Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní obor: Adiktologie

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Bc. Adéla Kosařová

Příběhy žen s označením "zelené vdovy" v adiktologické perspektivě

The stories of women with the sign of green widow behaviour from an addictological perspective

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Aleš Kuda

Praha 2019

Prohlášení:

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

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

V Praze, 2019

Adéla Kosařová

Podpis:

Identifikační záznam:

KOSAŘOVÁ, Adéla. *Příběhy žen s označením "zelené vdovy" v adiktologické perspektivě. [The stories of women with the sign of green widow behaviour from an addictological perspective]*. Praha, 2019. 59 stran. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika / Ústav 1. LF UK 2019. Mgr. Aleš Kuda.

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Aleši Kudovi za odborné vedení mé diplomové práce. Dále patří mé obrovské poděkování respondentkám, které mi pomohly při sběru dat a za jejich ochotu zúčastnit se mého výzkumu.

Abstrakt

Diplomová práce s názvem „Příběhy žen s označením "zelené vdovy" v adiktologické perspektivě“ si klade za cíl pomocí polostrukturovaných rozhovorů, zmapovat vztah mezi užíváním návykových látek a přestěhováním se do satelitního městečka u vybraných deseti respondentek, která splňují pevně daná kritéria která jsou následující: dobře socioekonomicky zaopatřené ženy (vyšší sociální status rodiny, dobrý příjem a stálé zaměstnání manžela), žijící v satelitních městečkách u velkých měst, finanční stránku rodiny zabezpečuje pracovně a společensky vytížený manžel, ženy většinu času tráví samy bez manžela či se svými dětmi, nemusí chodit do práce a určitá forma adiktologické či psychiatrické anamnézy. Dále si tato práce klade za úkol najít společná opakující se životní témata a formy chování u daných žen.

Téma zelených vdov se v současné době zejména rostoucí suburbanizací českých měst stává aktuálním, a to i právě na poli adiktologie, kde však chybí odpovídajícím způsobem popsána odborná literatura či provedené výzkumy. Teoretická část je věnována rizikovým faktorům, které mohou ohrožovat zelené vdovy jako je nadužívání léků nebo alkoholu, ale také pocitům samoty, izolace od okolí, nevěry či syndromu opuštěného hnízda. Dále se teoretická část zabývá satelitními městečky a životním stylem obyvatel satelitů.

V praktické části byla pro sběr dat zvolena nejčastěji používaná metoda v kvalitativních rozhovorech, a to metoda hloubkového rozhovoru. Metoda byla vybrána proto aby zachytila odpovědi respondentek v jejich co největší autentické podobě. Nashromážděné informace byly rozděleny do pěti kategorií Spouštěče, Udržovací fáze, Nedotknutelné oblasti, Ohlédnutí za minulostí a Poslední moment, kde některé z těchto kategorií obsahovaly i subkategorie.

Tato diplomová práce má být přínosem a obohacením nových informací ohledně poměrně skryté skupiny žen s označením zelené vdovy, a to především pro specialisty v oboru závislostí, ale také pro psychology či sociology.

Klíčová slova

zelené vdovy, životní příběhy, návykové látky, společenský život

Abstract

The diploma thesis entitled "Stories of Women with the Mark" Green Widow "in Addictology Perspective aims to use semi-structured interviews to map the relationship between substance use and moving to a satellite town of selected ten respondents who meet the fixed criteria that are as follows : well-socio-economically-dependent women (higher social status of the family, good income and permanent employment of the spouse) living in satellite towns of large cities, the financial side of the family is occupied by a busy husband, women spend most of their time without their spouse go to work and some form of addictological or psychiatric history. Furthermore, this thesis aims to find common recurring life themes and behaviors in the given women. At present, the topic of green widows is becoming the current one, especially in the growing suburbanization of Czech cities, even in the field of addictology, where the literature or research conducted is not adequately described.

The theoretical part is devoted to risk factors that can threaten green widows such as overuse of drugs or alcohol, but also feelings of loneliness, isolation from the environment, infidelity or abandoned nest syndrome. Furthermore, the theoretical part deals with satellite towns and lifestyles of satellite residents.

In the practical part, the most frequently used method in qualitative interviews was chosen for data collection, namely the method of in-depth interview. The method was chosen to capture the respondents' responses in their most authentic form. The information collected was divided into five categories: Launcher, Maintenance Phase, Untouchable Areas, Past Backward, and Last Moment, where some of these categories included subcategories. This diploma thesis is supposed to be a contribution and enrichment of new information about a relatively hidden group of women with a green widow, especially for addiction specialists, but also for psychologists or sociologists.

Key words:

