů s osobami nejbližšími či z blízkého okolí se jedinec stahuje do izolace. (Vágnerová, 2014, s. 503 - 504)

1.3 Klasifikace typů závislosti dle Jellinka

Pan Jellinek rozdělil osoby závislé na alkoholu podle stupně rozvoje jejich závislosti do pěti konkrétních typů a stručně je charakterizoval. (Dušek, Večeřová – Procházková, 2010, s. 209)

1.3.1 Typ alfa

U prvního typu se nejedná o závislost jako takovou, ta tu ještě není rozvinuta a jedinec neztrácí sebekontrolu. Konzumuje alkohol proto, aby navodil požadovanou náladu, dostal se do euforie a díky tomu se tak odpoutal od starostí všedního dne. (Dušek, Večeřová – Procházková, 2010, s. 209)

1.3.2 Typ beta

Pro tyto jedince je charakteristické příležitostné (ovšem také pravidelné) užívání alkoholu, kdy si ovšem zatím nevypěstovali psychickou a somatickou závislost. O tomto typu lze hovořit jako o tzv. předstupni závislosti typu delta, do kterého se typ beta za určitých podmínek rozvine. (Dušek, Večeřová – Procházková, 2010, s. 209), (Heller, Pecinovská, 2011, s. 33)

1.3.3 Typ gama

Neboli anglosaský typ, se vyskytuje u jedinců, u kterých se již objevuje porucha kontroly nad konzumací alkoholu, což s sebou přináší i konflikty s vlastním okolím a opilecké stavy, které se objevují stále častěji a postupně se stávají každodenní záležitostí jedince, který si již vytvořil psychickou závislost. (Heller, Pecinovská, 2011, s. 33)

1.3.4 Typ delta

Toto označení se používá u jedinců, kteří jsou tzv. návykoví pijáci. Na rozdíl od typu gama je pro typ delta typická pouze somatická závislost, což znamená, že sice tyto jedinci neztrácejí zcela sebekontrolu, ovšem pokud by byli delší čas bez alkoholu, rozvinou se u nich abstinenci příznaky. Jedinci označení jako gama či delta typ jsou považováni již jako osoby závislé na alkoholu a potřebují odbornou pomoc. (Dušek, Večeřová – Procházková, 2010, s. 209)

1.3.5 Typ epsilon

Jedinci označováni jako typ epsilon se nazývají tzv. kvartální pijáci. Což znamená, že nepijí každý den, ale požívají alkohol v určité periodě, kdy pijí třeba jen jednou za týden ovšem téměř do „němoty.“ Dalším typickým znakem je pro tyto jedince přítomnost duševní poruchy, jako je schizofrenie, mánie aj. (Dušek, Večeřová – Procházková, 2010, s. 209)

1.4 Příčiny vzniku závislosti

Nešpor (2011, s. 50 - 51) se o příčinách vzniku alkoholové závislosti zmiňuje velice obecně. Hovoří o faktorech dvojího typu, o protektivních a rizikových. Kdy za protektivní faktory jsou považovány takové faktory, které jsou pozitivní a napomáhají proti vzniku závislosti. Naopak negativní faktory mají zcela opačný účinek, tudíž vznik závislosti podporují. Závislost pak logicky vzniká za předpokladu, že nad protektivními převažují negativní faktory.

Příčin, které vyvolávají u jedince závislost na alkoholu, je celá řada. Jednak to jsou příčiny přicházející z vnějšího prostředí jedince jako je výchova, společenské prostředí, pracovní prostředí nebo vztahové problémy v rodině. A pak to jsou příčiny vnitřní, kam řadíme hlavně dědičné a biologické dispozice k závislosti a pak také charakteristické rysy osobnosti jedince. (Ühlinger, Tschui, 2009, s. 22 - 23)

Heller a Pecinová (2011, s. 9) k výše uvedeným faktorům ještě přidávají poznámku, která upozorňuje na to, že vliv na vznik závislosti má také dostupnost návykové látky a k tomu, aby vznikla závislost, musí dostat jedinec nějaký podnět neboli startér. Za přítomnosti těchto všech faktorů vznikne závislost díky tomu, že se jedinec opakovaně dostává do situací, kdy se mu prostřednictvím alkoholu podařilo dosáhnout uspokojení a pak je také podstatné, že jedinec neví o jiné vhodné alternativě (kromě alkoholu), se kterou by dosáhl uspokojivého výsledku a vyřešení náročné situace.

1.5 Následky dlouhodobého užívání alkoholu

Důsledky dlouhodobého užívání alkoholu můžeme rozdělit do tří kategorií na tělesné, psychické a sociální.

Tělesné následky se projevují zejména na játrech, kdy alkohol způsobuje nejprve steatózu, což je ztučnění jater, a později i cirhózu jater, což může vést ke vzniku karcinomu jater. Dalším nejčastěji postiženým vnitřním orgánem je jícn, kde vznikají jícnové varixy, dále pak je ovlivněn kardiovaskulární systém – jedinec trpí hypertenzí, kardiomyopatií, mohou se objevit problémy se srážením krve. Dlouhodobé požívání alkoholu také poznamená nervový systém jedince. V tomto případě má jedinec problémy se sníženou citlivostí v končetinách – polyneuropatie, mohou se u něj vyskytnout i epileptické záchvaty. (Polách, 2016, s. 106) Dörner a Plog (1999, s. 147 in Vágnerová, 2014, s. 507) dále upozorňují na změnu zevnějšku, kdy pro osoby závislé na alkoholu bývá typický „*prosáklý, rudomodrý, těstovitě mastný obličej, rozšíření cév, vodnaté oči, váčky pod očima, předčasně zestárlý výraz.*“

Psychické následky alkoholové závislosti jsou především deprese a úzkosti, které se objevují zejména, když se jedinec pokouší abstinovat. Alkohol také způsobuje tzv. deprivaci osobnosti, což znamená, že dochází k úplné změně celé osobnosti závislého, kdy se stává emočně labilním, je podrážděný, hrubý až agresivní ke svému okolí. (Polách, 2016, s. 107) Vágnerová (2014, s. 506) popisuje některé psychické poruchy, které souvisejí s dlouhodobým požíváním alkoholu, jako je:

- **Stav delirium tremens** – stav, který se objevuje u závislého, pokud má nedostatek alkoholu v krvi, projevuje se třesem, pocením, úzkostí, poruchami vědomí s bludy a třeba i halucinacemi.
- **Psychotické poruchy** – do této kategorie řadíme alkoholovou halucinózu, kdy závislý trpí děsivými sny či sluchovými halucinacemi.
- **Amnestické alkoholové poruchy** – jsou spojeny s poruchami paměti, kdy jedinec trpí výpadky paměti, je dezorientován v čase, má problémy jak s vybavováním si naučených věcí, tak i s učením se něčemu novému.
- **Alkoholová demence** – je stav, který způsobuje absolutní úpadek osobnosti jedince, jeho intelektu a dochází k celkové degeneraci.

Sociální následky dlouhodobého požívání alkoholu se promítnou v pracovním životě jedince, kdy jeho pracovní aktivita klesá, stává se pasivnějším, bez motivace, celková pracovní výkonnost se zhorší a společně s častějšími absencemi může dojít až k obdržení výpovědi z pracovního poměru. Další sférou, kterou závislost značně poznamená, je rodina závislého jedince. V krajním případě se rodina alkoholika rozpadá, ovšem není to pokaždé pravidlem. Jedinec svoji rodinu zatěžuje po všech stránkách. Obvyklým jevem je materiální strádání rodiny, kdy jedinec rodinný rozpočet investuje do alkoholu. Rodinné vztahy jsou narušeny lhaním, bezohledným chováním k partnerovi a dětem nebo nespolehlivostí závislého jedince. Nesoulad a disharmonie se projeví i v partnerském intimním životě. Obecně lze můžeme říci, že dlouhodobé užívání alkoholu znamená pro jedince celkový sociální úpadek, který je doprovázen různými sociopatologickými jevy, jako je bezdomovectví, kriminalita, dluhová propast a spousta dalších. (Vágnerová, 2014, s. 519 - 521)

2 RODINA JEDINCE S ALKOHOLOVOU ZÁVISLOSTÍ

Pokud se hovoří o jedinci závislém na alkoholu, je nutné si uvědomit, že následky závislostního chování nedopadají pouze na osobu závislou, ale také na její nejbližší okolí – především na rodinu. Dlouhodobá závislost, ať už muže či ženy, postupně destruuje celý rodinný systém (onemocní nejen osoba závislá, ale také celá rodina) a dopadá na všechny členy rodiny, tudíž se následky nevyhýbají ani dětem. Konflikty a negativní jevy se z počátku objevují v době, kdy je jedinec alkoholem intoxikován, nejvíce je narušena jeho komunikace s ostatními členy rodiny. V pozdějším stádiu závislosti jsou narušeny rodinné interakce i ve stavech střízlivosti. Nejvýznamnějšími prvky, které negativně působí na rodinu, jsou utajení pití a následně jeho zdůvodňování. Utajení pití narušuje komunikaci v rodině a vzájemnou důvěru, ovlivňuje i změnu žebříčku hodnot. Zdůvodnění pití má zase negativní vliv na pozitivní emoční projevy, sexuální život partnerů a rozvrací vzájemné vztahy mezi jednotlivými členy rodiny. (Heller, Pecinovská, 2011, s. 111 - 112)

2.1 Ochranné a rizikové faktory v rodině

V každé rodině závislého jedince je možné vysledovat určité faktory, které buď mohou závislost podpořit v jejím vzniku a rozvoji – tyto faktory se nazývají **rizikové faktory**. Dále existují **ochranné faktory** neboli protektivní a tyto faktory naopak závislosti dokáží předcházet, popřípadě působí pozitivně při léčbě a překonání závislosti. Oba druhy faktorů se týkají a přímo působí v první řadě na dítě, které v rodině žije. Mezi rizikové faktory patří fakt, že dítě žije bez rodiny a bez domova, nebo rodina, ve které dítě žije, špatně funguje (výchovu zajišťuje pouze jeden rodič, podceňování dítěte, přehnaná přísnost, nepřiměřené fyzické tresty, nedostatek času a málo péče, dítě nemá stanovená jasná pravidla atd.). Z výše uvedených příkladů jsou odvozeny faktory ochranné, mezi které se řadí například přiměřená péče a dostatek času věnovaný dítěti, poskytnutí pozitivních hodnot (vzdělání), vzájemná spolupráce rodičů při výchově, odmítání alkoholu u dětí ze strany rodičů a další. Dále faktory působí i na partnery – manžele. Za rizikové je považováno duševní onemocnění jednoho z partnerů, časté stěhování rodiny nebo již probíhající závislost na návykové látce u jednoho z partnerů. Za protektivní faktory je považováno duševní zdraví partnerů, umění zvládat stres, dobré mezigenerační vztahy, odmítání alkoholu a jiných návykových látek partnery. V neposlední řadě se také do této kategorie řadí pojem tzv. „tvrdá láska“, která je závislému zprostředkována ze strany partnera a ostatních příbuzných, kdy závislý cítí podporu a lásku, na druhou stranu je mu ale také dáno jasně najevo, že jeho nejbližší vyžadují pozitivní změnu a tím tak zvyšují motivaci závislého k léčbě. (Nešpor, 2011, s. 80 - 82)

2.2 Rozdíl mezi závislým mužem a ženou

Každým třetím alkoholikem je žena. A každá pátá žena má problémy s užíváním alkoholu. Obecně platí, že ženy jsou křehčími bytostmi než muži, tudíž i stejné množství požitého alkoholu v těle ženy reaguje rychleji než v těle muže (při stejném množství vypitých alkoholických nápojů mají muži v krvi o 30 % alkoholu méně než ženy.) Ženy se stávají také rychleji závislými než muži. (Ühlinger, Tschui, 2009, s. 40)

Nešpor (2006, s. 107) výše uvedené jevy zdůvodňuje hlavně anatomickými rozdíly mezi tělem muže a ženy. Hlavním rozdílem je velikost jater, které odbourávají alkohol, kdy ženská játra jsou menší a obsahují i méně enzymů štěpící alkohol, dále pak autor upozorňuje na nižší množství vody v ženském těle, která je podstatná pro rozpouštění alkoholu.

Heller a Pecinovská, (2011, s. 36 – 37) uvádějí základní rozdíly mezi závislostí muže a ženy. Za zásadní považují autoři konečné důsledky závislosti na alkoholu pro muže a pro ženy, u kterých jsou následky vážnější – např. od ženy alkoholičky se její okolí více izoluje a odmítá ji razantněji než okolí muže – alkoholika. Tím žena a celá její rodina upadá do sociální izolace. Častější je u žen výskyt psychóz, které jsou spojeny se závislostí. U žen je typické utajené popíjení a tím pádem okolí na tuto skutečnost reaguje později než u mužů, kteří svoji závislost navenek neskrývají (konzumují alkohol s kamarády v hospodě). Ženy se dále projevují méně agresivně než muži, ovšem na druhou stranu zase trpí většími úzkostmi. Neobvyklým jevem u žen není ani častější ztráta rodinného zázemí, popřípadě rodiny celé. Paradoxem ovšem je, že příčinou vzniku závislosti u žen bývá často reakce na životní nezdary a problémy v osobním a rodinném životě.

Rozdíly mezi muži a ženami existují také v průběhu léčby a po překonání závislosti, kdy ženy umějí využívat lépe psychoterapii a relaxační techniky. U žen dochází k rychlejšímu zlepšení zevnějšku, což podporuje zvýšení motivace v setrvání v léčbě. Ženy se rychleji a lépe umějí odpoutat od rizikového životního stylu než muži, hlavně kvůli tomu, že alkohol pily potají a o samotě, na rozdíl od mužů, kteří se častěji pohybují v nevhodné společnosti pijících přátel. (Nešpor, 2006, s. 112)

Heller a Pecinovská, (2011, s. 37) dále upozorňují na fakt, že ženy na začátku léčby spolupracují mnohem méně než muži, ale na rozdíl od mužů ženy rychleji a lépe pochopí v průběhu léčby nutnost abstinence a věnují větší úsilí do doléčovacích programů a z tohoto důvodu jsou pak výsledky léčby stabilnější než u mužů.

2.3 Reakce dětí na závislost u rodičů

Wegscheider-Cruse (1989 in Nešpor, Csémy 1996, s. 72 - 73) definovala čtyři základní reakce dětí, které žijí s rodiči alkoholiky. První reakce se nazývá **Rodinný hrdina**. S touto rolí se nejčastěji identifikuje nejstarší sourozenec, který má potřebu přebírat odpovědnost za problémy rodiče (rodičů) a snaží se nahrazovat nefungujícího dospělého, což je většinou nad možností jeho sil. Existují případy, kdy dítě vyvolává dojem **Ztraceného dítěte**, což je název pro další typickou reakci. Ztracené dítě žije ve vlastním světě a od reality utíká do snění. Navenek málo komunikuje s okolím a uzavírá se do sebe. Opakem ztraceného dítěte je **Klaun**, třetí ze čtyř typických reakcí. Takové dítě se snaží odvádět pozornost od problémů rodičů tím, že šaškují a tak strhává pozornost raději na sebe. Poslední reakce je pojmenována **Obětní beránek**. Tento typ reakce funguje na stejné bázi jako reakce klaun s tím rozdílem, že dítě odvádí pozornost od problémů tím, že dělá problémy sám – lže, krade, chodí za školu, experimentuje s návykovými látkami.

U všech typů reakcí je důležité si uvědomit nutnost odborné pomoci dítěti. Ve všech případech by se odborníci měli zaměřit na posilování sebevědomí dítěte, které je pod vlivem negativních jevů v rodině silně narušeno. U rodinných hrdinů se hlavně rodiče musí snažit pomoci dítěti vrátit se zpět do dětství a dát mu najevo, že problémy se týkají dospělých, které on sám nemůže vyřešit. Ztraceným dětem je zase dopřáno více pozornosti a učí se žít v reálném světě, kde by se měly cítit bezpečněji. U klaunů by se nemělo odměňovat jejich šaškování, naopak by se dětem mělo pomoci se uplatnit jiným, vhodnějším způsobem. U dětí typu obětní beránci se nesmí posilovat problémové chování, naopak se odměňuje chování adaptivní. Důležitá je práce s celou rodinou. (Nešpor, Csémy 1996, s. 72 - 73)

2.4 Patologické rysy rodin alkoholiků

Nešpor (2011, s. 86) popsal nejčastější problémy, se kterými se lze setkat v rodinách, jejímž členem je jedinec závislý na alkoholu. Úplně nejčastějším problémem, který provází alkoholovou závislost je **omezení komunikace** mezi závislým a ostatními členy v rodině. Závislý jedinec se komunikaci záměrně vyhýbá, protože o svém problému nechce mluvit a ani ho jakkoliv řešit. S tímto negativním jevem se dá velice dobře pracovat v rámci rodinné terapie a vzájemná komunikace se pak obvykle zlepšuje. Ühlinger a Tschui (2009, s. 36) dodávají, že se komunikace mezi závislým a ostatními členy rodiny usnadní v případě, pokud by se příbuzným podařilo více pochopit fenomén závislosti a celou problematiku spjatou s tímto pojmem.