green widow, life stories, addictive substances, social life

Obsah

1. Úvod do teoretické části 7

2. Vymezení základních pojmů.....8

2.1 Životní příběh……..……..8

2.2 Adiktologická perspektiva……..……..8

2.3 Zelené vdovy…….……..9

3. Rizikové faktory pro zelené vdovy……... ……..…11

3.1 Nadměrná konzumace alkoholu…….……... 13

3.2 Nadužívání léků……..……... 16

3.2.1 Prevence zneužívání léků.....…….…..17

3.2.2 Léčba závislosti na lécích.……...……19

3. Kokain…….…….…....23

4. Satelitní městečka…….25

4.1 Sociální struktura obyvatel satelitních městeček……26

4.2 Životní styl obyvatel satelitních městeček…….26

Shrnutí teoretické části…….29

5. Praktická část 30

5.1 Stanovené cíle…….30

5.2 Teoretické ukotvení pojmů…….....30

5.3 Výzkumné otázky……...30

5.4 Výzkumný soubor……...…...31

5.5 Metody tvorby dat……..……..……...…...32

5.5.1 Metody tvorby a analýzy dat…….…….33

5.6 Limity práce……...34

5.7 Etika……34

6. Interpretace výzkumu……...35

6.1 Ztráta smyslu života …….....36

6.2 Udržovací fáze……41

6.3 Nedotknutelné oblasti ……..……...46

6.4 Ohlédnutí za minulostí……..…….....48

6.5 Poslední moment……51

Diskuze a závěr……...….53

Seznam použité literatury…….56

1. Úvod do teoretické části

Teoretická část diplomové práce si klade za cíl co nejpřesněji s pomocí odborné literatury shrnout problematiku zelených vdov a s nimi spjatými pojmy. Ačkoliv téma žen jako uživatelek návykových látek nepatří mezi nová témata, tak ale patří mezi stále aktuální. Fenomén „zelených vdov“ je diskutovaný napříč různými profesemi, mezi které můžeme zařadit jak specialisty v oboru léčby závislostí, tak také příkladem sociology či psychology. Důležité je ovšem říci, že na tuto problematiku zatím nebylo uskutečněno příliš mnoho výzkumů a odborných prací.

První kapitola této práce obsahuje vymezení základních pojmů jako je koncept životního příběhu, adiktologická perspektiva a zelené vdovy. Druhá kapitola s odkazem na obor adiktologie popisuje rizikové faktory pro zelené vdovy a třetí se zabývá satelitními městečky, kdy pojetí slova zelená vdova je úzce vázán na procesy suburbanizace a vzniku satelitních městeček v České republice. Zelené vdovy jsou následně chápány jako jakési produkty vzniklých satelitních městeček se všemi jejich souvisejícími negativními rysy.

Problematiku zelených vdov s nejvyšší pravděpodobností můžeme mapovat od rozvoje obytných čtvrtí rodinných domů ve Spojených státech v době po druhé světové válce. V Evropě, příkladem v Německu, zelené vdovy znají od konce 60. let 20. století a u nás se začaly objevovat v 90. letech v rámci výstavy právě již zmiňovaných satelitních městeček (Honzák, 2007).

Specifický životní styl rodiny, kdy muž finančně zaopatřuje rodinu a žena se stará o chod domácnosti se ovšem odlišuje od klasických žen v domácnosti tím, že zelené vdovy žijí v satelitech a tento životní styl jeví známky odlišnosti jak od klasického venkovského života, tak od životního stylu obyvatel města.

Ženy s označením zelené vdovy se stávají novým tématem jak pro psychology, sociology, rodinné terapeuty, tak také pro adiktology, jelikož tyto ženy často trápí pocit prázdnoty, deprese, nevěra či nezřídka kdy užívají některé návykové látky jako formu sebemedikace při pocitech osamělosti.

2. Vymezení základních pojmů

2.1 Životní příběhy

V názvu této diplomové práce nalezneme sousloví „životní příběh“, což vyjadřuje volný sled událostí s různou mírou gradace v odlišných životních situacích (Gavora, 2010). Interpretace je vyvolána ze vzpomínek a může se jednat o systematický popis a zkoumání jedincova minulého či budoucího života prostřednictvím jeho aktuálního pohledu na danou věc (Svaříček, Šeďová, 2007). V této souvislosti je důležité zdůraznit, že každý příběh, který je vyprávěný, je nestabilní a stále se vyvíjející. Je ovlivněn kontextem dané situace (rozpoložením vypravěče, publikem, kterému je příběh sdělován, cílem, za kterým je příběh vyprávěn). Pomocí příběhu zveme ostatní do našeho vnitřního světa, odhalujeme se jim a dáváme jim prostor, aby nám porozuměli. Čermák (2004) uvádí, že životní příběh obsahuje nejen subjektivní interpretaci, ale taktéž fakta a možnost rozhodnutí co jedinec do svého příběhu zakomponuje, co vynechá a čemu přisoudí jakou váhu. „*Jedinec konstruuje minulé události a jednání v osobních narativních jednotkách, aby dal najevo určitou identitu a způsob i výsledek tvorby svého život. Jedinci se tak stávají autobiografickými narativními jednotkami (narativitami), kterými sdělují něco o svém životě.*“ (Čermák, 2004, str. 15). Vztah života a příběhu představuje hermeneutický kruh, což znamená, že život není smysluplný bez příběhu a ani příběh není smysluplný bez života. Obě dvě tyto komponenty jsou propojeny a dodávají si na vzájemném významu.

2.2 Adiktologická perspektiva

Pokud se rozhodneme definovat obor adiktologie, tak si ho zjednodušeně můžeme představit jako oblast, která se zaměřuje na užívání návykových látek, závislostní chování, dopady tohoto chování a jeho souvislosti. Je definován jako transdisciplinární vědecký obor, který je propojen biologickými, psychologickými, sociálními a právně – kriminologickými aspekty. Adiktologická perspektiva se zaměřuje na konkrétní problematiku spojenou s návykovými látkami jako je příkladem rizikové prostředí užívání, závislostní chování, jeho dopady na zdraví jedince a jiné. Mezinárodní klasifikace poruch a onemocnění MKN – 10 v adiktologii pomáhá prostřednictvím diagnostických kritérií a kategorií zaměřit se na užívání návykových látek. Neomezuje se však pouze na užívání návykových látek jako takových, ale zaobírá se taktéž skupinou procesuálních závislostí jako je příkladem patologické hráčství, netolismus či gaming, kdy tyto poruchy mohou u jednotlivce či společnosti způsobovat škody. Dále se adiktologie snaží prostřednictvím evidence – based přístupu, léčby, harm reduction, omezováním nabídky návykových látek přispět k pokroku na poli duševního a fyzického zdraví naší populace a poskytnout společnosti relevantní, vědecky podložené informace na špičkové úrovni (Šťastná, 2013).

Dále Šťastná (2013) uvádí, že jedním z cílů adiktologie je pomocí koncepce rizikového prostředí pochopení vzorců užívání návykových látek, závislostního chování a následných souvisejících škod z hlediska předpokladu podmíněnosti sociálním kontextem a vlivem prostředí, kdy tyto dva faktory na sebe působí a propojují se mnohé biologické, psychologické a sociální vlivy. Na tuto koncepci nenahlížíme pohledem přímých vztahů příčin a následků.

2.3 Zelené vdovy

Během sedmdesátých let dvacátého století feministické hnutí kladlo velký důraz na ekonomickou nezávislost žen. V tu dobu se zrodila úplně nová generace žen a to ženy s vysokoškolským vzděláním, které se nechtěly smířit s tím, že by zůstaly izolované v předměstských domácnostech velkých měst, jako tomu bylo u jejich matek během let padesátých. Dalším z důležitých bodů, na které feministické hnutí kladlo důraz, byly nároky na finanční nezávislost žen a to především v podobě vlastních bankovních kont, kam si nechávaly zasílat pravidelné výplaty od zaměstnavatele. Nicméně feministické hnutí také zdůrazňovalo, že práce v domácnosti je stejně důležitá i stejně náročná jako práce mužů v jejich zaměstnání, i když právě u žen se jedná o práci neplacenou a mnohokrát i společností nedoceněnou, jelikož je ne zřídkakdy považovaná za práci odpočinkovou (Kosařová, 2017). V této době je představa života v pěkném domě na venkově, s úspěšným a dobře socioekonomicky zaopatřeným manželem lákavá. Pro tyto ženy, které se buďto dobrovolně či nedobrovolně vydaly touto cestou, vzniklo pojmenování „zelené vdovy." Toto specifické označení vzniklo již v 60. letech 20. století a v němčině má název „grüne Witwen" (zelené vdovy) pobývající v luxusních domech uprostřed architektem stvořené a pečlivě udržované zahrady (Honzák, 2007).

Dle Macháčka (2015) je zelená vdova, označením pro ženu, která často bydlí v satelitním městečku blízko velkého města, je v domácnosti a její manžel je úspěšný a bohatý muž, který zaopatřuje rodinu. Muž je často velmi společensky vytížen a domů si přichází pouze odpočinout. Hnilička (2005) v této souvislosti uvádí, že u zelených vdov v návaznosti na velmi časově i pracovně vytíženého manžela dochází v životě v satelitech k izolaci od okolí, kde žena někdy i celé dny tráví sama nebo s dětmi. Do měst je to daleko a v zázemí satelitů není prostor na společenskou realizaci jako ve městech.

Jiný výklad pojmu zelená vdova uvádí Somolová (2009, s. 8) „*Lidové označení pro manželky bohatých podnikatelů, kteří žijí v rodinných domech v suburbiích. Zatímco muž vyjíždí každé ráno za prací často do centrální části města a vrací se až večer, žena zůstává přes den osamocena v zeleni na okraji města*." Přívlastek „zelená" tedy má své opodstatnění. Mezi další definice z psychologické praxe můžeme zařadit definici PhDr. Petra Šmolky (2003), který tyto ženy označuje jako zelené z důvodu, že manželé své manželky odvezli z měst a usadili je v zeleni nových osad. Označení vdova, jelikož jak již

bylo zmíněno, tyto ženy své dny tráví především samy nebo s dětmi, neboť jejich manželé jsou pracovně a společensky velmi zaneprázdněni. Proto žijí v praktickém slova smyslu jako vdovy.

Zelené označuje zeleň či život v přírodě, jelikož všechny definice jsou odvozeny od procesu suburbanizace, kdy právě ženy s označením zelené vdovy jsou často považovány jako produkt satelitních městeček, které vznikají na okrajích větších měst (Somolová, 2009).

Dle Somolové (2009) jsme se s tímto fenoménem „zelených vdov“ postupně začali setkávat od počátku 90. let minulého století, kdy v České republice vznikala nová sociální vrstva podnikatelů. Začaly vznikat lokality se stejnou společenskou vrstvou, kde tito podnikatelé stavěli své nové domy. Tyto lokality byly první satelitní městečka, která pro svoji výtvarnou koncepci dostaly v architektuře název „podnikatelské baroko“ a především proto, že dávala na obdiv socioekonomický status jejich majitelů, a to v některých případech velmi okázalým stylem.

3. Rizikové faktory pro zelené vdovy

Psychiatrička Zuzana Krausová rozlišuje tři typy žen ve vztahu venkov/město:

1. typ městský – žena má ráda ruch města, kulturu a zábavu, civilizaci

2. typ venkovský/přírodní – potřebuje každodenní kontakt s přírodou, nejraději

zahradničí

3. typ smíšený – nejsou vyhraněné, jde spíš o zvyk, změně se často přizpůsobí (Somolová, 2009).