Omezená komunikace s sebou přináší za následek **odcizení a vzdálení** se členům rodiny. To může vést až k úplnému rozpadu rodiny. Je důležité s tímto jevem při terapii pracovat, protože nekvalitní a neharmonické rodinné prostředí léčbu jedince neusnadňuje. (Nešpor, 2011, s. 86)

Další problematický jev, který se v rodinách zatížené závislostí objevuje velmi často, se nazývá **patologická rovnováha**. Tento jev popsal Goldberg (1985 in Nešpor, 2011, s. 84), kdy závislost partnera je tolerována a slepě přehlížena druhým partnerem, který ovšem z celé situace také nějakým způsobem profituje (např. udržuje mimomanželský vztah, který mu je tolerován, je závislý na jiné návykové látce, trpí duševním onemocněním, aj.). Zjednodušeně lze říci, že v takovém případě funguje vztah partnerů na bázi „něco za něco.“

Blízké osoby závislých jedinců (partneři, děti, rodiče, atd.) se mohou dostat do situace, kdy se stávají tzv. „umožňovačem“ a závislému jedinci usnadňují závislostní chování třeba tím, že ho omluví v práci, poskytují mu bezplatně stravu a bydlení, zařizují za něj úřední záležitosti, platí dluhy a podobně. **Umožňování** se členům rodiny může jevit jako pomoc poskytovaná závislému, ovšem ve skutečnosti dochází k oddalování opravdového řešení. Odborníci v těchto situacích doporučují, aby členové rodiny poskytovanou pomoc podmínili například tím, že závislý bude abstinent nebo že zahájí léčbu, při které bude spolupracovat. (Nešpor, 2011, s. 84)

2.5 Jak pomoci závislému členu rodiny

Osoby blízké závislého jedince se v období, ve kterém přicházejí na to, že něco není v pořádku a že jejich člen rodiny je závislý na alkoholu, anebo alespoň s jeho užíváním má problémy, stahují do izolace, pociťují stud a úzkost. A tady je nejvyšší čas, aby právě oni požádali o odbornou pomoc, protože závislý jedinec na takovýto krok ještě nemusí být připraven. (Ühlinger, Tschui, 2009, s. 33)

„Vy jej nevyлéčíte. I když jej máte rádi a udělali byste pro něj první poslední, vy jej nevyлéčíte. Můžete jej pouze podporovat, směřovat, ale vyléčit se musí dotyčný sám.“ (Polách, 2016, s. 115)

Proto, aby si závislý uvědomil svůj problém, je důležité, aby se uměl (a měl tu možnost) vypořádat se všemi následky svého chování a jednání. To je také ta největší pomoc, kterou mu mohou jeho blízcí nabídnout – nechat ho v tom „vykoupat“. Alkoholik, který bude mít vedle sebe osobu, která bude mírnit následky jeho nestřídmosti, si nemůže včas uvědomit závažnost svého stavu. (Ühlinger, Tschui, 2009, s. 56)

Nešpor a Csémy (1996, s. 69 - 70) sepsali praktické rady a doporučení partnerkám a manželkám mužů alkoholiků, ovšem těmito radami se mohou řídit i muži, kteří žijí se závislou ženou.

- V první řadě je důležité si problém partnera přiznat. Málodky se alkoholik sám od sebe začne léčit, pokud nedostane jasný impuls od svého nejbližšího okolí.
- Informujte se a zjišťujte. Jaké jsou možnosti léčby, a následně partnera s novými informacemi seznáňte.
- Odměňujte partnerovu střízlivost (dobrá večeře, malý dárek, příjemný čas strávený společně)
- Provozujte aktivity, které má partner rád a které se neslučují s alkoholem.
- Osamostatněte se. Vytvořte si svůj vlastní prostor, věnujte se svým zálibám a aktivitám, snažte se být nezávislá na partnerovi.
- Nevšímejte si ho, pokud je právě pod vlivem alkoholu, snažte se být neutrální.
- Učte partnera, že musí umět nést důsledky. Neomlouvejte ho v práci, nečekejte na něj s večerí a podobně.
- Nejpriznivější doba pro léčbu je po prožití nějaké nepříjemnosti v důsledku užití alkoholu, pokud se partner rozhodne pro léčbu, učinite co nejrychleji potřebné kroky k zahájení léčby.

Polách (2016, s. 126 - 127) mezi svá doporučení pro příbuzné ještě zařadil Nutnost stanovit si jasná pravidla a trvat na jejich dodržování. Důležité je se nenechat se uchlácholit sliby, které alkoholici poskytují svým příbuzným v hojném množství, ale požadovat činy. A důležité je také si uvědomit, že blízcí a rodina alkoholika nevyлéčí, ovšem právě rodina může závislému být potřebnou a nutnou oporou na cestě k vyléčení.

3 LÉČBA PACIENTŮ S ALKOHOLOVOU ZÁVISLOSTÍ

První pokusy o léčbu alkoholové závislosti se datují do 19. století. Aby léčba proběhla úspěšně, je téměř bezpodmínečně nutné, aby si jedinec uvědomil podstatu léčby alkoholové závislosti a to, že závislost považuje za nemoc, která je zvládnutelná pouze za předpokladu úplné abstinence, která se pak již musí dodržet celoživotně. Mezi základní předpoklady k léčbě řadíme motivovanost jedince a jeho ochotu ke spolupráci. (Vágnerová, 2014, s. 523)

Úspěšnost léčby v České republice je velice individuální, obvykle po léčbě abstinuje 50% žen – alkoholiček a 30% mužů – alkoholiků. Úspěšnost abstinence podporuje uvědomění si skutečnosti, že jedinou možnou cestou, jak závislost na alkoholu pokořit, je doživotní abstinence, dále pak je také velice důležité, aby jedinec měl zázemí ve svém nejbližším okolí. (Csémy et al., 2012 in Vágnerová, 2014, s. 523)

3.1 Základní principy léčby

Obecně léčba, ať je pacientovi nabídnuta v jakékoliv formě, musí zajistit několik základních bodů. Základem je odstranit návykovou látku z organismu pacienta a obnovit tělesné funkce organismu, které byly poškozeny právě díky dlouhodobému nadužívání alkoholu. Dále pak se musíme zaměřit na pacientovu psychiku, obnovit narušené psychické funkce. V průběhu léčby usiluje personál ve spolupráci s pacientem o jeho snahu řešit následující životní situace bez návykové látky, pacient se učí žít nový životní styl, jehož součástí je abstinence a v neposlední řadě se snaží o znovu začlenění se do společnosti. (Heller, Pecinovská, 2011, s. 124)

Léčba alkoholové závislosti je v České republice nabízena závislým osobám v několika formách, které jsou níže v textu podrobně popsány a vysvětleny.

3.2 Ústavní léčba

Ústavní léčba (léčba s hospitalizací) je pravděpodobně nejobvyklejší formou léčby závislosti. Pro osobu závislou na alkoholu začíná být nezbytná v době, kdy jedinec ztrácí kontrolu nad pitím alkoholu a svépomocí se mu nedaří zvládat abstinenci příznaky, které se čím dál více stupňují a nastávají v období, kdy jedinec alkohol nepožívá. Zároveň mu jeho stav v období abstinence nedovoluje brát ohledy na vlastní zdraví, soukromý, rodinný, společenský či pracovní život. (Heller, Pecinovská, 2011, s. 125)

Ústavní léčba má oproti ostatním formám léčby alkoholismu dvě zásadní výhody. Hlavní výhodou je prostředí, které je pacientovi poskytnuto v rámci ústavní léčby. Je považováno za

mnohem bezpečnější než pacientovo přirozené prostředí, kdy se v tomto prostředí eliminuje dostupnost návykových látek a minimalizuje se také výskyt „spouštěčů,“ které by mohly pacienta pobídnout k užití alkoholu. Dále je zde také nepřetržitě dostupná odborná péče od profesionálů. Druhou výhodou je možnost aplikace intenzivnějšího léčebného programu pacientům než například při léčbě ambulantní. Za nevýhody ústavní léčby je považována její cena, která je vyšší než u jiných forem léčby. Také může být nevýhodou (ale není to pokaždé pravidlem) sociální izolace pacientů, kteří jsou vytrženi ze svého přirozeného prostředí a nemohou např. docházet do zaměstnání. (Nešpor, Csémy, 1996, s. 114)

Ústavní léčba se realizuje zpravidla v psychiatrických léčebnách a součástí léčby je několikátýdenní hospitalizace – zpravidla trvá tři měsíce. (Polách, 2016, s. 123) Ovšem u každého pacienta je tento časový horizont individuální. Nešpor, Csémy (1996, s. 115) uvádějí 5 hlavních kritérií, na která by měl být brán zřetel při určování délky ústavní léčby. V první řadě je to sociální situace klienta – kdy se má za to, že čím méně je stabilnější sociální zázemí pacienta, tím delší by léčba měla být. Dále je přihlíženo k aktuálnímu zdravotnímu stavu pacienta při přijetí. Následně pak lékaři posuzují schopnost pacienta využívat a zvládat ambulantní léčbu. Dalším kritériem je délka recidivy, její závažnost a délka předchozí abstinence. Nakonec lékaři zjišťují přítomnost další psychopatologie, která by mohla léčbu rovněž prodloužit.

Od pacienta se očekává absolutní podřízení se léčebnému režimu, samozřejmostí je úplná abstinence – pokud by pacient byl pod vlivem alkoholu v průběhu léčebného programu, ihned se léčba ukončuje. Léčba se ukončuje také v případě, kdy pacient nasbírá za své špatné chování určitý počet „trestných“ bodů. Naopak za dobré chování může pacient získat „kladné“ body a za ně pak získá odměnu, např. prodloužená vycházka mimo areál léčebny. (Polách, 2016, s. 123)

Pacientovi je v průběhu léčby poskytnut komplexní léčebný program skládající se z následujících složek: farmakologická léčba, léčebný režim, psychoterapie, rodinná a manželská terapie – popřípadě práce s rodinou, svépomocné skupiny a socioterapie. (Vágnerová, 2014, s. 524)

Léčebný režim je nezbytnou součástí léčby, kdy pacient striktně dodržuje léčebný program, vnitřní řád léčebny a nastolená pravidla, která platí pro všechny pacienty stejně. Pacienti si tímto způsobem vytvářejí účelnější vzorce chování. Za své chování jsou potom buď odměňováni anebo sankciováni. (Vágnerová, 2014, s. 524)

Farmakologická léčba neboli farmakoterapie se používá především v průběhu detoxifikace – očištění těla od návykové látky. Dále pak je nutná u somatických projevů odvykacího stavu, pomocí léků lékaři udržují stabilizované vnitřní prostředí těla pacienta (kdy udržují v rovnováze minerály a vitamíny), anebo léky poskytnou, pokud se u pacienta objeví psychické potíže, např. psychóza či deprese. Léky také mohou pomoci pacientovi při abstinenci – v těchto případech je pacientům podáván lék disulfiram (Antabus), který pokud je pacientovi podán, způsobuje prudkou reakci při požití alkoholu (nevolnost, zvracení, prudké bolesti hlavy, křeče.) Pro zvládnutí carvingu (pocitu bažení) se indikují léky acamprosat a naltrexon – díky těmto lékům pacient nepocítuje žádný požitek z alkoholu a dochází ke snížení již výše zmiňovaného pocitu bažení. Užívání těchto léků je dlouhodobé – jeden rok a pomáhají pacientovi úspěšně zvládnout dlouhodobou abstinenci po úspěšně ukončené léčbě. (Kalina, 2015, s. 55)

Psychoterapie je pravděpodobně nejpoužívanější a nejpodstatnější léčebnou metodou, která se aplikuje u pacientů, léčících se se závislostí. Je uplatňována ve všech složkách systému péče o závislé a uživatele návykových látek. (Kalina, 2008, s. 179)

Ve spojení se závislostí se nejčastěji při léčbě používá psychoterapie integrativní a kognitivně behaviorální, které obsahují několik forem. Jednou z forem je racionalní psychoterapie, která nám již z názvu říká, že je zaměřena na porozumění souvislostem a pacient si má v rámci terapie vytvořit logický úsudek a náhled na svoji situaci. Další formou je sugestivní psychoterapie, která využívá prvků jako je hypnóza či autogenní trénink. Abreaktivní psychoterapie zase zprostředkuje pacientovi znovuprožití situací, které vedly k použití alkoholu, a následně s terapeutem pacient pro tyto situace hledá nová řešení. Psychoanalytická psychoterapie zase pracuje s pacientovým nevědomím. Interpersonálně korektivní psychoterapie využívá a pracuje se skupinovými interakcemi, vztahy a skupinovou dynamikou skupiny, která vznikla záměrně a tvoří ji právě sami pacienti. Mezi nejběžnější činnosti, které se při psychoterapii využívají, patří nácvik pacientovy role v situaci, která ho nějakým způsobem ohrožuje, muzikoterapie, psychodrama, arteterapie, asertivní dovednosti, psaní deníku, soupis podrobného životopisu aj. Psychoterapie se používá v několika formách. Může být skupinová, hromadná či individuální (Heller, Pecinová, 2011, s. 127 - 129)

Práce s rodinou, rodinná terapie je jedním z podstatných aspektů efektivní léčby závislosti. Nešpor (1996, s. 63) toto tvrzení zdůvodňuje následovně: „*Rodina může být zdrojem masivní patologie a četných problémů, může být ale i zdrojem veliké emoční podpory. Fungující*

rodina zmírňuje dopad nadměrného stresu a rodinné vztahy často motivují k léčbě a k pozitivní změně.“ Vágnerová (2014, s. 524) zdůrazňuje důležitost zachování si příznivého rodinného zázemí, protože právě vědomí toho, že existuje někdo, kdo pacientovi poskytne oporu v průběhu léčby, je velikou motivací pro úspěšné absolvování léčby. Práce s rodinou je významná i pro rodinné příslušníky, kteří potřebují vědět, jak se v konkrétních zátěžových situacích zachovat po propuštění pacienta, popřípadě jak změnit stereotypy a návyky, které by mohly vést k recidivě.

Socioterapie je do komplexního léčebného programu zařazena hlavně z důvodu podpory pacienta při návratu do společnosti. Prostřednictvím socioterapie pomáhá personál pacientovi v navazování nových kontaktů, při komunikaci s úřady, se zaměstnavatelem, popřípadě může být nápomocen při hledání nového zaměstnání. Pro prevenci recidivy je významný komunitní systém léčby, svépomocné skupiny, kluby či chráněné bydlení. (Vágnerová, 2014, s. 524)

Svépomocné skupiny poskytují pomoc i podporu nejen vyléčeným jedincům, ale také jejich rodinám. Obvykle v průběhu léčby dostávají pacienti první kontakt na svépomocnou skupinu, která jim po ukončení léčby poskytuje porozumění a podporu v začátcích abstinence, kdy se pacienti přizpůsobují zcela novému režimu. Nejznámější svépomocnou organizací, která sdružuje jedince s abúzem alkoholu je organizace Anonymní alkoholici (Vágnerová, 2014, s. 524)

3.3 Další formy léčby alkoholové závislosti

3.3.1 Detox

Primárním cílem detoxu je, jak už bylo výše zmíněno, vyčistit organismus závislého od návykové látky, v našem případě od alkoholu. V rámci této problematiky používáme dva základní pojmy – detoxikace a detoxifikace. O detoxikaci mluvíme v případě, kdy se pacient vyrovnává s odvykacím stavem bez využití farmakologických přípravků. Pokud pacient podstupuje detoxifikaci, jsou ke zvládnutí odvykacího stavu použity léky, které by také měly pacienta připravit na následnou léčbu závislosti. Z textu tedy vyplývá, že detox probíhá právě ještě před zahájením léčby jako takové. Zcela obvyklé je také zahájení detoxifikace z důvodu zajištění bezpečnosti pro pacienta i jeho okolí před sebou samým (např. když pacient trpí alkoholovou psychózou.) (Nešpor, Csémy, 1996, s. 39)

Celý proces detoxifikace trvá většinou po dobu 10 dnů a je zcela na svobodném uvážení pacienta, zda tento krok podstoupit či nikoliv, stejně tak jako se zcela svobodně rozhodne, zda podstoupí pak i samotnou léčbu své závislosti. Ve výjimečných případech (kdy se jedinec

stává nebezpečným pro sebe a své okolí) může soud nařídit ochrannou protialkoholní léčbu proti vůli pacienta. (Polách, 2016, s. 123)

Detoxifikace se nejčastěji provádí ve zdravotnických zařízeních na různých odděleních. V případě, že je pacient hospitalizován na některém ze **somatických oddělení** (interní odd., chirurgické odd. aj.) kvůli akutnímu zdravotnímu stavu a v průběhu hospitalizace u něj propuknou abstinenci příznaky je zahájena detoxifikace už na těchto odděleních. Následně, až to dovolí zdravotní stav, je pacient přeložen na **oddělení pro léčbu závislostí**, kde se v detoxifikaci organismu pokračuje a kde je zajištěna velice dobrá návaznost pro následnou péči. Dále se detoxifikace provádí na **detoxifikačních jednotkách**, které mohou být **součástí nemocničních komplexů** anebo jsou součástí **zařízení, které poskytují ambulantní služby** (tato zařízení pacienti volí hlavně v případě, kdy za následnou léčbu zvolí léčbu ambulantní.) (Nešpor, Csémy, 1996, s. 39 – 40)

3.3.2 Ambulantní léčba

Léčbu závislosti ambulantní formou volí pacienti, kteří odmítají léčbu ústavní (mají pocit, že závislost u nich ještě nevypukla tak, aby se museli nechat hospitalizovat) anebo právě ústavní léčbu ukončili a pokračují léčbou ambulantní. (Polách, 2016, s. 121)

Tu můžeme rozdělit na dvě fáze. První fáze je období, kdy pacient přestane užívat alkohol, kdy jeho organismus velice prudce reaguje na náhlý konec přísunu alkoholu. Tato fáze se zvládá s pomocí pravidelného lékařského dohledu a také s pomocí farmakoterapie (pomáhá mírnit abstinenci příznaky či nevolnosti), kterou předepíše pouze lékař. Důležité je, aby rodinní příslušníci byli dostatečně informováni o průběhu této fáze a o projevech, které ji mohou doprovázet. Lékařské konzultace obvykle probíhají pravidelně jednou za dva dny. Pak následuje druhá fáze, která je zaměřena na prevenci návratu závislosti. Péči o pacienta kromě lékaře dále zajišťuje psycholog a psychiatr. (Ühlinger, Tschui, 2009, s. 93) Psychiatr s pacientem pracuje pomocí psychoterapie, která pomůže objevit příčiny vzniku alkoholové závislosti a pojmenuje spouštěče nekontrolovatelného požívání alkoholu. V rámci pravidelných návštěv v ambulanci jsou i kontrolní odběry krve, které zjistí, zda dotyčný pacient dodržuje abstinenci režim. (Polách, 2016, s. 121)

Ambulantní léčba s sebou nese jednu zásadní výhodu a tou je možnost pacienta setrvat v přirozeném rodinném prostředí a nepřerušovat pracovní činnost pracovní neschopností. (Ühlinger, Tschui, 2009, s. 93) Ovšem ne každému pacientovi je tato forma léčby

doporučována. Je určena pro velice motivované pacienty s určitou vůlí a sebekontrolou, díky které nebudou užívat alkohol, když se ocitnou bez dohledu. (Polách, 2016, s. 121)

3.3.3 Denní stacionář

Heller a Pecinovská (2011, s. 134) považují léčbu v denním stacionáři v České republice za ojedinělou, ovšem nezapomínají podotknout, že tento způsob léčby je pro pacienta velice prospěšný hlavně díky větší možnosti navázání spolupráce s pacientovou rodinou. Podmínkou pro absolvování léčby je abstinence po celou dobu léčebného programu.