Jedním z rizikových faktorů u žen, pro které se vžilo označení zelené vdovy je samota. I když jim manželé či partneři zajistili komfortní a z pohledu jiných bezstarostný život, tak přestěhování do vzdáleného bydlení od centra dění do satelitních městeček či přímo na vesnici pro ně může být velkou izolací od okolního světa (Šmolka, 2003). Proto konkrétně osamocenost se u těchto žen stává největší potíží. Ačkoli to tak zpočátku nevypadá. Zařizovaly rodinný dům, staraly se o děti (pokud je měly), rozvážely je do škol a zájmových kroužků a manželovi poskytovaly plný servis. Jenže děti buď odrostly a osamostatnily se, nebo mají chůvy, manžel tráví většinu času v práci a při svých vlastních koníčcích a žena odtržená v satelitním městečku není najednou tolik potřebná, milovaná, cítí se osamělá a neví, jak naložit se svým vlastním časem (Luskačová, 2016). Proto Šmolka (2003) vidí největší problém v osamění těchto žen, které buď jsou na mateřské dovolené nebo se jejich děti osamostatnily a odešly od rodiny. Tento jev nazýváme syndrome opuštěného hnízda nebo také prázdného hnízda (empty-nest syndrom) čili pocit zklamání a opuštěnosti rodičů poté co děti opustily rodinu (Hartl, 2015). Říčan (2014) naopak uvádí, že prázdné hnízdo může v rodině přinášet úlevu a celkovou pohodu, jak na straně rodičů, tak i dětí. Dojde k rozvázání trojúhelníku či víceúhelníku, který častokrát mohl v rodinném prostředí přinášet konflikty díky tomu, že děti se staly dospělými, a ne vždy vyhovovaly rozkazům a nakázáním svých rodičů. Oproti tomu rodiče získali víc času jeden na druhého a může dojít k jejich sblížení. Opak však může být fakt, že se ukáže, že jejich vztah fungoval pouze kvůli dětem a jejich manželství se rázem stává prázdné bez jediné známky něčeho, co by je mohlo pojit dál.

Psycholog Šmolka na ženy s označením zelené vdovy pohlíží jako na rizikovou skupinu, která mnohem častěji, než jiné skupiny žen podléhá nevěře. Dle Šmolky není příliš velká pravděpodobnost v tom, že by si zelená vdova našla milence v místě bydliště, tedy v satelitním městečku, to pro ni může být rizikem toho, že by manžel na její nevěru mohl přijít. Překvapením může být, že ani údržbáři, zahradníci, opraváři a jiní zaměstnanci, kteří mohou pomáhat s udržováním domu, nepatří do skupiny, která by pro

zelené vdovy byla zajímavá, a to především z důvodu, že by tento milostný románek mohly brát pod svoji úroveň.

Jarmila Klímová, česká psychoterapeutka se zabývá fenoménem zelených vdov u nás a dle jejího názoru jsou bohatstvím a luxusem více ohroženy ženy než muži, a proto taky častěji trpí různými neurózami a mnohdy se stávají závislými na alkoholu. Problémové pití nebo závislost na alkoholu se snaží co nejlépe před okolím utajit *„Zpravidla pijí doma tajně a osamoceně s cílem odstranit osobní obtíže a vlastní psychickou nepohodu. Ve většině případů se alespoň ze začátku za své pití stydí"(*Trávníčková, 2001 s. 18). Své obydlí mají velmi dobře uklizené a nikdy ho nenechávají uklízet mužem, jelikož po domě mají často poschovávaný alkohol. Jedním z prvních impulzů toho, že je s ženou něco v nepořádku může být její zanedbaný vzhled a nezvládání úkonů, které pro ni dříve byly samozřejmostí. Domácnost, která dříve byla perfektně uklizená nyní není, nezvládá výchovu dětí, zapomíná na běžné věci a úkoly, často je unavená. Dle Nešpora (2011) se žena za své pití mnohdy velmi stydí, snaží se ho co nejlépe utajit před okolím, avšak v terminálním stadiu závislosti tomu tak už není. Mnohokrát se za své pití nestydí již ani na veřejnosti a její partner se může stát častým terčem nejrůznějších urážek a hysterických scén (Csémy & Dvořák, 2008). Trávníčková (2001) dále uvádí, že hlavními příčinami, proč se ženy uchylují k alkoholu jsou již zmiňovaný syndrom opuštěného hnízda, pocity samoty a nepotřebnosti či partnerské a psychické problémy. Na toto nasedá poznatek americké psycholožky Sharon C. Wilsnack (1996), že vyšší riziko problémového pití bylo zjištěno u žen, které se potýkají s nechtěnou sociální rolí a to na poli rodičovství, rodinného stavu či zaměstnání. V rámci rodinného stavu považuje za rizika v případě neprovdané ženy, která vidí velikou hodnotu ve sňatku či v případě vdané ženy, která uvádí dva nebo více úzkostných faktorů. Dalším rizikem se ukazují i dvě rodičovské situace a to takové, že žena touží po dítěti, ale stále nepřichází nebo taková situace, kdy žena má dětí příliš mnoho a uvádí, že mít děti není důležité. Tato průřezová studie potvrdila fakt, že nechtěná sociální role souvisí s následným abúzem alkoholu.

Vodáková & Vodáková (2003) uvádějí, že vnitřní konflikt u žen může nastat právě v souvislosti s vymezením rolí, a především rolí ženy jako zaměstnané, rolí matky a rolí ženy v domácnosti. Předpokládá se, že žena v dnešní moderní době a v liberální společnosti má otázku své identity vyřešenou, avšak mnohokrát tomu tak není, a to především ve vztahu ke své kariéře a mateřství. I když ženy v současné době mají možnost lepších pracovních pozic, tak skloubení péče o rodinu a pracovní kariéru není mnohokrát možné. Dle Oakleyové (2000) se nároky na ženy neustále zvyšují, a pokud není dostatek prostoru na odpočinek a seberealizaci, tak se mohou dostavit problémy, které ženy můžou řešit skleničkou alkoholu jako svojí sebemedikací. Jiné ženy mohou vyhledat lékaře, avšak ani tato pomoc nemusí vždy skončit šťastně, pokud dojde k hojnému předepisování léků na spaní, proti úzkostem či na uklidnění. Následkem bohatého předepisování léků a špatného

dávkování se na nich mohou stát závislé (viz kapitola nadužívání léků).

Jiná situace, kdy ženám dle Nešpora (2011) sklenička alkoholu může pomoci při únavě a nevyspání může být v průběhu mateřské dovolené. Žena, která žije v satelitním městečku, se stává izolovaná od okolního světa a péče o malé dítě se pro ni může stát prací stereotypní, únavnou s nedostatkem času pro vlastní seberealizaci. V těchto situacích se sklenička alkoholu může stát částečným únikem od reality. Oakleyová (2000) uvádí, že péče o děti a starost o domácnost bývá velmi často společností podhodnocená a nedoceněná, i když především péče o děti je prací fyzicky i duševně náročnou. Tato péče vyžaduje velkou dávku energie ze strany ženy, ostražitosti a připravenosti dítě chránit.

Jedním z dalších rizikových faktorů, může pro ženu být poporodní změna postavy, s tímto následkem může dojít k poklesu sebevědomí, pokud se původní váha a tvary nedaří ženám získat zpět. Jak uvádí Růžičková (2005) ve své práci, tak dle sdělení problémově pijících žen zjišťujeme, že abúzus alkoholu začal jako reakce na frustraci z období spojeného s těhotenstvím. S tímto stresem může souviset spontánní potrat, potíže s otěhotněním, obtíže s donošením plodu do předpokládaného termínu porodu či právě již zmiňovaná poporodní změna postavy a celková starost o dítě. Možný (1999) rodičovství označuje jako významný přechod v rodinném cyklu, kde je na ženu vyvíjen velký kulturní tlak a s ním spojené další nároky.

3.1 Nadměrná konzumace alkoholu

Etylalkohol s chemickým označením etanol a se vzorcem C2H5OH je látka, která způsobuje neurotoxicitu i orgánovou toxicitu a v našem sociokulturním prostředí patří do skupiny nejčastěji užívaných psychoaktivních látek a ve většině zemí také do kategorie legálních rekreačních psychoaktivních látek. Užití je per os, i když další způsoby aplikace jsou známé, ale méně obvyklé. Její psychotropní účinky zprostředkovávají a ovlivňují dopaminergní, noradrenergní, opiodní a GABAergní neurotransmiterové systémy (Kosařová, 2017). Ebrietas simplex čili prostá opilost je stav akutní intoxikace a nejčastějším projevem, který se dostaví po požití alkoholu. Tento stav je charakterizován zlepšenou náladou, vyšším sebevědomím a také ztrátou zábran. Avšak po ústupu akutních účinků se dostavuje útlum a jedinec bývá velmi často unavený a ospalý (Raboch, Pavlovský et al., 2012).

Intoxikace má čtyři stádia v závislosti na hladině alkoholu v krvi:

1. Lehká opilost – excitační stádium (alkoholemie do 1,5 ‰ čili 1,5g/kg).

2. Opilost středního stupně – hypnotické stádium (alkoholemie 1,6 ‰).

3. Těžká opilost – narkotické stádium (alkoholemie více než 2 ‰).

4. Těžká intoxikace se ztrátou vědomí, hrozící zástavou dechu a oběhu – asfyktické stadium (alkoholemie nad 3 ‰). (Kalina et al., 2015 s. 52)

V roce 1849 švédský lékař jménem Magnus Huss poprvé použil termín alkoholismus, čímž označil spektrum fyzických komplikací způsobených nadměrnou konzumací alkoholických nápojů. V nynější terminologii alkoholismus označuje problémovou konzumaci alkoholu, avšak ne její další komplikace jako jsou příkladem komplikace somatické (Edwards, 2004). První definici pijáctví označenou jako nemoc můžeme najít již v roce 1784, kdy jí popsal americký lékař Benjamin Rushem, avšak alkoholismus byl oficiálně uznán jako lékařské riziko až na začátku padesátých let minulého století (Kalina a kol. 2003). Pojem závislost ustanovila Světová zdravotnická organizace v roce 1964 a nynější definice syndromu závislosti zní takto: *Je to skupina jevů fyziologických, behaviorálních a kognitivních, v nichž přijímání alkoholu má u jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti na alkoholu je touha (často silná, někdy přemáhající) přijímat alkohol. Pití alkoholu po období abstinence vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu závislosti, než je tomu u jedince, u kterého se závislost nevyskytuje* (Nešpor, 2004, s. 9).

Dle desáté revize aktualizované verze Mezinárodní klasifikace (dále pouze MNK 10 dle ÚZIS 2008) nemocí je závislost na alkoholu zařazena mezi poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek s kódem – F 10, který označuje poruchy způsobené alkoholem. Na čtvrté místo se přidává číselné označení současného stavu, kdy 0 je označována akutní intoxikace, což je stav po aplikaci psychoaktivní látky, který vede k poruše úrovně vědomí a vnímání. Číslem 1 se označuje škodlivé použití, což vede k porušení buď somatického, nebo psychického zdraví, dále číslo 2 značí syndrom závislosti, který je dle MKN 10 definován jako „*Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být přítomen pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí*“ (World Health Organization, 2008). Číslem 3, je označován odvykací stav, který je doprovázen skupinou příznaků různého druhu a závažnosti, které se vyskytují při celkovém či částečném odvykání od dlouhodobého užívání psychoaktivní látky. Následuje odvykací stav s deliriem, který mohou doprovázet křeče a označujeme jej číslem 4, dále číslem 5 psychotickou poruchu, kdy se během užití psychoaktivních látek nebo po něm objevují psychotické fenomény. Anamnestický syndrom nese číslo 6, kde se jedná o syndrom sdružený s výrazným chronickým postižením paměti, avšak bezprostřední vybavování je povětšinou uchováno, typicky se jedná o poškozená čerstvé paměti oproti paměti dávné.