Stacionární léčba je ideální pro pacienta, který právě ukončil ústavní léčbu a potřebuje pomoci s přechodem do běžného všedního života. Anebo pro jedince, který ústavní léčbu považuje prozatím za předčasnou. Klienti denního stacionáře tráví čas přes den ve stacionáři (obvykle je to 8 hodin denně), kde je pro ně sestaven léčebný program, a na noc pak dochází do svých domovů. Výhodou je, že klient není vytržen z domácího prostředí, ovšem do zaměstnání po dobu léčby, která trvá obvykle 6 týdnů, nedochází. (Polách, 2016, s. 122)

3.3.4 Terapeutické komunity

Rozdíl mezi ústavní léčbou a léčbou v terapeutické komunitě je hlavně absence nemocničního prostředí, kdy zde klient nevystupuje jako pacient, ale jako účastník – člen komunity, který má určité kompetence a podílí se vlastním přičiněním na chodu komunity. Díky tomu si zvyšuje vlastní sebevědomí, sociální dovednosti a schopnosti. (Polách, 2016, s. 123)

Kalina (2008, s. 203) popisuje základní pravidlo terapeutické komunity, které říká, že: „*Všichni musí dodržovat stejná pravidla, ale ne všichni mají rovná práva a povinnosti.*“ Každá komunita je hierarchicky strukturovaná, kdy základní dvě složky jsou členové komunity - klienti a členové týmu – personál. Obě tyto složky pak mají různé pravomoci. Rozhodovací pravomoc má komunita (rozhoduje o provozních záležitostech, o přestupu klientů z fáze do fáze, o setrvání, přijetí či vyloučení klienta z komunity atd.) Komunita se pak dále hierarchizuje díky rozdílným právům a povinnostem, které mají klienti v různých fázích léčby.

Mezi charakteristické rysy terapeutické komunity patří především prostředí, ve kterém se nenachází návyková látka, na které byl klient závislý. Dále je pro terapeutickou komunitu typický vysoký stupeň organizační autonomie. Obvyklým jevem je oddělení komunity od okolního světa a institucích z důvodu zajištění bezpečného prostředí pro klienty. Vysoký důraz je kladen nejen na dodržování pravidel a chodu komunity, ale i na tým, který je složený z profesionálů. Postavení a role klientů se odvíjí od pokroků, kterých v léčbě dosahují. Na

závislost je pohlíženo jako na komplexní problém, zahrnující nejen klienta, ale také jeho okolí, se kterým se spolupracuje. (Kalina, 2015, s. 450 -451)

Pro absolvování léčby v terapeutické komunitě musí být klient vysoce motivovaný, protože délka léčby se pohybuje v řádu měsíců, obvyklá délka je od 6 měsíců do jednoho roku. Před nástupem do komunity je po klientovi požadováno úspěšné absolvování detoxu, zaevidování na Úřadu práce ČR, platné zdravotní pojištění a sepsání vlastního životopisu. V České republice jsou 4 terapeutické komunity, které přijímají klienty, léčící se se závislostí na alkoholu. Toto číslo poukazuje na fakt, že terapeutické komunity nejsou zcela typickým způsobem léčby alkoholové závislosti v České republice. (Polách, 2016, s. 123)

3.3.5 Protialkoholní záchytná stanice

Neboli tzv. „záchytká“ není považována v pravém slova smyslu za způsob léčby alkoholové závislosti, protože ne každý klient, který se ocitne na záchytné stanici, je automaticky považován za osobu závislou na alkoholu. Její základní funkcí je poskytnutí péče osobě, která je vysoce intoxikována alkoholem, a která právě pod vlivem alkoholu ohrožuje sebe nebo své okolí. Pobyt na „záchytkce“ je zpoplatněný, cena se pohybuje v řádu od sta do několika tisíců korun, které je jedinec po ukončení pobytu povinen uhradit. Provoz je zde nepřetržitý po celých 24 hodin denně, kde se o intoxikované jedince stará odborný zdravotnický personál. Dále se na záchytných stanicích provádí krevní odběry a odběry moče u řidičů, u kterých je podezření, že před jízdou užili návykovou látku. (Polách, 2016, s. 122)

Občas se personál záchytné stanice setkává s klienty, kteří se pod vlivem alkoholu projevují sebevražednými sklony. V takových případech je klient po zvládnutí intoxikace vyšetřen psychiatrem, který vyhodnotí momentální situaci a může klientovi nastínit možnost ústavní léčby a záchytná stanice se stává prvním kontaktem jedince s ústavní léčbou. (Polách, 2016, s. 121)

Za zakladatele záchytných stanic, je považován Doc. MUDr. Jaroslav Skála, který první záchytnou stanic založil v bývalém Československu, v roce 1951, v nemocnici U Apolináře, v Praze. Dnes najdeme po celé České republice celkem 16 záchytných stanic. (Záchytné, 2017)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část této bakalářské práce je zaměřena na pacienty, kteří v době výzkumu absolvovali léčbu alkoholové závislosti v psychiatrických léčebnách. Hlavním cílem této části práce je zjistit, jak tito pacienti vnímají podporu (jaká je forma podpory), která je jim poskytována ze strany vlastní rodiny a jakým způsobem jsou podporováni ze strany personálu ke kontaktu s vlastní rodinou.

Tato část bakalářské práce dále obsahuje stanovené výzkumné otázky, metodiku výzkumu, která byla v tomto případě použita, prezentaci výsledků dotazníkového šetření a v závěru diskuzi, která se vztahuje k výsledkům výzkumu.

4 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Pro realizaci výzkumu byly stanoveny následující výzkumné otázky.

1. Jakou formu má podpora, která poskytuje rodina pacientovi v průběhu léčby závislosti v léčebně?
2. Jakým způsobem podporuje personál léčebny kontakt rodiny s pacientem z pohledu pacienta?

5 METODIKA

5.1 Typ výzkumu

Pro splnění daných cílů bakalářské práce byl zvolen kvantitativní výzkum provedený formou dotazníkového šetření.

Skutil (2011, s. 59) o kvantitativním výzkumu uvádí: „*Jedním z hlavních rysů kvantitativního výzkumu je numerické měření specifických aspektů sledovaného jevu. Opírá se především o vymezení měřitelných proměnných.*“

Za výhody kvantitativního výzkumu lze považovat rychlý a přímočarý sběr dat a následně rychlou analýzu dat, kdy výzkumník získává přesná numerická data. Výsledky jsou relativně nezávislé na výzkumníkovi a tento typ výzkumu se používá především při zkoumání velkého souboru respondentů. (Hendl, 2016, s. 45)

5.2 Výzkumný nástroj

Pro výzkum k této bakalářské práci byl vytvořen nestandardizovaný dotazník, který obsahoval celkem 24 otázek. V úvodní části dotazníku je uveden text, směřující přímo k respondentům. Obsahuje představení autora, vysvětluje účel vyplnění dotazníku a k čemu budou výsledky použity. Respondenti jsou ujištěni o zachování anonymity a poučeni o tom, jak dotazník vyplnit.

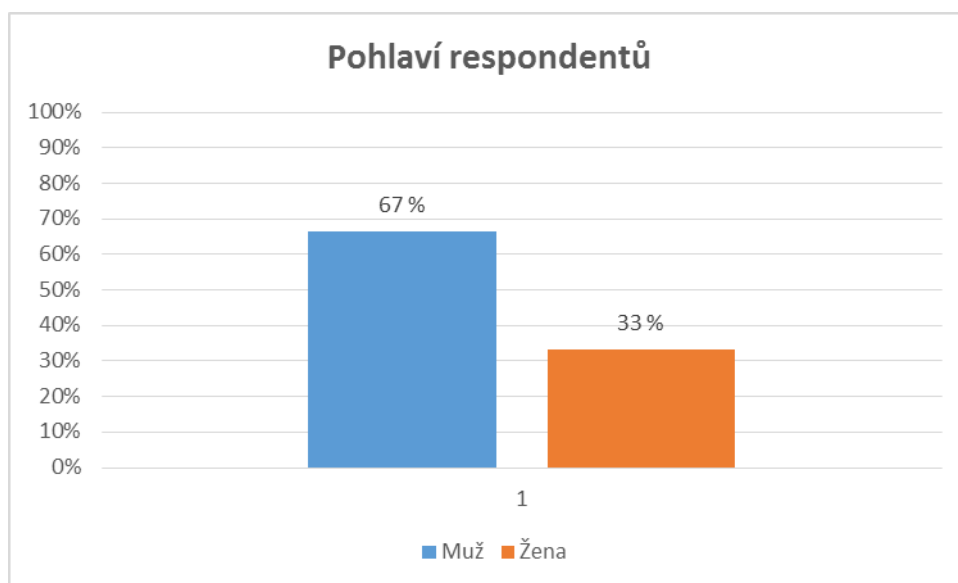
Nejvíce otázek z dotazníku bylo uzavřených (konkrétně otázky č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24), dále byly položeny v dotazníku otázky polouzavřené (otázky č. 9, 10, 13, 17) a jedna otázka otevřená (otázka č. 16.)

Dotazník je uveden v příloze bakalářské práce.

5.3 Výzkumný vzorek

Jediná podmínka, kterou musel respondent splňovat, aby mohl být zařazen do výzkumu, byla ta, že respondent musel být pacientem, který v průběhu výzkumu právě absolvoval léčbu závislosti na alkoholu v jedné ze dvou vybraných psychiatrických léčeb, které se do výzkumu dobrovolně zapojily. Mezi respondenty byli častěji zastoupeni muži než ženy různého věkového rozmezí, konkrétně tyto informace zjišťovaly následující otázky z dotazníkového šetření.

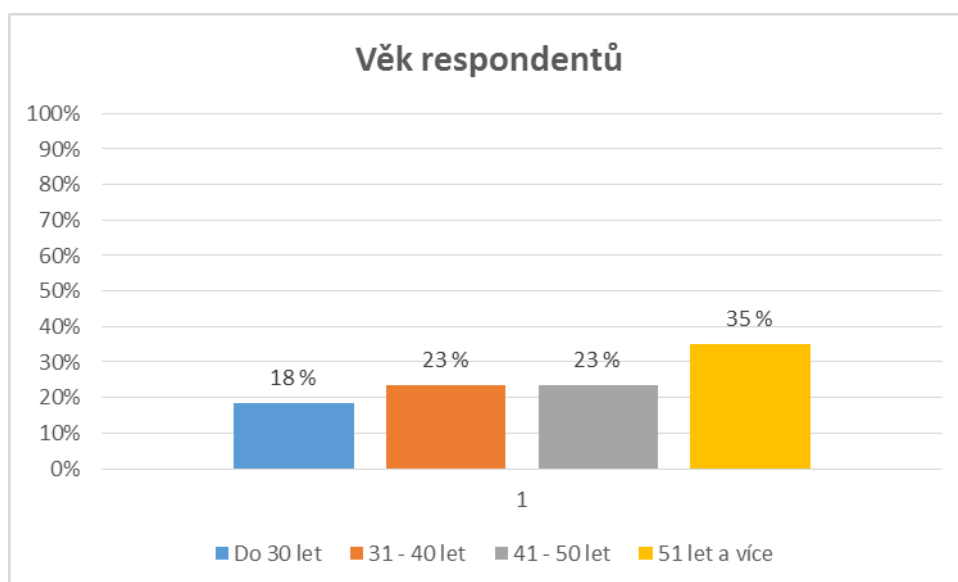
Otázka č. 1.: Vaše pohlaví.



Obrázek 1 Pohlaví respondentů

První otázka v dotazníkovém šetření byla uzavřená a týkala se pohlaví respondentů. Otázka byla uzavřená a absolutní četnost se vztahovala k počtu dotázaných respondentů (čili 100 % = 60 respondentů). Z grafu je zřejmá jasná převaha mužů ($\frac{2}{3}$) nad ženami ($\frac{1}{3}$). Výzkumu se účastnilo 40 mužů (67 %) a 20 žen (33 %).

Otázka č. 2.: Kolik je Vám let?



Obrázek 2 Věk respondentů

V otázce č. 2 bylo cílem zjistit věk respondentů. Otázka byla uzavřená a absolutní četnost se vztahovala k počtu dotázaných respondentů (čili 100 % = 60 respondentů). Celkem 21

respondentů (35 %) se zařadilo do věkové kategorie **51 let a více** – tato kategorie byla zastoupena největším počtem respondentů. Mezi další dvě kategorie, konkrétně **31 – 40 let** a **41 – 50 let** se respondenti rozdělili rovnoměrně po 14 (23 %). Poslední kategorie, **do 30 let** byla zvolena celkem 11 krát (18 %).

5.4 Sběr dat

Po emailové a telefonické dohodě o provedení výzkumu s vedením zařízení byly otázky rozdány do dvou psychiatrických léčeben (jedna se nachází v kraji Vysočina, druhá stojí na území Jihomoravského kraje), které léčbu alkoholové závislosti zprostředkovávají.

Před výzkumem byla provedena pilotáž, kdy byl dotazník předán k vyplnění šesti respondentům, kteří dotazníky vyplnili. Po jejich vyplnění nebyly vzneseny žádné připomínky, proto byl následně zahájen samotný výzkum.

Samotný výzkum byl zahájen 5. prosince 2016 a ukončen byl 31. ledna 2017. Do obou rezidenčních zařízení bylo rozdáno ve spolupráci s primáři příslušných oddělení po 40 dotaznicích, dohromady tedy 80 dotazníků. Vyplňování dotazníků nebylo nijak časově limitováno. Průměrný čas strávený nad vyplněním dotazníku byl 6 – 8 minut.

Celkem se vrátilo vyplněných 68 dotazníků – návratnost byla 85 %. Z 68 dotazníků jich bylo vyřazeno 8 pro chybné a neúplné vyplnění (nejčastěji byla vynechána otázka č. 16 a č. 17). Výsledný celkový počet respondentů byl tedy 60 (100 %.)

V době, kdy byl realizován výzkum, byl od 1. 1. 2017 vedením rezidenčního zařízení v kraji Vysočina vyhlášen zákaz návštěv z důvodu chřipkové epidemie. Tento fakt mohl ovlivnit některé odpovědi respondentů, účastníků se léčby v tomto rezidenčním zařízení, proto je důležité brát tuto informaci na vědomí.

5.5 Zpracování dat

Získaná data byla zpracována do sloupcových grafů prostřednictvím programu Microsoft Excel 2016 a byla zaokrouhlena na celá čísla. Následně byly grafy prezentovány v programu Microsoft Word 2010. Pro interpretaci výsledků byla použita metoda popisné statistiky. V grafech je uvedena relativní četnost (f_i) v procentech a prezentuje podíl absolutní (n_i) a celkové četnosti (n), kdy absolutní četnost byla charakterizována počtem dotázaných respondentů. V rámci dotazníkového šetření se objevily i 4 otázky s vícečetnými odpověďmi, což znamená, že respondent mohl označit více odpovědí najednou. V tomto případě byly tyto

otázky vyhodnoceny na základě počtu označených odpovědí, kdy absolutní četnost (n_o) se vztahovala k počtu označených odpovědí.

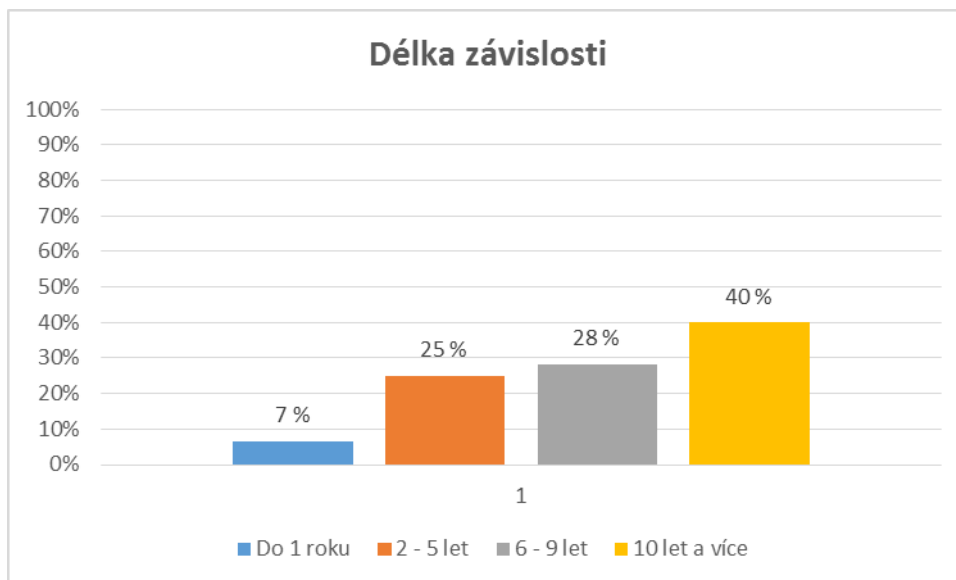
Relativní četnost byla získána pomocí vzorce pro výpočet relativní četnosti dle Chrástky (2016, s. 35):

$$f_i = \frac{n_i}{n} \times 100\%$$

6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Následující kapitola prezentuje získané výsledky z provedeného dotazníkového šetření.