Číslem 7 je označená psychotická porucha reziduální a s pozdním nástupem, kdy alkoholem či psychoaktivní substancí vyvolaná změna v poznávání, afektu či chování přetrvává i po přímém účinku látky. Dále jiné duševní poruchy a poruchy chování jsou označeny číslem 8 a číslem 9 neurčené duševní poruchy a poruchy chování (ÚZIS, 2008).

Závislost na alkoholu předchází relativně dlouhé časové období již spojené s tělesnými a psychickými poškozeními organismu, kdy je ještě možné bez větších následků abúzus zastavit. Proto by se diagnóza závislosti na alkoholu měla stanovit pouze v takovém případě, jestliže se v posledním roce vyskytly tři či více z následujících jevů: *a) silná touha nebo pocit přijímat alkohol, b) potíže v kontrole přijímání alkoholu, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství pití alkoholu, c) tělesný odvykací stav, jestliže je alkohol přijímán s úmyslem zmenšit jeho příznaky nebo jestliže je přijímána příbuzná látka se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky, d) průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami alkoholu, e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch přijímání alkoholu a zvýšené množství času k získání nebo přijímání alkoholu, nebo zotavení se z jeho účinku, f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků jako poškození jater nadměrným pitím, depresivní stavy, vyplývající z nadměrného pití nebo poškození myšlení alkoholem; je třeba snažit se určit, zda pacient byl nebo mohl být vyšetřen a zda mohly být zjištěny příčiny a rozsah poškození* (Nešpor, 2004, s. 9). Kalina et al (2015) odkazují na koncepci Jellinekova rozdělení čtyř základních fází vývoje závislosti, kdy 1. stadium nazýváme stádiem symptomatickým (počátečním), 2. prodromálním (varovným), 3. kruciálním (rozhodným) a 4. terminálním stádiem (konečným). Jellinek americký alkoholog s českými kořeny dále rozlišil pět typů závislosti na alkoholu, které jsou hojně citovány dodnes. **Typem alfa** označil jedince, kteří alkohol užívají především jak formu sebemedikace, kdy pomocí alkoholu odstraňují své vnitřní napětí, úzkosti a depresivní pocity. Typickým znakem pro jedince s označením alfa je pití o samotě a skrytě. Druhým typem je **typ beta**, který je charakterizován jako pití společenské, sociokulturní s občasným abúzem. Jedná se v první řadě o konzumaci alkoholu z důvodu nevybočení z řady a neizolování se od ostatních, kteří alkohol konzumují, zde se alkohol konzumuje především o víkendech a na společenských akcích, následky bývají somatická poškození. Dalším typem s přívlastkem anglosaský je **typ gama**, kdy u jedince pozorujeme především konzumaci piva a destilátů. Charakteristikou je porucha kontroly pití s nárůstem postupné tolerance a s výraznou manifestací psychické závislosti. Zde je předpoklad, že jedinec nebude mít kontrolu hranic své konzumace. **Typem delta** označujeme románský typ, kdy se jedná především o konzumaci vína s trvale udržovanou hladinkou alkoholu v krvi. V porovnání s typem gama je zde vyšší riziko poškození tělesného i psychického stavu, i když u jedinců není patrný projev opilosti či ztráta kontroly. Somatické poškození můžeme pozorovat příkladem ve formě cirhózy. Posledním typem z Jellinekovy typologie je **typ epsilon**, který je označován jako kvartální pijáctví či epizodický abúzus, kdy pozorujeme

zvýšenou konzumaci alkoholu střídanou s obdobím abstinence (Raboch, Pavlovský et al., 2012).

Kalina a kolektiv (2003) uvádějí, že v České republice nadměrně konzumuje alkohol 25 % dospělých mužů a okolo 5 % dospělých žen, a proto Česká republika patří do skupiny států s nejvyšší spotřebou alkoholu. Toto tvrzení potvrzuje Koptíková (2014), která dále udává, že nejvyšší spotřeba alkoholu je u žen mezi 35 - 44 rokem života, kde předpokládá, že tato vyšší spotřeba může souviset s tím, že ženy jsou na vrcholu svým sil, jsou ekonomicky zajištěné a děti již mají odrostlé. Koptíková (2014) dále ve své práci uvádí, že jedním z hlavních prvků, které ovlivňují citlivost na alkohol, je právě pohlaví, kdy díky své fyziologii jsou ženy oproti mužům k účinkům alkoholu mnohem senzitivnější. Již menší množství alkoholu ženy pociťují mnohem rychleji a je to dané především vyšším procentem tělesného tuku a menším objemem krve. Aktivita klíčového enzymu ADH, který je důležitým článkem v procesu odbourávání etanolu je u mužů přibližně o 70 až 80 % vyšší než u žen, i když s přibývajícím věkem žen, především po období menopauzy se rozdíly mezi oběma pohlavími snižují. Tento fakt se odehrává především z důvodu ustálenější hladiny estrogenu, který dříve díky menstruačnímu cyklu kolísal. Kalina et al. (2015) uvádí, že alkohol je charakterizován hladkým procházením biologickými membránami, následným vstřebáváním v trávicím traktu a procházením hematoencefalitickou bariérou do mozku. Odbourávání alkoholu záleží především na množství dávky, kterou jedinec užil, dále na jeho osobních dispozicích a faktorech vlivu prostředí. Ženy dle dostupných studií, jak již bylo uvedeno výše, odbourávají alkohol hůře než muži, kdy se konstantní rychlost odbourávání alkoholu u dospělého člověka udává 0,12-0,2 ‰/hod.