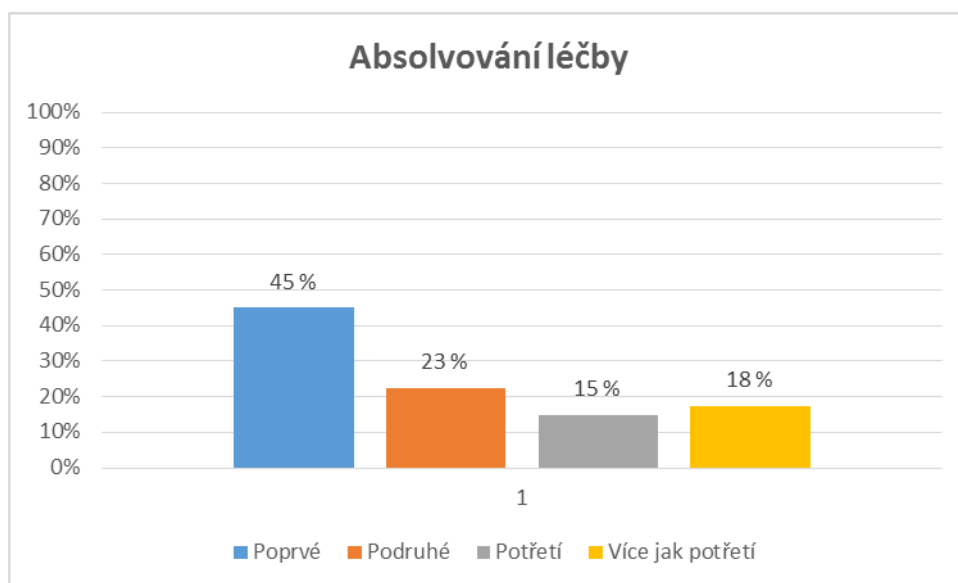
Otázka č. 3.: Jak dlouho trvala Vaše závislost na alkoholu?



Obrázek 3 Délka závislosti

Otázka č. 3 se zabývala zjištěním, jak dlouho trvala respondentova závislost na alkoholu před zahájením léčby. Otázka byla uzavřená a absolutní četnost se vztahovala k počtu dotázaných respondentů (čili 100 % = 60 respondentů). Dohromady 24 respondentů (40 %) zvolilo možnost **10 let a více**, což byla nejčastěji volená odpověď. Naopak nejméně respondentů zvolilo možnost **do 1 roku**, konkrétně 4, což je pouze 7 %. Zbytek respondentů volil mezi možnostmi **2 – 5 let**, kdy tuto variantu zvolilo 15 dotazovaných (25 %) a možnost **6 – 9 let** byla zvolena celkem 17 krát (28 %).

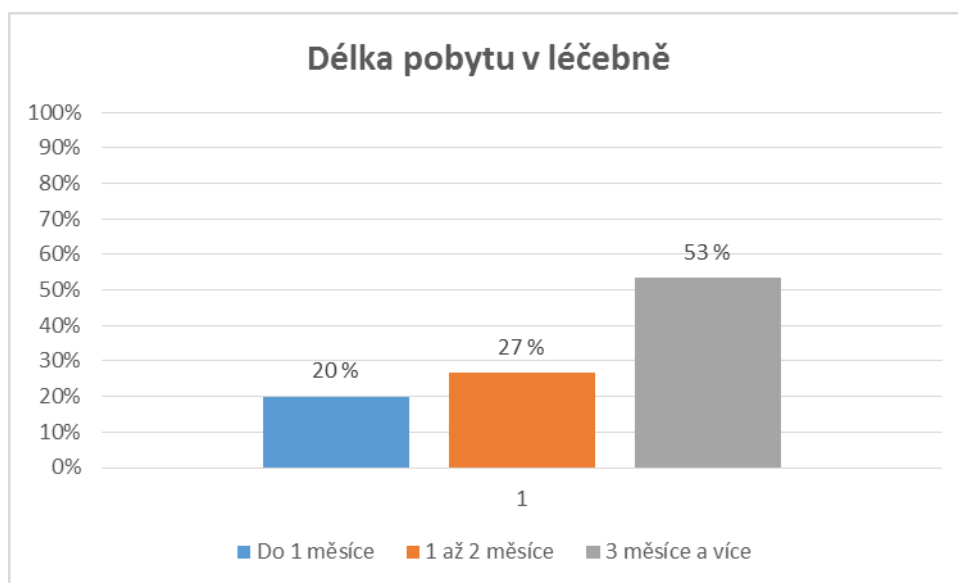
Otázka č. 4.: Po kolikáté absolvujete léčbu?



Obrázek 4 Absolvování léčby

Tato otázka zjišťovala, kolikrát již respondent absolvoval léčbu závislosti v psychiatrické léčebně. Otázka byla uzavřená a absolutní četnost se vztahovala k počtu dotázaných respondentů (čili 100 % = 60 respondentů). Celkem 18 respondentů (45 %), což byla většina, léčbu absolvovali úplně **poprvé**. Druhou nejčastěji volenou možností byla varianta b – **podruhé**, kdy tato odpověď byla označena 9 respondenty (23 %). Další možností bylo absolvování léčby **potřetí** – tato možnost byla volena nejméně, označena byla pouze 6 respondenty (15 %). Poslední možnost - **více jak potřetí** byla zvolena 7 krát (18 %).

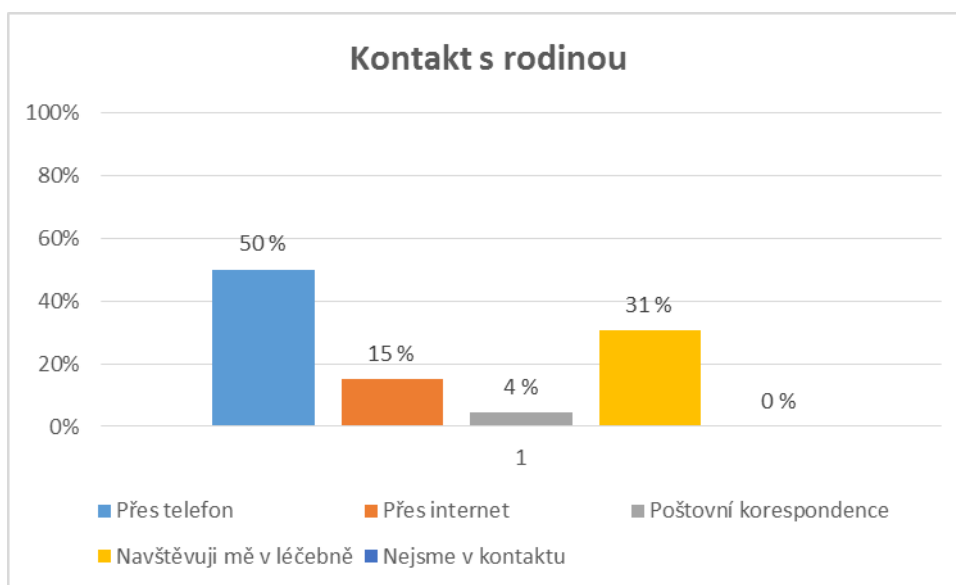
Otázka č. 5.: Jak dlouho trvá Váš pobyt v léčebně?



Obrázek 5 Délka pobytu v léčebně

Otázka, jak dlouho trvá Váš pobyt v léčebně, byla zásadní pro zjištění, zda respondenti již mají zažitý léčebný program po dobu, kterou v léčebně prozatím strávili (čím déle léčba probíhá, tím lépe jsou respondenti seznámeni s léčebným programem, který mají zažitý, déle spolupracují s personálem atd.) Otázka byla uzavřená a absolutní četnost se vztahovala k počtu dotázaných respondentů (čili 100 % = 60 respondentů). Více jak polovina dotazovaných, konkrétně 32 (53 %), označila svoji délku pobytu v léčebně **3 měsíce a více**. Další možností bylo **1 až 2 měsíce** probíhající léčba, tuto možnost zvolilo 16 respondentů (27 %). A pouze 12 respondentů (20 %) nejsou v ústavní léčbě déle než 1 měsíc (možnost **do 1 měsíce**).

Otázka č. 6.: Jakým způsobem jste v kontaktu se svojí rodinou v průběhu léčby?



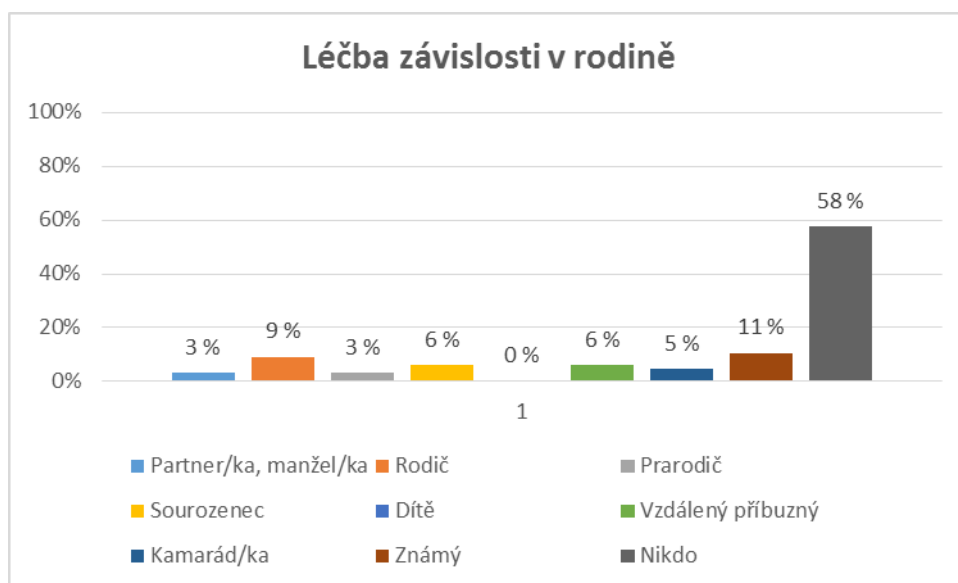
Obrázek 6 Kontakt s rodinou

Tato otázka zjišťovala jakým způsobem jsou respondenti v kontaktu s rodinou v průběhu léčby. Otázka byla polouzavřená, s možností označit více odpovědí a absolutní četnost se tudíž vztahovala k počtu označených odpovědí (čili 100 % = 114 odpovědí). Respondenti mohli vybírat z následující nabídky odpovědí:

- přes telefon,
- přes internet,
- poštovní korespondence,
- navštěvují mě v léčebně,
- nejsme v kontaktu.

Ani jedním respondentem nebyla označena možnost **nejsme v kontaktu** (0 %), tudíž všichni respondenti, kteří se účastnili výzkumu, jsou v kontaktu s vlastní rodinou a svými nejbližšími. Nejčastěji jsou respondenti ve spojení s vlastní rodinou **přes telefon**, tato odpověď byla zvolena celkem 57 krát (50 %). Za druhý nejčastější způsob kontaktu považují respondenti osobní kontakt a odpověď **navštěvují mě v léčebně** byla označena 35 krát (31 %). Pomocí internetu jsou respondenti se svými rodinami také ve spojení, i když četnost odpovědi **přes internet** byla již nižší oproti předešlým a dohromady byla označena celkem 17 krát (15 %). Nejméně často jsou respondenti v kontaktu se svými blízkými pomocí **poštovní korespondence**, kdy tato varianta byla označena pouze 5 krát (4 %).

Otázka č. 7.: Léčil se někdo v rodině či ve Vašem okolí se závislostí na alkoholu?



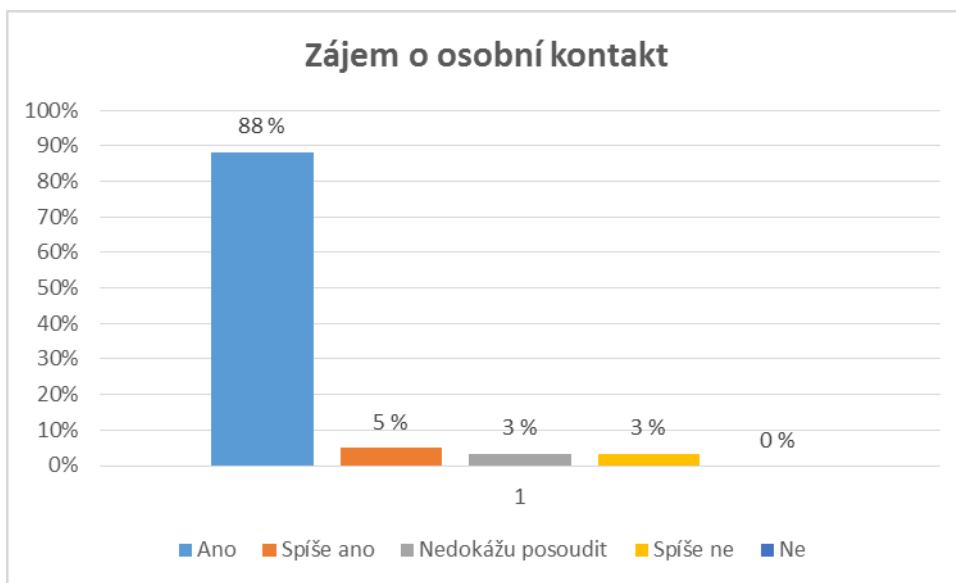
Obrázek 7 Léčba závislosti v rodině

Následující otázka zjišťovala, zda se někdo v respondentově bližším či širším okolí léčil se závislostí na alkoholu. Otázka byla polouzavřená, s možností označit více odpovědí a absolutní četnost se tudíž vztahovala k počtu označených odpovědí (čili 100 % = 66 odpovědí). Respondenti vybírali z následující nabídky odpovědí:

- partner/ka – manžel/ka,
- rodič,
- prarodič,
- sourozenec,
- dítě,
- vzdálený příbuzný,
- kamarád/ka, známý,
- nikdo.

Z grafu je jasně viditelné, že nejčastěji respondenti označili odpověď **nikdo**, tato odpověď byla označena dohromady 38 krát (58 %). Zbývající odpovědi již nebyly tak často označovány. Druhou nejčastěji označenou odpovědí byla odpověď **známý**, která byla zvolena 7 krát (11 %). Odpověď **rodič** byla označena celkem 6 krát (9 %), tudíž byla třetí nejčastěji označovanou odpovědí. Shodně – celkem 4 krát (6 %) byly označeny odpovědi **sourozenec** a **vzdálený příbuzný**. Odpověď **kamarád/ka** byla označena respondenty 3 krát (5 %). Druhou a třetí nejméně volenými odpověďmi byly **partner/ka – manžel/ka** a **prarodič** – v celkovém součtu byly označeny pouze 2 krát (3 %). Žádným z respondentů nebyla označena odpověď **dítě** (0 %).

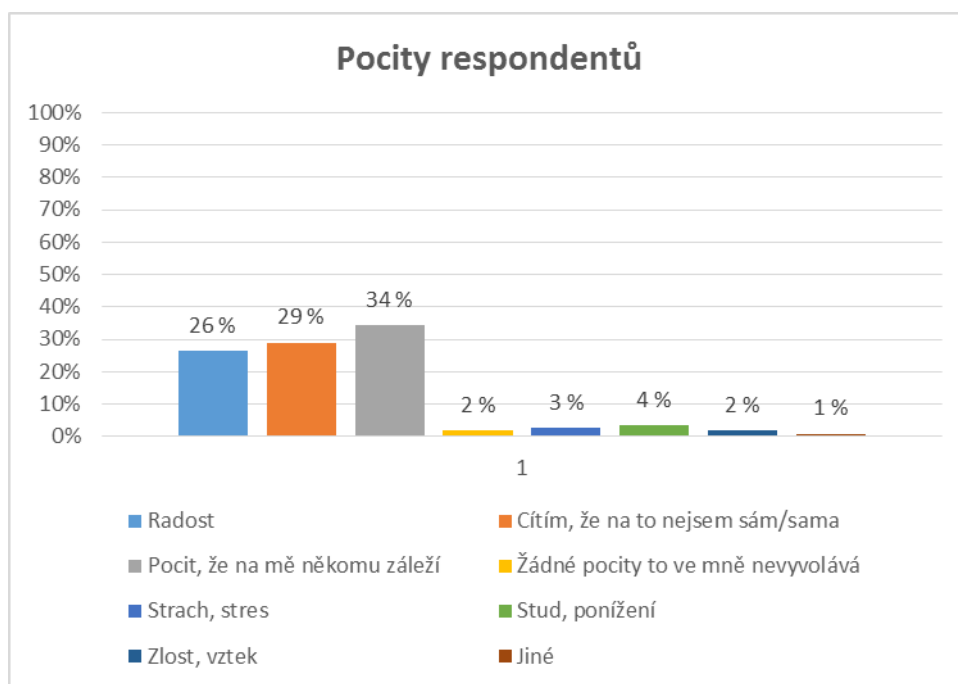
Otázka č. 8.: Máte zájem o osobní kontakt se svojí rodinou v průběhu léčby?



Obrázek 8 Zájem o osobní kontakt

Otázka č. 8 měla za úkol objasnit zájem respondentů o kontakt s vlastní rodinou během pobytu v psychiatrické léčebně. Otázka byla uzavřená a absolutní četnost se vztahovala k počtu dotázaných respondentů (čili 100 % = 60 respondentů). Varianta **ano** byla zvolena celkem 53 respondenty (88 %), což lze považovat za velmi pozitivní jev. Varianta **ne** nebyla zvolena ani jedním respondentem (0 %). Ostatní varianty byly voleny minimálním počtem respondentů. Variantu **spíše ano** označili 3 respondenti (5 %), varianta **spíše ne** byla zvolena 2 respondenty (3 %) stejně jako varianta **nedokážu posoudit**.

Otázka č. 9.: Jaké pocity ve Vás vyvolává kontakt s rodinou?