3.2 Nadužívání léků

Ve Velkém lékařském slovníku (2015) je definice léků uvedena jako léčivé látky či léčivé přípravky upravené k použití a následnému poskytnutí nemocným. Přípravou léků se zabývá obor farmacie. Studiem účinků na lidský organismus naopak farmakologie. Některé léky lze volně vydat bez lékařského předpisu v lékárně, jiné pouze s již zmíněným předpisem, tyto léky nazýváme léky etickými. Bartošková (2013) dále uvádí, že léčivo lze pojmenovat jako látku či soustavu látek, které mají možnost interakce s lidským či živočišným organismem a výsledným efektem této interakce je rozpoznání chorob, zmírnění příznaků onemocnění, ochrana před onemocněními a možnost jejich léčby. Aby léčivo mohlo přijít do interakce s organismem, tak musí být pomocí technologií všestranně uzpůsobeno, pak z něj teprve vzniká finální produkt a to lék. Významné místo na poli výzkumu a vývoje léčiv zaujímají obory chemické, do kterých můžeme zařadit analytickou chemii či biochemii, dále biologické obory a obor výpočetní techniky. Proto se dá mluvit o multidisciplinárním propojení oborů, které se výzkume a vývojem léčiv zaobírají.

Světovým fenoménem se stává nadužívání a zneužívání léků. Tento jev je často opomíjen a tiše tolerován. Nezřídka kdy se stává, že lidé mají tendence podceňovat nesprávné dávkování a užívání léků, proto se nadužívání léků v západních zemích a v USA stává mnohdy častějším jevem než užívání nelegálních látek.

Pokud se bavíme o zneužívání či nadužívání léků, tak zde mluvíme o aplikaci neobvykle vysokých dávek léků po neobvykle dlouhou dobu nebo o aplikaci léků z jiných důvodů než z důvodů terapeutických. Proto nadužívání léků nad rámec indikace a doporučení lékaře ve svých důsledcích může vést až k závažným zdravotním či ekonomickým komplikacím. Avšak příčinou může být i špatná indikace a medikace lékařem, kdy je lék dlouhodobě předepisován z důvodu vleklého onemocnění či jiných příznaků, často opakujícím se scénářem bývá předepisování léků na bolest či nespavost. Zde může dojít k tomu, že pacient nadále lék užívá bez vědomí, že mu na něm může vzniknout závislost. Ovšem častější než samotná závislost na lécích, je jejich zneužívání, jelikož je mnoho léků, které se zneužívají a špatně dávkují, avšak závislost na nich se nevyvíjí. Sem řadíme především některé psychoaktivní látky jako antidepresiva a dále nesteroidní antirevmatika, bylinné léky, anabolika a jiné hormony, vitaminy či nesteroidní antiflogistika (Nešpor, 2010).

Označení zneužití léků by se mělo použít pouze pokud důsledkem jejich užívání došlo k určitým zdravotním poškozením. Pokud se jedná o poškození tělesné, zde můžeme mluvit příkladem o hepatopatii či o duševních problémech, kde se může jednat o úzkostné stavy vyvolané snahou o vysazení dlouhodobě užívaných benzodiazepinů, popřípadě různá kombinovaná poškození. Dále můžeme pozorovat rizika předávkování, vyšší riziko interakce s jinými léky, alkoholem či poškození jater a ledvin.

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí hovoříme o škodlivém užívání, pokud užívání léků mělo za následek poškození zdraví či zhoršené mezilidské vztahy s délkou trvání delší, než jsou tři měsíce. Závislost na lécích odpovídá syndromu závislosti dle Mezinárodní klasifikace nemocí, kde se objevují nejméně tři příznaky viz. výše.

3.2.1 Prevence zneužívání léků

Pokud mluvíme o prevenci zneužívání léků, tak jsou dodržovány preventivní strategie, které byly vytvořeny díky vyššímu zneužívání léků mezi lidmi z důvodů snadné dostupnosti některých léků vyvolávajících závislost. Proto je důležité vždy tyto léky vázat lékařským předpisem a jasně vymezit a stanovit jejich dobu užívání a také správné dávkování. Pacient by vždy měl být seznámen s riziky vzniku závislosti a striktně by mu mělo být doporučeno, aby respektoval dávkování a dobu užívání léku. Zvláštní opatrnost by se měla klást u lidí, kteří si již prošli závislostí nebo jsou závislí na jiných látkách, především na alkoholu. Zde lék s návykovým potencionálem může spustit recidivu či kombinace právě třeba s alkoholem může mít fatální následky (Nešpor, 2011).