Obrázek 9 Pocity respondentů

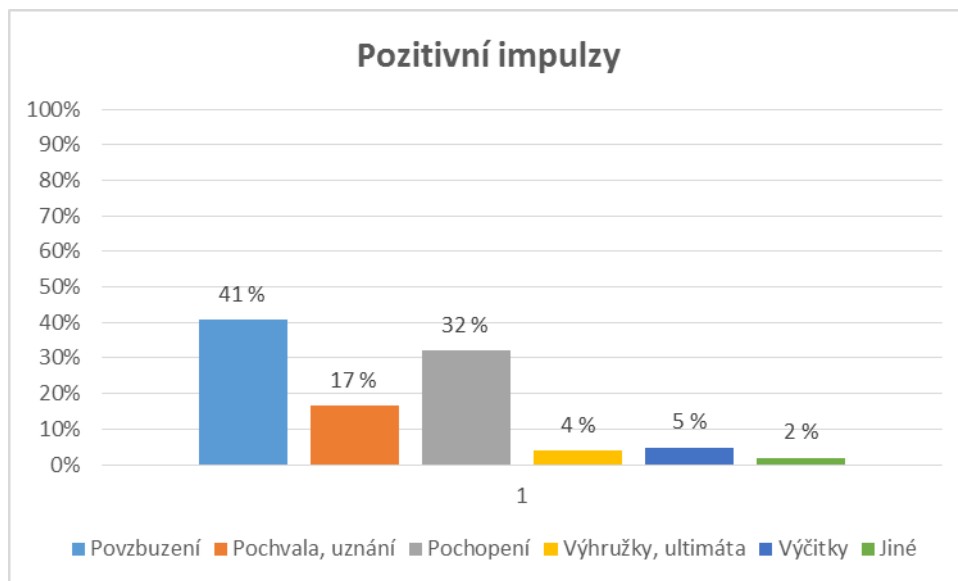
Otázka č. 9 přináší informace o pocitech respondentů, které v nich vyvolává kontakt s rodinnou. Otázka byla polouzavřená, s možností označit více odpovědí a absolutní četnost se tudíž vztahovala k počtu označených odpovědí (čili 100 % = 114 odpovědí). Respondenti měli na výběr z následující nabídky odpovědí:

- radost,
- cítím, že na to nejsem sám/sama
- pocit, že na mně někomu záleží,
- žádné pocity to ve mně nevyvolává,
- strach, stres,
- stud, ponížení,
- zlost, vztek,
- jiné.

Nejčastěji zvolenou odpovědí byla **odpověď pocit, že na mně někomu záleží** – byla označena celkem 39 krát (34 %). Další možná odpověď zněla **cítím, že na to nejsem sám/sama** – tato odpověď byla zvolena 33 krát (29 %) a byla druhou nejčastěji označovanou odpovědí. Třetí nejčastěji označená odpověď byla **radost**, ta byla označena 30 krát (26 %). Z grafu a výše uvedeného popisu je patrné, že respondenti nejčastěji označili pocity, které působí pozitivně. Ostatní odpovědi byly již zastoupeny nepatrně. Odpověď **stud, ponížení** byla označena 4 krát (4 %); následovala odpověď **strach, stres**, která byla zvolena celkem 3krát (3 %), odpovědi **žádné pocity to ve mně nevyvolává** a **zlost, vztek** byly zaškrtnuty celkem 2 krát (2 %). Poslední možnou odpovědí byla odpověď **jiné**, kdy respondent mohl

slovně vyjádřit své pocity. Tuto variantu zvolil pouze jeden respondent (1 %), který přidal i slovní komentář „*Partner mi nevozí děti, připadám si hrozně.*“

Otázka č. 10.: Jaký podnět ze strany Vaší rodiny je pro Vás pozitivním impulsem ke zvládnání léčby?



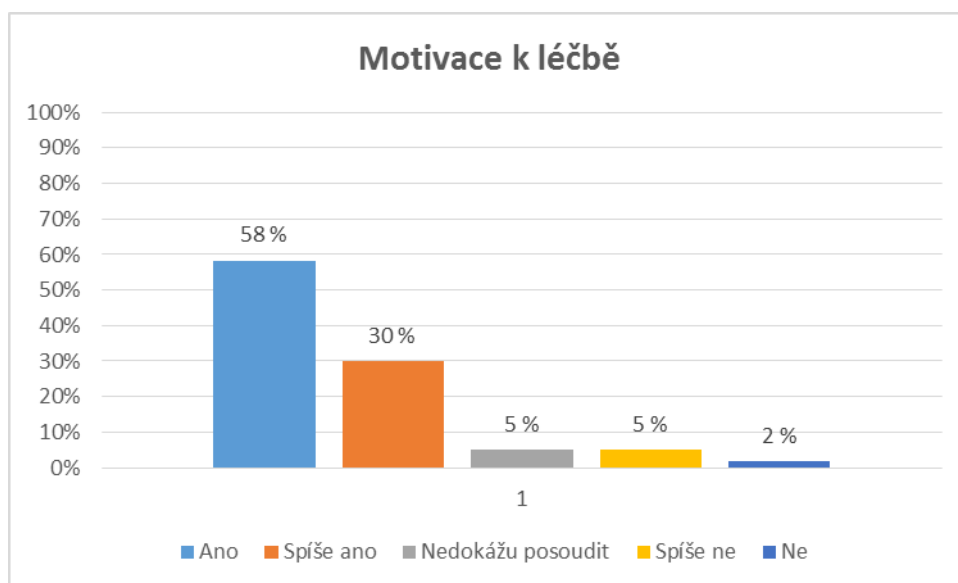
Obrázek 10 Pozitivní impulzy

Otázka č. 10 zjišťovala, co je pro respondenty potřebným pozitivním impulsem (ze strany rodiny) ke zvládnání léčby. Otázka byla polouzavřená, s možností označit více odpovědí a absolutní četnost se tudíž vztahovala k počtu označených odpovědí (čili 100 % = 103 odpovědi). Respondenti měli na výběr z následující nabídky odpovědí:

- povzbuzení,
- pochvala, uznání,
- pochopení,
- výhrůžky, ultimáta,
- výčitky,
- jiné.

Z grafu lze vyčíst, že na respondenty působí pozitivně spíše kladné emoce. Nejvíce vítaným impulzem pro zvládnání léčby je pro respondenty **povzbuzení** – tato odpověď byla označena celkem 42 krát (41 %). Druhým nejvíce vítaným impulzem je **pochopení**, tato možnost byla zvolena 33 krát (32 %). **Pochvalu a uznání** respondenti také oceňují, v tomto případě byla odpověď vybrána celkem 17 krát (17 %). Další možnou odpovědí byla odpověď **výčitky**, která byla zvolena 5 krát (5 %), následovala odpověď **výhrůžky, ultimáta** – tato odpověď byla zaznamenána dohromady 4 krát (4 %). Poslední možnou odpovědí byla odpověď **jiné**, kdy se respondent mohl slovně vyjádřit. Tato odpověď byla zvolena 2 krát – kdy u těchto dvou odpovědí byly připsány slovní komentáře: „*důvěra*“ a „*když vím, že mi rodina věří.*“

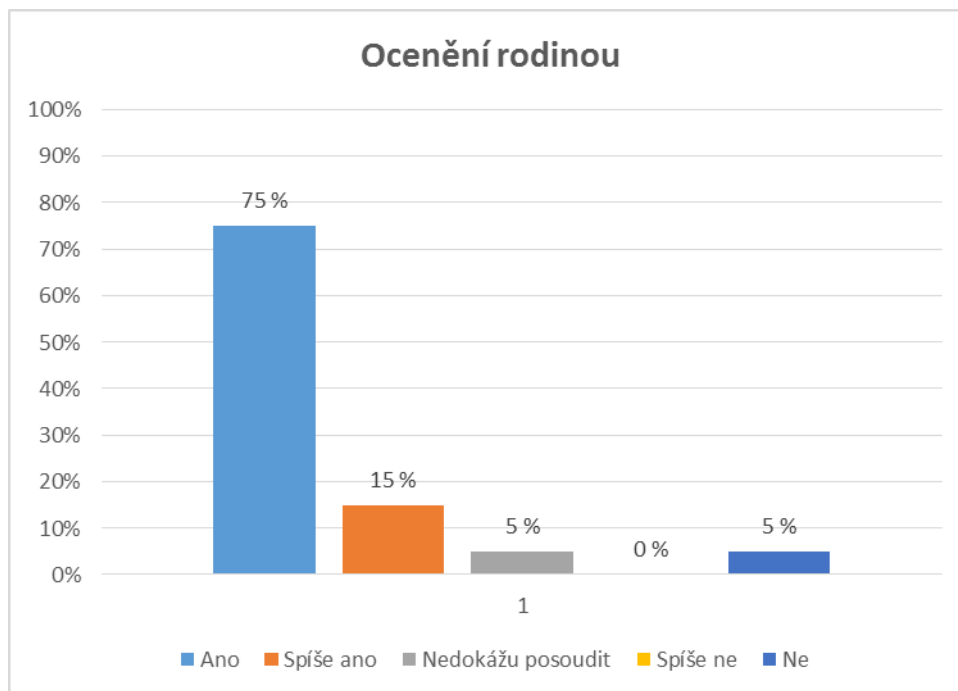
Otázka č. 11.: Je pro Vás rodina největší motivací k úspěšnému absolvování léčby?



Obrázek 11 Motivace k léčbě

Další důležité zjištění přinesly výsledky otázky č. 11, která zjišťovala, zda rodina je pro respondenta největší motivací k úspěšnému ukončení léčby. Otázka byla uzavřená a absolutní četnost se vztahovala k počtu dotázaných respondentů (čili 100 % = 60 respondentů). Pozitivní odpovědi jednoznačně převažovaly. Možnost ano a spíše ano zvolilo celkem 88 % respondentů (možnost **ano** byla vybrána 35 respondenty – 58 %; možnost **spíše ano** označilo 18 respondentů – 30 %). Pouze jeden respondent označil možnost **ne** (2 %), 3 respondenti (5 %) zvolili možnost **spíše ne**, poslední možnost, **nedokážu posoudit**, byla označena také 3 respondenty (5 %).

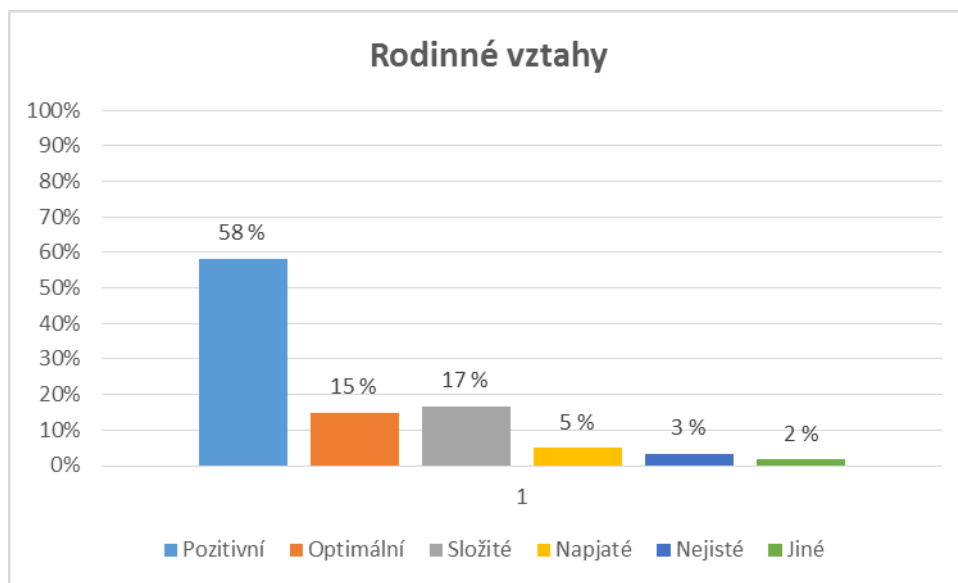
Otázka č. 12.: Dává Vám rodina během návštěv najevo, že jste se rozhodl správně, když jste zahájil léčbu, popřípadě, že si cenní toho, že v léčbě opět pokračujete?



Obrázek 12 Ocenění rodinou

Otázka č. 12 se zabývala zjištěním, zda rodina dává respondentům najevo viditelnou podporu v podobě ocenění kvůli zahájení či vytrvání v léčbě. Otázka byla uzavřená a absolutní četnost se vztahovala k počtu dotázaných respondentů (čili 100 % = 60 respondentů). Za nejčastěji označenou odpověď byla odpověď **ano**, která byla označena 45 respondenty (75 %). Druhou nejčastěji zvolenou odpovědí byla odpověď **spíše ano**, kterou zvolilo 9 respondentů (15 %). Zbývající respondenti volili mezi možnostmi **nedokážu posoudit** a **ne**, kdy se 6 respondentů (10 %) rozdělilo rovnoměrně mezi výše zmíněné dvě odpovědi. Variantu **spíše ne** neoznačil ani jeden z respondentů.

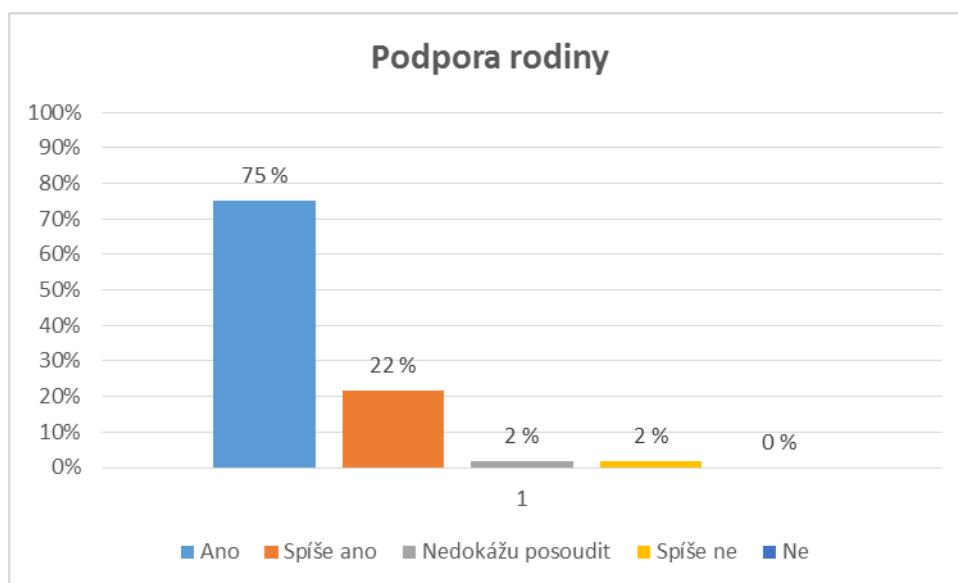
Otázka č. 13.: Jak hodnotíte nynější vztahy s vlastní rodinou?



Obrázek 13 Rodinné vztahy

Další otázka se zabývala pohledem respondentů na aktuální rodinné vztahy. Otázka byla polouzavřená a absolutní četnost se vztahovala k počtu dotázaných respondentů (čili 100 % = 60 respondentů). Z grafu je patrné, že nejčastěji považují respondenti vztahy s vlastní rodinou za **pozitivní**. Tato možnost byla označena 35 respondenty (58 %). Druhou nejčastěji zvolenou odpovědí byla odpověď **složitě**. Tu označilo 10 respondentů (17 %). **Optimální** vztahy v rodině má 9 respondentů (15 %). Zbytek respondentů volilo mezi variantami **napjaté** (3 respondenti – 5 %), **nejisté** (2 respondenti – 3 %) a **jiné** – tato možnost byla zvolena pouze jedním respondentem (2 %).

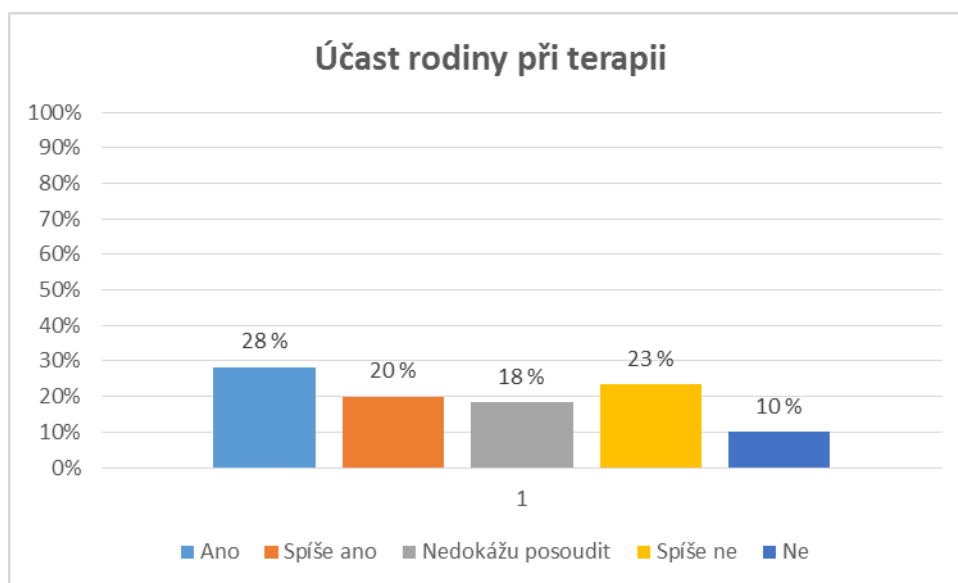
Otázka č. 14.: Je pro vás podpora ze strany Vaší rodiny důležitá?



Obrázek 14 Podpora rodiny

Otázka č. 14 poskytuje informace o tom, zda je pro respondenty podpora rodiny důležitá. Otázka byla uzavřená a absolutní četnost se vztahovala k počtu dotázaných respondentů (čili 100 % = 60 respondentů). Z celkového počtu respondentů $\frac{3}{4}$ považují podporu vlastní rodiny za důležitou – možnost **ano** zvolilo 45 respondentů (75 %). Naopak žádným respondentem (0 %) nebyla označena možnost **ne**. Malé procentuální zastoupení mají i možnosti **spíše ne** a **nedokážu posoudit**, které byly shodně označeny pouze jedním respondentem (2 %). Zbývající možnost **spíše ano** zvolilo 13 respondentů (22 %). Výsledky této otázky se mohou označit za velmi pozitivní, protože téměř všichni respondenti považují podporu rodiny za velmi důležitý faktor, který je součástí úspěšné léčby.

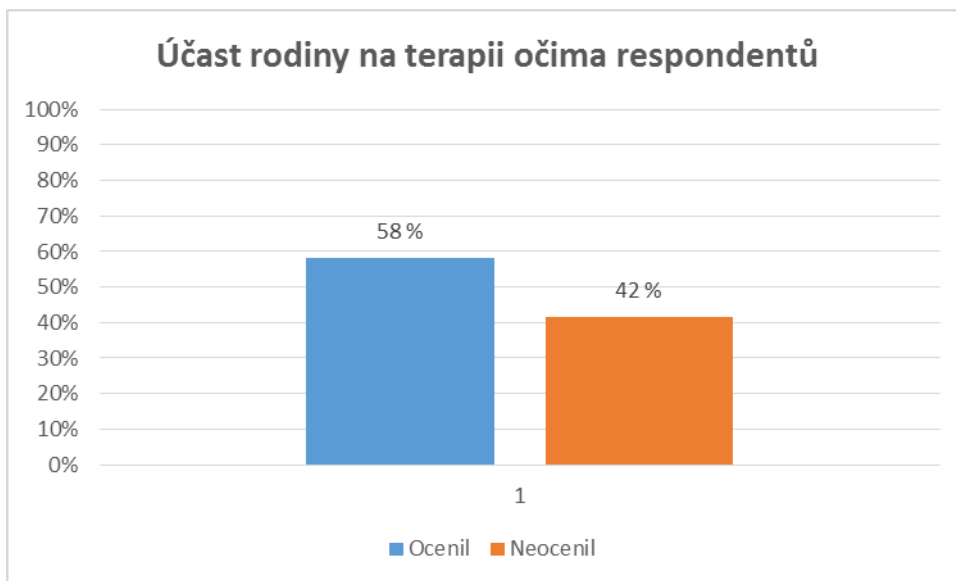
Otázka č. 15.: Ocenili byste účast rodinného příslušníka při terapii?



Obrázek 15 Účast rodiny při terapii

Odpovědi na otázku č. 15, zda by respondenti ocenili účast rodinného příslušníka při terapii, byly téměř rovnoměrně rozloženy mezi všechny nabízené varianty odpovědí. Otázka byla uzavřená a absolutní četnost se vztahovala k počtu dotázaných respondentů (čili 100 % = 60 respondentů.) Nejméně volená varianta byla varianta poslední – **ne**, tu zvolilo pouze 6 respondentů (10 %). Druhou nejméně označovanou variantou byla varianta **nedokážu posoudit**, kterou označilo 11 respondentů (18 %). Následovala varianta **spíše ano**, která byla označena 12 respondenty (20 %), 14 respondentů zvolilo možnost **spíše ne** (23 %). Nejvíce respondentů (17 – 28 %) by účast rodiny při terapii ocenila – proto zvolili variantu **ano**.

Otázka č. 16.: Napište v krátkosti, proč byste ocenili/neocenili účast rodinného příslušníka při terapii?



Obrázek 16 Účast rodiny na terapii očima respondentů

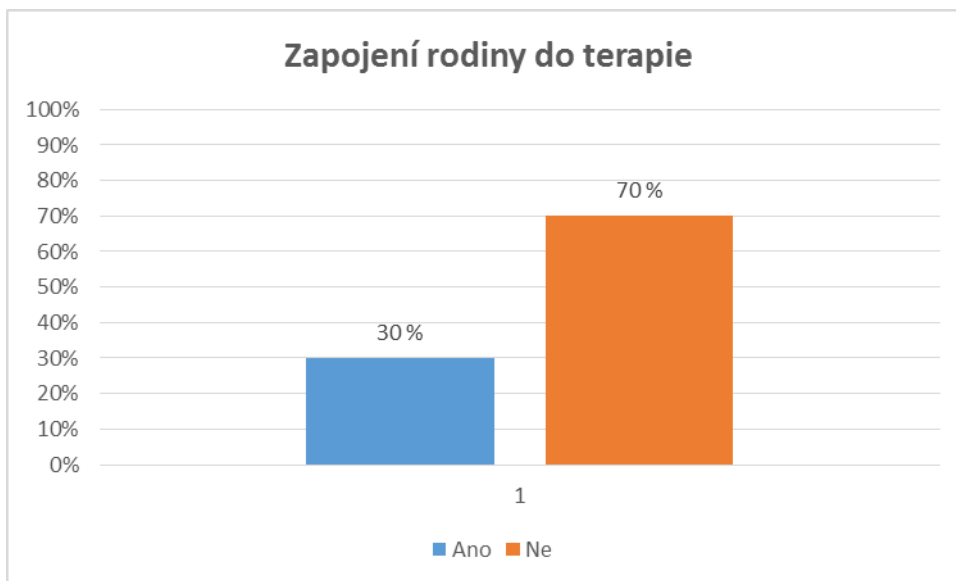
Otázka č. 16 byla jedinou otevřenou otázkou v celém dotazníku, absolutní četnost se vztahovala k počtu dotázaných respondentů (čili 100 % = 60 respondentů). Vlastními slovy se zde respondenti měli vyjádřit, proč by ocenili, popřípadě neocenili účast rodinného příslušníka na terapii. Celkem 35 respondentů (58 %) by účast rodinného příslušníka při terapii **ocenilo** hlavně z následujících důvodů (uvádím 10 nejčastějších odpovědí):

- Aby věděli, že se chci změnit.
- Aby mi dodali sebevědomí.
- Protože se mi po nich stýská.
- Aby se vyjasnily naše vztahy.
- Abych věděl, že se mám kam vrátit.
- Viděli by změnu k lepšímu.
- Věděla bych, že na to nejsem sama.
- Aby pochopili, čím zrovna procházím.
- Aby pochopili, jak se cítím.
- Poznali by podrobně problematiku závislosti.

Zbytek respondentů, konkrétně 25 (42 %) by účast rodiny při terapii **neocenilo**. Mezi nejčastější odpovědi respondentů patří:

- Bylo by mi trapně.
- Styděla bych se mluvit.
- Nebylo by mi to příjemné.
- Nehodí se to.
- Musím to zvládnout sám.
- Je to můj problém.
- Bydlí daleko, bylo by to náročné.
- Nechci je tím zatěžovat.

Otázka č. 17.: Nabízí léčebný program možnost zapojení se rodinných příslušníků do terapie?

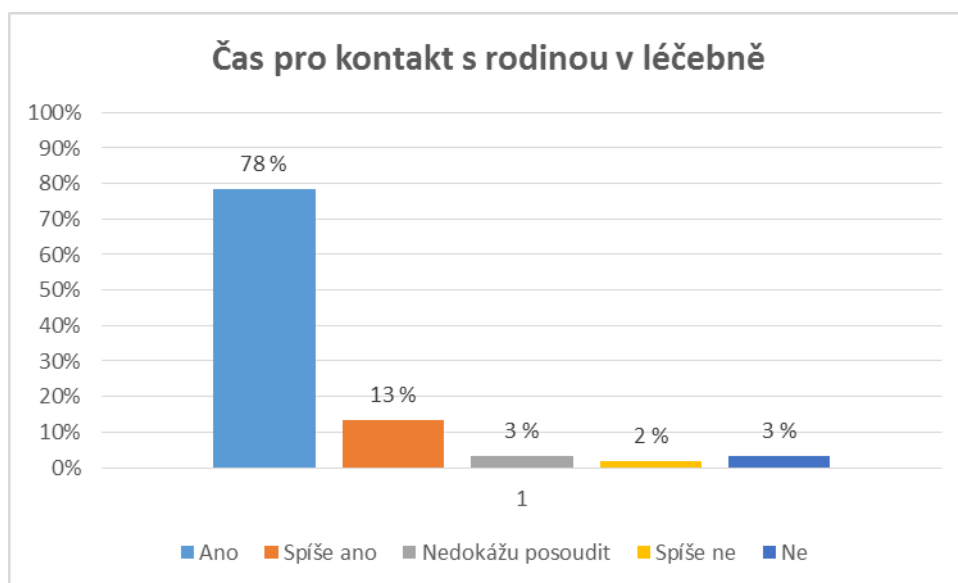


Obrázek 17 Zapojení rodiny do terapie

Otázka č. 17 byla poslední polouzavřenou otázkou. Dotazovala se respondentů, zda léčebný program umožňuje zapojení rodinných příslušníků do terapie. Absolutní četnost se vztahovala k počtu dotázaných respondentů (čili 100 % = 60 respondentů). Převážná většina respondentů, konkrétně 42 (70 %) zvolila možnost **ne**. Druhou možností byla odpověď **ano**, která byla označena 18 respondenty (30 %). U této varianty odpovědi se měli respondenti vyjádřit, jakým způsobem se rodina do terapie zapojuje. Níže uvádím pět nejčastějších odpovědí respondentů:

- Podporují mě, povzbuzují mě.
- Společná sezení u psychiatra.
- Navštěvují mě.
- Dostali informační letáčky.
- Můžou se zeptat na můj zdravotní stav.

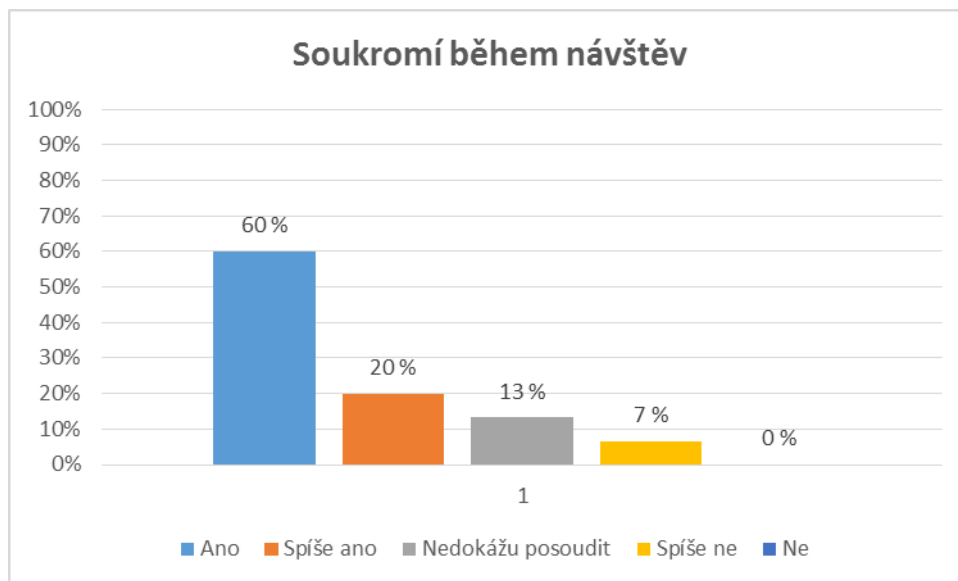
Otázka č. 18.: Je Vám poskytnut v průběhu léčby dostatečný čas pro kontakt s rodinou?



Obrázek 18 Čas pro kontakt s rodinou v léčebně

Otázka č. 18 zjišťovala, zda je respondentům poskytován dostatečný prostor pro kontakt s rodinou v průběhu pobytu v psychiatrické léčebně. Otázka byla uzavřená a absolutní četnost se vztahovala k počtu dotázaných respondentů (čili 100 % = 60 respondentů). Téměř většina respondentů se vyjádřila kladně a nejčastěji označovaná odpověď byla odpověď **ano** – označena byla 47 respondenty (78 %). Ostatní varianty již nebyly tak často označovány. Celkem 8 respondentů (13 %) označilo odpověď **spíše ano**. Odpověď **nedokážu posoudit** zvolili pouze 2 respondenti (3 %) stejně tak jako odpověď **ne**, která byla označena stejným počtem respondentů. Zbývající variantou byla varianta **spíše ne**, která byla označena jedním respondentem (2 %).

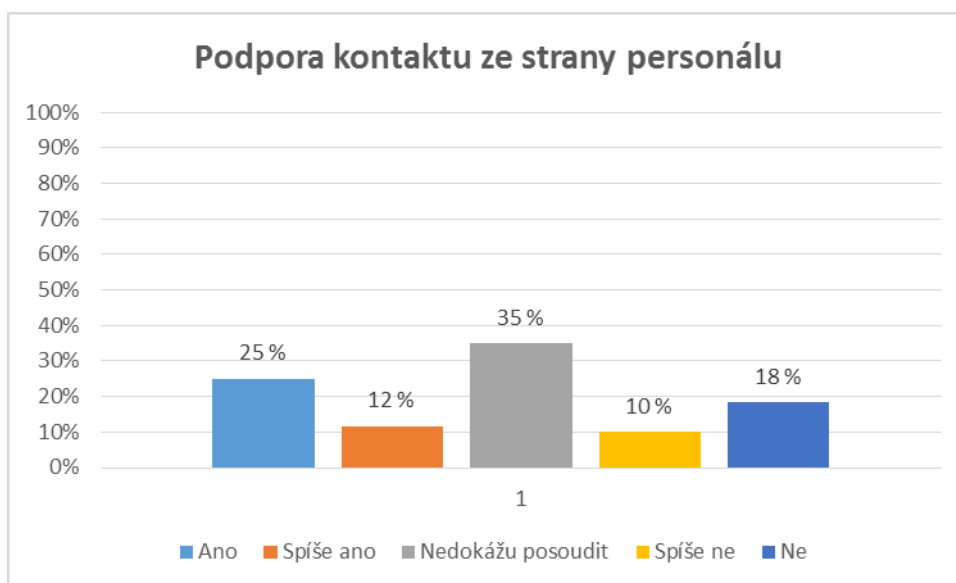
Otázka č. 19.: Je Vám poskytnut dostatečný prostor (soukromí) ze strany personálu v průběhu návštěvy Vaší rodiny?



Obrázek 19 Soukromí během návštěv

Následující otázka poskytuje informace o tom, zda personál léčebny umožňuje respondentům dostatek soukromí a prostoru pro jejich návštěvy. Otázka byla uzavřená a absolutní četnost se vztahovala k počtu dotázaných respondentů (čili 100 % = 60 respondentů). Žádný z respondentů se nevyjádřil zcela negativně, čili variantu **ne** ne zvolil ani jeden z respondentů (0 %). Naopak nejčastěji označenou variantou byla varianta **ano**, která byla označena 36 respondenty (60 %). Druhou nejčastěji zvolenou odpovědí byla odpověď **spíše ano**, kterou si zvolilo 12 respondentů (20 %). K faktu, zda personál poskytuje prostor a soukromí, se nevyjádřilo 8 respondentů (13 %), a proto označili odpověď **nedokážu posoudit**. A poslední možnou odpovědí byla odpověď **spíše ne**, kterou označili 4 respondenti (7 %).

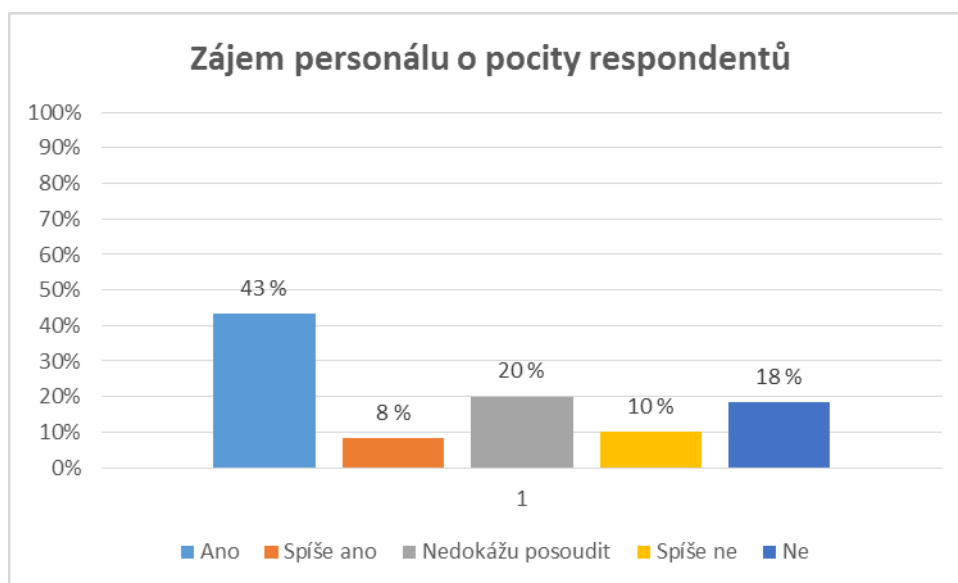
Otázka č. 20.: Snaží se personál povzbuzovat Vás k častějšímu kontaktu s rodinou?



Obrázek 20 Podpora kontaktu ze strany personálu

Otázka č. 20 se zabývala zjištěním, zda se personál snaží respondenty povzbuzovat k častějšímu kontaktu s vlastní rodinou. Otázka byla uzavřená a absolutní četnost se vztahovala k počtu dotázaných respondentů (čili 100 % = 60 respondentů). Celkem 21 respondentů označilo odpověď **nedokážu posoudit**. Druhou nejčastěji označenou odpovědí se stala odpověď **ano**, celkem 15 respondentů (25 %) vnímá snahu personálu povzbuzovat respondenty ke kontaktu se členy rodiny. Opačného názoru je 11 respondentů (18 %), kteří v této otázce zvolili možnost **ne**. Odpověď **spíše ano** byla označena 7 respondenty (12 %). Posledních 6 respondentů (10 %) se přiklonilo k variantě **spíše ne**.

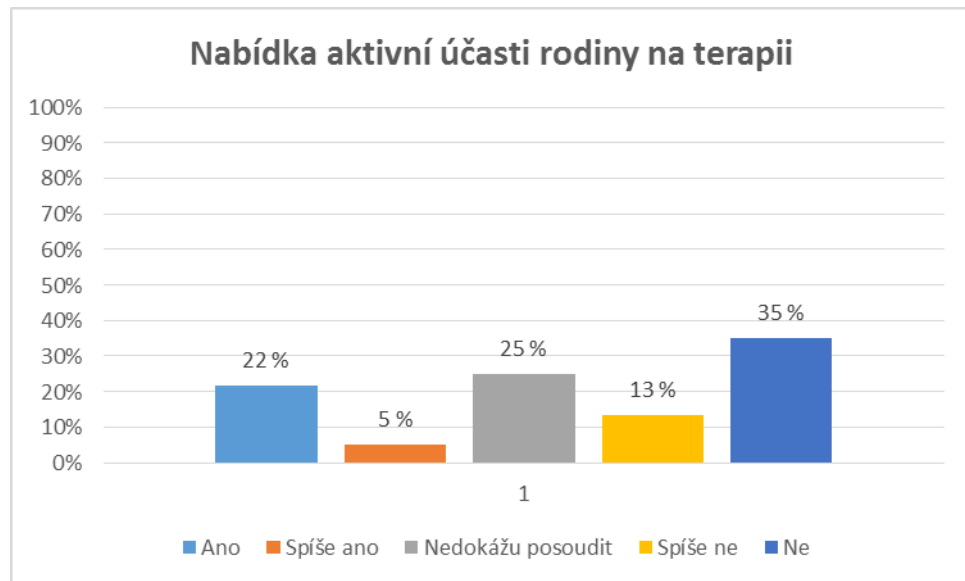
Otázka č. 21.: Zajímá se personál o Vaše pocity před/po návštěvě s rodinou?



Obrázek 21 Zájem personálu o pocity respondentů

Otázka č. 21 měla za úkol zjistit, zda se personál léčebny zajímá o pocity respondentů spojené s návštěvou rodiny. Otázka byla uzavřená a absolutní četnost se vztahovala k počtu dotázaných respondentů (čili 100 % = 60 respondentů). Z grafu je možné vidět jednoznačnou převahu v četnosti odpovědí, kdy první možnost – **ano**, označilo 26 respondentů (43 %). Druhou nejčastěji zvolenou odpovědí byla odpověď **nedokážu posoudit**, kterou označilo 12 respondentů (20 %). Skoro stejný počet respondentů – 11 (18 %) je toho názoru, že personál se nezajímá o jejich pocity, a proto zvolili možnost **ne**. Odpověď **spíše ne** pak zvolilo 6 respondentů (10 %) a nejméně označovanou odpovědí byla odpověď **spíše ano**, kterou zvolilo pouze 5 respondentů (8 %).

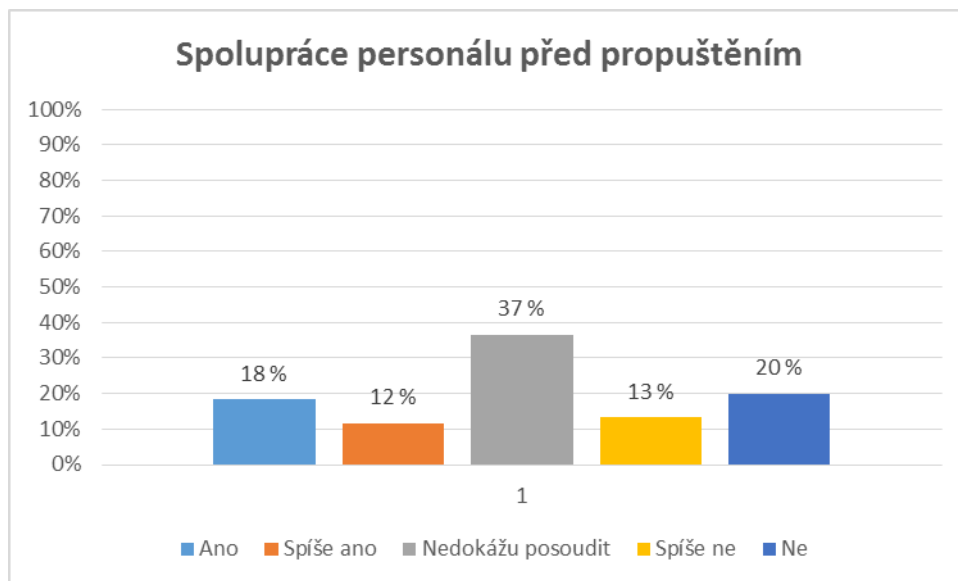
Otázka č. 22.: Je nabídnuta rodině možnost podílet se aktivně na terapii ze strany personálu?



Obrázek 22 Nabídka aktivní účasti rodiny na terapii

U otázky č. 22, která se zabývala zjištěním, zda personál nabízí rodině respondentů se aktivně podílet na terapii, převládaly spíše negativní odpovědi. Otázka byla uzavřená a absolutní četnost se vztahovala k počtu dotázaných respondentů (čili 100 % = 60 respondentů). Nejčastěji byla respondenty označena odpověď **ne** – tuto odpověď označilo 21 respondentů (35 %). Odpověď **nedokážu posoudit**, byla druhou nejčastější odpovědí, kdy ji označilo 15 respondentů (25 %). O tom, že personál rodině umožňuje se aktivně podílet na terapii je přesvědčeno 13 respondentů (22 %) a označilo odpověď **ano**. Další možnou odpovědí byla odpověď **spíše ne**, která byla označena 8 respondenty (13 %). Poslední odpověď **spíše ano** označili pouze 3 respondenti (5 %).

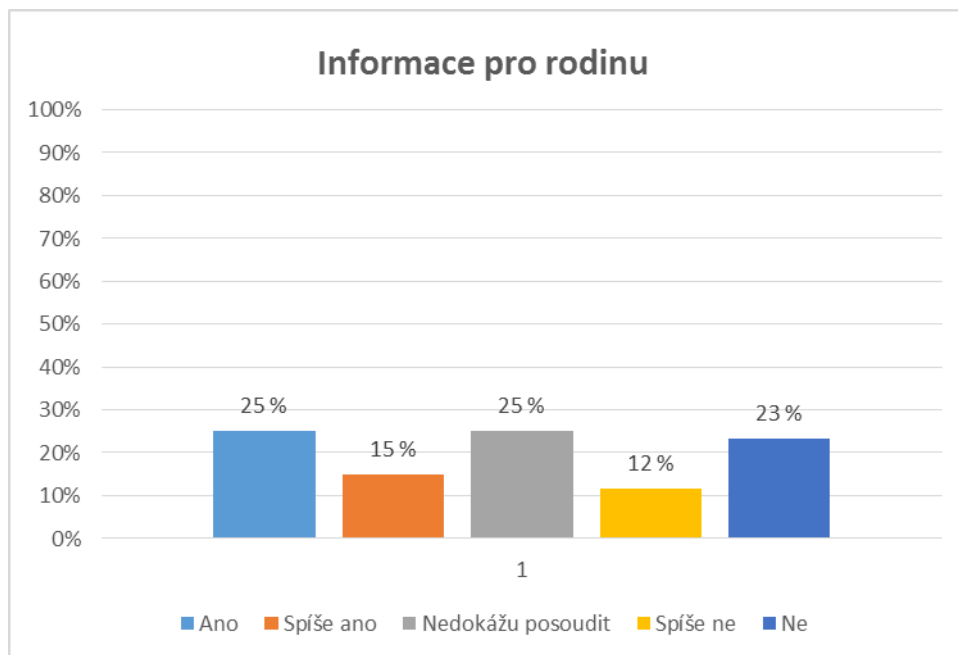
Otázka č. 23.: Spolupracuje personál léčebny s pacientem a jeho rodinou před propuštěním z léčebny?



Obrázek 23 Spolupráce personálu před propuštěním

Předposlední dotazníková otázka poskytuje informace o tom, zda personál léčebny spolupracuje s respondenty a jejich rodinami před ukončením léčebného programu. Otázka byla uzavřená a absolutní četnost se vztahovala k počtu dotázaných respondentů (čili 100 % = 60 respondentů). Nejvíce respondentů, konkrétně 22, označilo odpověď třetí, **nedokážu posoudit** (37 %). Dalších 12 respondentů (20 %) se domnívá, že personál s nimi a rodinami nespolupracuje, proto označili možnost **ne**. Skoro stejný počet respondentů – 11 (18 %) má na tuto problematiku zcela opačný názor a označili možnost **ano**. Zbývajících 15 respondentů volilo mezi možnostmi spíše ano a spíše ne, kdy možnost **spíše ano** byla označena 7 respondenty (12 %) a možnost **spíše ne** si vybralo 8 respondentů (13 %).

Otázka č. 24.: Byly Vaší rodině poskytnuty dostatečné informace o tom, jak se může podílet na Vašem znovuzapojení do běžného života po návratu z léčebny?



Obrázek 24 Informace pro rodinu

Poslední otázka se zabývala tím, zda rodiny respondentů obdržely dostatečné informace o tom, jak by mohly být nápomocny při znovuzapojení respondentů do běžného života po ukončení léčby. Otázka byla uzavřená a absolutní četnost se vztahovala k počtu dotázaných respondentů (čili 100 % = 60 respondentů). Odpovědi se víceméně rovnoměrně rozdělily mezi tři odpovědi – ano, ne a nedokážu posoudit. Nejčastěji označené odpovědi byly tentokrát dvě – **ano** a **nedokážu posoudit**, kdy obě odpovědi byly označeny celkem 15 respondenty (25 %). Třetí nejčastěji označenou odpovědí byla odpověď **ne**, kterou označilo 14 respondentů (23 %). Zbývající respondenti volili mezi možnostmi **spíše ano** (ta byla označena celkem 9 krát – 15 %) a **spíše ne** (tato varianta byla označena celkem 7 krát – 12 %).

7 DISKUZE

Následující kapitola se věnuje vyhodnocení výzkumných otázek, které byly pro tuto bakalářskou práci stanoveny na začátku tvorby praktické části za účelem splnění hlavního cíle bakalářské práce. Pro vyhodnocení výzkumných otázek jsou použity výsledky z dotazníkového šetření.

7.1 Výzkumná otázka č. 1

Jakou formu má podpora, kterou poskytuje rodina pacientovi v průběhu léčby závislosti v léčebně?

K této výzkumné otázce se z dotazníkového šetření vztahovaly následující otázky: 6, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16. Výsledky dotazníkového šetření přináší velice pozitivní zjištění, co se podpory pacienta ze strany vlastní rodiny týče.

Prvním zásadním zjištěním bylo, že téměř všichni respondenti, konkrétně 58 z 60 dotázaných, považují podporu rodiny v průběhu léčby alkoholismu za důležitou. Což je zjištění, které je všeobecně předpokládáno a respondenti, účastníci se výzkumu tento předpoklad z 97 % potvrdili. Obdobných výsledků dosáhla i bakalářská práce Luskačové (2014, s. 44) pojednávající o alkoholismu a jeho dopadech na rodinné vztahy, kdy 4 z 6 respondentů očekávali pomoc ze strany rodiny v průběhu léčby alkoholové závislosti.

Nejprve jsem zjišťovala, zda vůbec a jakým způsobem jsou respondenti v kontaktu se svojí rodinou. Všichni respondenti jsou v kontaktu se svojí rodinou v průběhu léčby. Celkem bylo respondenty zaznamenáno 114 odpovědí (100 %) na tuto otázku. Nejčastěji jsou respondenti ve spojení s vlastní rodinou pomocí mobilního telefonu (označeno 57 krát – 50 %), druhým nejčastěji využívaným způsobem kontaktu s rodinou je osobní setkání a navštěvování v léčebně (označeno 35 krát – 31 %). Toto jsou velice pozitivní výsledky, dle mého názoru je osobní setkání efektivnější, protože nejen, že je důležité s pacientem komunikovat, ale podstatné je také vidět jak se při rozhovoru cítí. Z tohoto důvodu osobní kontakt preferuji před mobilním telefonem, ovšem je důležité brát v potaz faktory, které zabraňují v pravidelném osobním kontaktu (napjaté vztahy, vzdálenost bydliště od léčebny, pracovní vytíženost, neschopnost rodiny reagovat přirozeně v prostředí léčebny.) Heller a Pecinovská (2011, s. 131) navíc podotýkají, že osobní setkání jsou přínosem nejen pro pacienty, kteří jsou informováni o dění v reálném životě, ale benefity získává i rodina v podobě viditelných pacientových pokroků v léčbě.

Kontakt s rodinou vyvolává v respondentech hlavně příjemné, pozitivní a povzbuzující pocity, mezi které jsem zařadila radost, pocit, že na to nejsem sám a pocit, že na mně někomu záleží. Ze 114 odpovědí (100 %), byly tyto pozitivní pocity označeny celkem 102 krát (89 %). Negativní pocity (strach, stres, stud, ponížení, zlost, vztek) byly označeny minimálním počtem respondentů. Tyto výsledky pouze logicky vysvětlují to, proč respondenti mají v tak zvýšené míře zájem o kontakt s rodinou.

Nejen, že všichni respondenti jsou se svojí rodinou v kontaktu, ale také převážná většina z nich – dohromady 53 z 60 dotázaných má zájem i o přímý osobní kontakt se svými nejbližšími. To potvrzuje i zjištění, že pro stejný počet respondentů je rodina největší motivací k úspěšnému ukončení léčby. Tento výstup koresponduje jednak s výsledky uvedenými v diplomové práci Chudosovcevové (2016, s. 70), kdy 84 % dotázaných v tomto výzkumu potvrdilo tvrzení, že největší motivací pro zahájení léčby alkoholismu byla rodina a dále také s Nešporem (2011, s. 89), který zdůrazňuje, že rodina má často k dispozici mnohem účinnější motivační prostředky než sám terapeut. Na což mohu volně navázat, protože i dle mých výsledků existují podněty či motivační prostředky, které poskytují rodiny respondentům a právě ty se stávají pozitivními impulsy k léčbě. Pro každého znamená pozitivní impuls něco jiného. Za pozitivní impuls respondenti považují hlavně podněty jako je pochvala, povzbuzení, uznání, pochopení či důvěra, což dokazují i získaná data, kdy tyto kladné podněty byly označeny ze 103 odpovědí (100 %) dohromady 94 krát (92 %), podněty, které jsou dle mého názoru negativní (výhrůžky, ultimáta a výčitky) byly označeny pouze minimálním počtem respondentů.

54 respondentů z 60 dotázaných dostává pozitivní zpětnou vazbu od svých nejbližších v podobě ocenění, které se vztahuje k zahájení či vytrvání v léčbě. Učinit rozhodnutí léčit svoji závislost je mnohdy těžký a zdouhavý proces. Z výsledků ovšem vyplývá, že většina rodinných příslušníků je schopna tento krok ocenit a pacientovi to dát zřetelně najevo, což může do budoucna pozitivně ovlivnit průběh celé léčby. Jinou příčinu poskytování zpětné vazby léčícím se pacientům – alkoholikům ze strany vlastní rodiny vysvětluje Ühlinger a Tschui (2009, s.), kteří upozorňují na fakt, že rozhodnutí závislého jedince podstoupit léčbu přináší rodině a nejbližšímu okolí velkou úlevu a na základě toho jsou schopni poskytnout již výše zmiňovanou zpětnou vazbu.

Dále jsem se zajímala o to, zda by respondenti ocenili účast rodinného příslušníka při terapii. Celkem 29 respondentů z 60 dotázaných by rádi společnou terapii podstoupili. Naopak 20

respondentů z 60 dotázaných se vyjádřilo dle mého názoru negativně, protože já osobně považuji za podstatné, aby se léčby účastnil nejen jedinec závislý na alkoholu, ale i jeho rodina, která je závislostí také ovlivněna a která tímto způsobem může nejlépe dát pacientovi najevo, že ho podporuje a stojí za ním. Zbývající respondenti nedokázali tuto otázku posoudit. Cejnková (2010, s. 60) se ve své práci zabývala představami lidí o podpoře jejich zvládnání života bez alkoholu. Ani jeden z 5 respondentů nevedl, že by vnímal v průběhu léčby v psychiatrické léčebně rodinnou terapii jako možnost pomoci a podpory. Výše zjištěné výstupy mě nutí k zamyšlení nad faktory, které ovlivnily názor respondentů, vyjádřený prostřednictvím této dotazníkové otázky. Mezi faktory, které ovlivňují rozhodnutí respondenta účastnit se či neúčastnit se rodinné terapie, dle mého názoru patří např. přístup personálu léčebny, povahové rysy respondenta a rodinných příslušníků, funkčnost vzájemných vztahů či komunikace mezi respondentem a rodinou. A právě poslední faktor, komunikaci, považuji za velice významný, protože právě kvalitní, otevřená a odborníkem dobře vedená komunikace je základem pro efektivní terapii.

Respondenti měli také prostor vlastními slovy vyjádřit důvod, proč by ocenili či neocenili účast rodinného příslušníka na terapii. Zajímavé zjištění přinesly odpovědi respondentů, kteří by rodinného příslušníka při terapii neocenili. Z výše uvedených odpovědí (viz. s. 48) vyplývá, že respondentům ve společné terapii s rodinou brání hlavně jejich vlastní vnitřní pocity a osobní bariéry (stud, pocit trapnosti, nepříjemnosti, je to můj problém, atd.) Žádný z respondentů neuvádí bariéry, které by se vyskytovaly na straně rodiny, jako narušené vzájemné vztahy, nezájem rodiny o respondenta, stud a pocit trapnosti za respondenta, nezájem komunikovat, atd.

Z výše uvedených poznatků mohu na výzkumnou otázku č. 1 odpovědět následujícím způsobem: Podpora, kterou poskytuje rodina pacientovi v průběhu léčby alkoholové závislosti je velmi důležitá a zásadní v jakékoliv formě, kterou je rodina schopna poskytnout. V dnešní době internetu a moderních technologií je stále upřednostňován a respondenty kladně hodnocen přímý osobní kontakt, jenž poskytuje na prvním místě hlavně pozitivní pocity, které podporují zdárný průběh léčby. Respondentům se také díky osobnímu kontaktu dostává zpětné vazby od rodinných příslušníků, což je dalším motivujícím faktorem pro realizaci léčebného programu.

7.2 Výzkumná otázka č. 2

Jakým způsobem podporuje personál léčebny kontakt rodiny s pacientem z pohledu pacienta?

K této výzkumné otázce se z dotazníkového šetření vztahovaly následující otázky: 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24

Dle názoru 42 respondentů z 60 dotázaných, léčebný program, kterého se v době realizace výzkumu účastnili, neumožňuje zapojení rodinných příslušníků do terapie. Zbývajících 18 respondentů z 60 dotázaných se domnívá, že rodina má možnost se do terapie zapojit například tím, že absolvují společná sezení u psychiatra, návštěvou, povzbuzením nebo se informují o zdravotním stavu respondenta. Výsledky ukazují určité reálné možnosti zapojení se rodiny do terapie. Ovšem většina respondentů tyto možnosti z nějakých důvodů nechce nebo neumí využít (důvodem může být například nedostatečná komunikace s personálem, rodinou, osobní povaha respondentů, aj.) Toto zjištění by mohlo být námětem k zamyšlení personálu a vedení léčeben, zda nezměnit strategii nabídky tohoto druhu terapie. Můj výstup je podpořen i odborníky, kdy Ühlinger a Tschui (2009, s. 91) upozorňují na fakt, že zapojení se rodinných příslušníků do terapie posiluje pacientovu motivaci a kladně ovlivňuje průběh a výsledky terapie.

Naopak většina respondentů, konkrétně 55 z 60 dotázaných je přesvědčena o tom, že je jim poskytnutý dostatečný čas pro kontakt s rodinou a zároveň 48 respondentů z 60 dotázaných sděluje, že ze strany personálu je poskytnuto i dostatečné soukromí pro vlastní návštěvy. Z výše uvedených zjištění vyplývá, že personál léčeben si uvědomuje důležitost osobního kontaktu pacienta se svými nejbližšími a dle názoru respondentů se mu také daří vytvářet pro toto vhodné podmínky.

Dále tato práce v rámci výzkumu zjišťovala, zda se personál snaží respondenty povzbuzovat k častějšímu kontaktu s vlastní rodinou. Kladně se k této otázce vyjádřilo 22 respondentů z 60 dotázaných, ovšem skoro stejná část respondentů, konkrétně 21 z 60 dotázaných se vyjádřilo neutrálně, odpovědí „nedokážu posoudit.“ Toto byla vůbec první otázka, ke které respondenti zaujali v takové míře neutrální postoj. Výstupem je pro mě tedy fakt, že tato aktivita ze strany personálu v léčebnách určitou formou probíhá, ovšem každý z pacientů ji vnímá jinak, což může být způsobeno mimo jiné také stádiem léčby, či aktuálním emočním rozpoložením respondenta.

Pozitivně se vyjádřilo přes polovinu respondentů k otázce, která zjišťovala, zda se personál léčebny zajímá o pocity respondentů spojené s návštěvou rodiny. Kladné odpovědi označilo dohromady 31 respondentů z 60 dotázaných. Zbývající respondenti označovali převážně negativní odpovědi (17 z 60 dotázaných), 12 respondentů z 60 dotázaných zvolilo neutrální odpověď. Tento výstup hodnotím pozitivně. Pozitivní odpověď více než poloviny oslovených dokazuje, že ze strany personálu funguje komunikace a existuje zájem týkající se pocitů a emocí respondentů, které se pojí s osobním setkáním s rodinou.

Téměř polovina respondentů, konkrétně 29 z 60 dotázaných, je toho názoru, že personál spíše či vůbec nenabídl rodinám možnost aktivně se podílet na terapii. Toto zjištění může vycházet z nastavení léčebného programu, který je v daných léčebnách realizován. Jistou příčinou negativních výsledků mohou také být např. dlouhodobé zkušenosti personálu, že o tento druh terapie není ze strany pacientů zájem. Velkou roli zde opět hraje i sám respondent a jeho rozhodnutí. Výsledky výzkumu se ovšem rozcházejí s literaturou. Ühlinger a Tschui (2009, s. 90) naopak uvádějí, že v dnešní době již nejbližší okolí pacientů bývá zapojeno do terapeutického procesu. Alkoholismus je vnímán jako rodinná nemoc, kdy se netýká pouze závislého, ale také jeho celé rodiny, tudíž aby se vrátilo vše k normálu, musí se každý člen „přidat ruku k dílu.“

Závěrečné dvě dotazníkové otázky byly zaměřeny na období poslední fáze léčby – příprava na propuštění z léčebny. K otázce, zda personál léčebny spolupracuje s respondenty a jejich rodinami před ukončením léčebného programu se nejvíce respondentů, 22 z 60 dotázaných, vyjádřilo neutrálně. Zbývající respondenti se téměř rovnoměrně přiklonili buď k pozitivním či negativním možnostem odpovědí. Poslední otázka dotazníkového šetření se zabývala tím, zda rodiny respondentů obdržely dostatečné informace o tom, jak by mohly být nápomocny při znovuzapojení respondentů do běžného života po ukončení léčby. Respondenti nejčastěji odpovídali pozitivně, kdy se kladně vyjádřilo 24 respondentů z 60 dotázaných. Dalších 21 respondentů z 60 dotázaných není přesvědčeno o tom, že rodiny byly dostatečně informovány a zvolili negativní odpovědi.

Výsledky těchto dvou otázek byly téměř rovnoměrně rozloženy mezi jednotlivé možnosti odpovědí. Různorodost odpovědí a právě značný výskyt záporných odpovědí přisuzují např. strachu a nejistotě respondentů vrátit se do běžného života a znovuzapojení se do chodu rodiny, kdy se mohou vyskytovat i obavy z negativních reakcí sociálního okolí, či z toho, jak zvládnou abstinenci. Tyto všechny pochybnosti jsou náparem na psychické rozpoložení nejen

pacienta, ale i rodiny, a právě v této fázi je dle mého názoru personál léčebny důležitou a pro pacienta a jeho rodinu významnou oporou. K obdobným výsledkům dospěla také Doleželová (2013, s. 37), která se zabývala vlivem alkoholismu na sociální vztahy jedince. Ve své práci uvádí, že respondenti se v léčebně cítí bezpečně a pocíťují obavy z návratu do běžného života. Největší pochybnosti se týkají toho, zda neselžou a zvládnou abstinovat.

Z výše uvedených poznatků mohu na výzkumnou otázku č. 2 odpovědět následujícím způsobem: Personál léčebny dle mého názoru poskytuje respondentům a jejich rodinám vhodné podmínky, dostatečný prostor a čas pro společné návštěvy, což potvrdily i odpovědi respondentů. To, že se v této části objevily i výsledky negativní, mohlo způsobit nejenom aktuální rozpoložení respondentů či struktura a nastavení léčebného režimu, ale i to, že v době výzkumu byl od 1. 1. 2017 vyhlášen vedením rezidenčního zařízení v kraji Vysočina zákaz návštěv z důvodu chřipkové epidemie a právě v této době nebyli respondenti v takovém kontaktu s rodinou, na který byli zvyklí z dřívějšíka.

8 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývala pacienty absolvujícími léčbu alkoholové závislosti v psychiatrických léčebnách a zjišťovala, jaká je těmto pacientům poskytována podpora ze strany vlastní rodiny a jakým způsobem podporuje personál léčebny kontakt pacienta s rodinou.

Mapování rodinného a sociálního zázemí pacienta je jedna z hlavních náplní práce zdravotně sociálního pracovníka pracujícího v psychiatrické léčebně. Komplexní přehled vzájemných rodinných vztahů, sociálních podmínek a celkového zázemí pacienta může mnohdy přispívat k otevřenější komunikaci mezi pacientem, personálem a rodinou a také k efektivnějšímu průběhu léčby.

V teoretické části jsem se prostřednictvím tří hlavních kapitol věnovala pojmu alkoholová závislost, jejím příčinám vzniku, vývoji a dopadům na jedince. Dále pak jsem popsala, jak probíhá léčba pacientů a jakou roli v tomto procesu hraje jejich vlastní rodina. Čímž jsem naplnila cíle, které byly stanoveny pro teoretickou část práce.

Cílem praktické části bylo zmapovat podporu, která je poskytována pacientovi s abúzem alkoholu ze strany vlastní rodiny v průběhu léčby v psychiatrické léčebně a jakým způsobem je kontakt pacienta s rodinou podporován ze strany personálu léčebny. Z výsledků praktické části vyplývá, že podpora rodiny je pro pacienta jedním z nejvýznamnějších faktorů, které přispívají ke zdárnému průběhu léčby. Pro pacienta má velký význam být se svojí rodinou v kontaktu, ať už je to v jakékoliv formě, nicméně převážná většina z nich (88 %) by preferovala přímý kontakt v podobě osobních návštěv v léčebně. Sami respondenti prostřednictvím dotazníkového šetření potvrdili, že ve značné míře existuje snaha ze strany personálu poskytnout respondentům a jejich rodinám vhodné podmínky, čas a dostatečný prostor pro vzájemný kontakt. Dle mého názoru se personál psychiatrických léčeben, které se výzkumu účastnily, snaží aktivně podporovat spolupráci pacientů s vlastními rodinami, ovšem je důležité si uvědomit, že každý pacient a každá rodina má svá individuální specifika, na která musí být brán zřetel, což ne vždy práci personálu usnadňuje. Z mého pohledu došlo ke splnění cílů i v části praktické.

V průběhu tvorby bakalářské práce pro mě bylo velkým přínosem proniknout do prostředí psychiatrické léčebny a velice jsem ocenila ochotu, otevřenost a přístup personálu, se kterým se mnou jako se studentkou spolupracoval. Tato zkušenost mě přinutila k zamyšlení nad nastavením společnosti dnes a v minulosti, kdy psychiatrická léčebna a všechna onemocnění,

která se s tímto zařízením pojila, vyvolávala ve společnosti nedůvěru, obavu až odsouzení člověka, který léčbu v takovémto zařízení absolvoval. Dnešní doba již není tak konzervativně naladěná a velkou zásluhu na tomto pokroku mimo jiné nese z mého pohledu i samotný personál pracující v těchto zařízeních, který se snaží více otevřít nejen veřejnosti, ale hlavně také samotným rodinám pacientů a snaží se s nimi více spolupracovat. Dle mého názoru si lidé, kteří zvítězí nad svou závislostí, a tím pádem i sami nad sebou, zaslouží uznání.

9 POUŽITÁ LITERATURA

CEJNKOVÁ, Martina. *Představy lidí po ukončení léčby v psychiatrické léčebně o podpoře jejich zvládní života bez alkoholu* [online]. Brno, 2010 [cit. 2017-04-22]. Magisterská diplomová práce. Vedoucí práce Prof. PhDr. Libor Musil, CSc. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Katedra sociální politiky a sociální práce. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/289657/fss_m/Cejnkova_Martina_DP.pdf.

DOLEŽELOVÁ, Eva. *Vliv alkoholismu na sociální vztahy jedince* [online]. Brno, 2013 [cit. 2017-04-22]. Bakalářská práce. Vedoucí práce Doc. PhDr. Dana Knotová, Ph.D. Masarykova univerzita. Filozofická fakulta Ústav pedagogických věd. Sociální pedagogika a poradenství. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/367649/ff_b/Bakalarska_prace_Eva_Dolezelova.pdf.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-1620-6.

HELLER, Jiří a Olga PECINOVSKÁ, ed. *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Vyd. 1. Praha: Togga, 2011. ISBN 978-80-87258-62-0.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Vyd. 4., přepracované a rozšířené. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Vyd. 2., aktualiz. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5326-3.

CHUDOSOVCEVOVÁ, Jarmila. *Alkoholismus a jeho vliv na sociální vztahy* [online]. Zlín, 2016 [cit. 2017-04-22]. Diplomová práce. Vedoucí práce PhDr. Alena Plšková. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Dostupné z: http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/38429/chudosovcevov%C3%A1_2016_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.

KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4331-8.

LUSKAČOVÁ, Marie. *Alkoholismus a jeho dopady na rodinné vztahy* [online]. Brno, 2014 [cit. 2017-04-22]. Bakalářská práce. Vedoucí práce Mgr. Michaela Vacková. Masarykova

univerzita. Filozofická fakulta Ústav pedagogických věd. Sociální pedagogika a poradenství. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/398793/ff_b/FINALNI_VERZE_OF_zpe9i.pdf.

NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY. *Léčba a prevence závislostí: příručka pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. ISBN 80-85121-52-2.

NEŠPOR, Karel. *Zůstat střízlivý: praktické návody pro ty, kteří mají problém s alkoholem, a jejich blízké*. Vyd. 1. Brno: Host, 2006. ISBN 80-7294-206-9.

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

POLÁCH, Ladislav. *Příručka duševního zdraví: 25 příběhů z psychiatrické ambulance*. Vyd. 1. Bílovice: SYMEDIS PRO, 2016. ISBN 978-80-906230-0-2.

SKUTIL, Martin. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-778-7.

ÜHLINGER, Claude a Marlyse TSCHUI. *Když někdo blízký pije: rady pro rodiny osob závislých na alkoholu*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-610-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

Záchytné stanice v ČR, záchytky - cena, ceník za pobyt, historie. *Alkoholik.cz* [online]. [© 2017] [cit. 2017-02-14]. Dostupné z: http://www.alkoholik.cz/zavislost/nedobrovolna_lecba/zachytne_stanice_v_cr_zachytky_cena_cenik_za_pobyt_historie.html

10 PŘÍLOHY

Příloha 1 – <i>Použitý dotazník</i>	70
---	----

Příloha 1 – Použitý dotazník

Dobrý den, jmenuji se Marie Kaštylová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Zdravotně-sociální pracovník na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Touto cestou bych Vás chtěla poprosit o vyplnění následujícího dotazníku na téma Podpora rodiny v průběhu léčby závislosti na alkoholu v psychiatrické léčebně, který je součástí mé bakalářské práce. Dotazník je zcela anonymní. Informace, které prostřednictvím dotazníku získám, budou použity pouze pro mé studijní účely. Pokud nebude uvedeno jinak, zaškrtněte vždy jednu odpověď.

Děkuji za vyplnění a spolupráci.

1. Vaše pohlaví:

- a. Muž.
- b. Žena.

2. Kolik je Vám let?

- a. Do 30 let.
- b. 31 – 40 let.
- c. 41 – 50 let.
- d. 51 let a více.

3. Jak dlouho trvala Vaše závislost na alkoholu?

- a. Do 1 roku.
- b. 2 – 5 let.
- c. 6 – 9 let.
- d. 10 let a více.

4. Po kolikáté absolvujete léčbu?

- a. Poprvé.
- b. Podruhé.
- c. Potřetí.
- d. Více jak potřetí.

5. Jak dlouho trvá Váš pobyt v léčebně?

- a. Do 1 měsíce.
- b. 1 až 2 měsíce.
- c. 3 měsíce a více.

6. Jakým způsobem jste v kontaktu se svojí rodinou v průběhu léčby?

Lze zaškrtnout více odpovědí.

- a. Přes telefon.
- b. Přes internet.
- c. Poštovní korespondence.
- d. Navštěvují vás v léčebně.
- e. Nejste v kontaktu.

Pokud jste u otázky č. 6. zvolil variantu E., nemusíte již ve vyplňování dotazníku pokračovat. Děkuji Vám za Váš čas.

7. Léčil se někdo v rodině či ve Vašem okolí se závislostí na alkoholu?

Lze zaškrtnout více odpovědí.

- a. Partner/ka, /manžel/ka.
- b. Rodič.
- c. Prarodič.
- d. Sourozenec.
- e. Dítě.
- f. Vzdálený příbuzný
- g. Kamarád/ka.
- h. Znamý.
- i. Nikdo.

8. Máte zájem o osobní kontakt se svojí rodinou v průběhu léčby?

- a. Ano.
- b. Spíše ano.
- c. Nedokážu posoudit.
- d. Spíše ne.
- e. Ne.

9. Jaké pocity ve Vás vyvolává kontakt s rodinou?

Lze zaškrtnout více odpovědí.

- a. Radost.
- b. Cítím, že na to nejsem sám/sama.
- c. Pocit, že na mně někomu záleží.
- d. Žádné pocity to ve mně nevyvolává.
- e. Strach, stres.
- f. Stud, ponížení.
- g. Zlost, vztek.
- h. Jiné (vypíšte)

10. Jaký podnět ze strany Vaší rodiny je pro Vás pozitivním impulsem ke zvládnutí léčby?

Lze zaškrtnout více odpovědí.

- a. Povzbuzení.
- b. Pochvala, uznání.
- c. Pochopení.
- d. Výhrůžky, ultimáta.
- e. Výčitky.
- f. Jiné (vypíšte)

11. Je pro Vás rodina největší motivací k úspěšnému absolvování léčby?

- a. Ano.
- b. Spíše ano.
- c. Nedokážu posoudit.
- d. Spíše ne.
- e. Ne.

12. Dává Vám rodina během návštěv najevo, že jste se rozhodl/a správně, když jste zahájil/a léčbu, popřípadě, že si cení toho, že v léčbě opět pokračujete?

- a. Ano.
- b. Spíše ano.
- c. Nedokážu posoudit.
- d. Spíše ne.
- e. Ne.

13. Jak hodnotíte nynější vztahy s vlastní rodinou?

- a. Pozitivní.
- b. Optimální.
- c. Složité
- d. Napjaté
- e. Nejisté.
- f. Jiné. *(vypíšte)*

14. Je pro Vás podpora ze strany Vaší rodiny důležitá?

- a. Ano.
- b. Spíše ano.
- c. Nedokážu posoudit.
- d. Spíše ne.
- e. Ne.

15. Ocenili byste účast rodinného příslušníka při terapii?

- a. Ano.
- b. Spíše ano.
- c. Nedokážu posoudit.
- d. Spíše ne.
- e. Ne.

16. Napište v krátkosti, proč byste ocenil/a – neocenil/a účast rodinného příslušníka při terapii?

.....

17. Nabízi léčebný program možnost zapojení se rodinných příslušníků do terapie?

- a) Ano.
 - ✓ Napište, jakým způsobem se rodina zapojuje do terapie.

.....

- b) Ne.

U následujících otázek zaškrtněte vždy jen jednu možnost.

	ANO	SPISE ANO	NEDOKAZU POSODIT	SPISE NE	NE
18. Je Vám poskytnut v průběhu léčby dostatečný čas pro kontakt s rodinou?					
19. Je Vám poskytnut dostatečný prostor (soukromí) ze strany personálu v průběhu návštěvy Vaší rodiny?					
20. Snaží se personál povzbuzovat Vás k častějšímu kontaktu s rodinou?					
21. Zajímá se personál o Vaše pocity před/po návštěvě s rodinou?					
22. Je nabídnuta rodině možnost podílet se aktivně na terapii ze strany personálu?					
23. Spolupracuje personál léčebny s pacientem a jeho rodinou před propuštěním z léčebny?					
24. Byly Vaší rodině poskytnuty dostatečné informace o tom, jak se může podílet na Vašem znovuzapojení do běžného života po návratu z léčebny?					