Nejsnadnější dostupná péče je v rámci praktických lékařů, kteří by měli být schopni na základní bázi posoudit pacientův stav a pokud zjistí, že se může jednat o zneužívání léků, tak poskytnout krátkou intervenci, která mnohokrát může předejít rozvoji závislosti. Při krátké intervence se zejména používají zde vyjmenované postupy:

1. **Posouzení stavu, informace pacientovi o výsledku, jasné doporučení.** V rámci posouzení stavu a informování pacienta o výsledcích Nešpor (2010) odkazuje na literaturu Bashira et. al. (1994) a dále uvádí, že údaje z literatury jasně dokazují efektivitu provedených krátkých intervencí ze strany praktických lékařů v rámci postupného vysazování benzodiazepinů u svých pacientů.
2. **Motivační rozhovor.** Zde se uvádějí doporučení, že motivační rozhovory by se neměly vést konfrontačním stylem a měly by být empatické. Pomocí kladení vhodných otázek je možné dosáhnout toho, že si pacient či klient uvědomí rizika spojené s užíváním psychoaktivní látky.
3. **Předání svépomocného materiálu.** Svépomocným materiálem se myslí letáčky, brožurky, knížečky s informace o psychoaktivních látkách a závislosti.
4. **Poskytnutí kontaktu na služby telefonické pomoci.** Telefonická pomoc je příkladem linka důvěry, centra krizové intervence či linka pomoci při závislostech.
5. **Práce s rodinou**. Rodina je významným motivačním a protektivním faktorem.
6. **Aktivní předání.** V tomto případě se jedná o již předjednanou návštěvu či pobyt ze strany doporučujícího zařízení na pracoviště specializované.
7. **Pozitivní alternativy.** Pozitivními alternativami jsou myšleny relaxační techniky či příkladem psychoterapie (Nešpor, 2010)
8. **Další nefarmakologické postupy v léčbě závislosti na lécích.** Nefarmakologickými postupy je myšlena kognitivně-behaviorální terapie a jiné psychoterapie, tělesná cvičení a další. Nešpor (2010) odkazuje na literaturu Spiegela (1999), který doporučuje metody mírnící úzkosti a posilující jedincovu sebedůvěru. Důležité je poskytnutí podstatných informací ohledně závislosti a následných odvykacích stavech, a především léčit poruchu, která léčená být má. V případě rozvinutých závislostí je často zapotřebí komplexní specializovaná léčba.

Dalším nepsaným pravidlem, které můžeme jmenovat je, že by lékař měl předepisovat léky s tlumícím účinkem se zvážením všech možných rizik, které tyto léky mají. Neměly by být předepisovány déle než jeden měsíc, jelikož jejich vysazení je velmi obtížné. Větší rizika jsou především u lidí se závislostí na alkoholu či dalších látkách. Pokud pomineme závislosti, tak dalšími riziky pojícími se s těmito léky jsou možné pády, ospalost, zlomenina krčku stehenní nohy či vyšší mortalita. Jak už bylo uvedeno výše, je důležité klást důraz na nefarmakologickou léčbu a nabízet pacientům jiné alternativy. Nešpor (2007) pacientům a klientům radí, jak správně a zdravě usínat a hovoří o tom, že problémy

se spánkem častěji trápí lidi, kteří mají určitý problém s alkoholem nebo s jinými návykovými látkami. Jedním z projevů odvykacích obtíží může být již zmiňovaná nespavost či nespavost může souviset s nepravidelným denním rytmem nebo s napětím, které člověk pociťuje. Léky předepisované na potíže se spánkem jsou velmi často návykové a některé z nich narušují kvalitu spánku. To stejné platí i o alkoholu, spánek pod vlivem alkoholu má daleko ke zdravému spánku, spíše se podobá narkóze. Proto je důležité nabízet bezpečnější způsoby na podporu zdravého spánku. Doporučuje se dodržovat takzvanou fialovou hodinu předtím, než se jde spát, což znamená, že se lidé mají pouze věnovat klidným a příjemným záležitostem. Nedoporučuje se koukání do obrazovek mobilních telefonů či počítačů, vhodnější je kniha s klidným obsahem, příjemná hudba a vhodný rozhovor, ne hádka.

3.2.2 Léčba závislosti na lécích

Abúzus látek nezpůsobující závislost (kód F55)

Do skupiny látek nevyvolávající závislost řadíme laxantiva, antidepresiva, určitá analgetina, steroidy, hormony, vitamíny, ale také léky proti bolestem, které nejsou návykové jako jsou příkladem Brufen či Acyplpyrin. Pokud lidé trpí vředovou chorobou žaludku, tak právě pro ně jsou tyto léky velmi nebezpečné. Pokud jejich užívání je kombinováno s alkoholem, tak výrazně poškozuje játra a zvyšuje se riziko krvácení do trávicí trubice. V této skupině by se měla zvláštní pozornost věnovat zneužívání anabolických hormonů, která je hojně rozšířená ve vrcholovém sportu, příkladem může být kulturistika. Zde jsou rizika ve formě zastavení růstu u dospívajících jedinců, poškození srdce, jater, cév, riziko mozkové mrtvice, ale také sociální ohrožení ve formě ztráty přátel, zhoršení mezilidských vztahů. Při dlouhodobém užívání může dojít k oslabení imunity, ztrátě sexuální potence. Při vysazení anabolik se v některých případech doporučuje psychoterapie a předepsání antidepresiv či hospitalizace, jelikož s odvykacím stavem se mohou dostavit deprese, manické projevy až sebevražedné tendence. Pokud se jedná o manické projevy, tak se předepisují antipsychotika. Sexuální disfunkce je konzultována ve spolupráci s endokrinology (Nešpor, 2009)**.**

Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik (kód F13)

Do této skupiny látek řadíme benzodiazepiny, příkladem diazepam, alprazolam (Neurol, Xanax), clonazepam (Rivotril), bromazepam (Lexaurin) a funitrazepam (Rohypnol). Dále barbituráty, které jsou v dnešní době spíše součástí lékových směsí jako příkladem Alnagonu, proto jejich podání je spíše vzácností. Pokud jsou tyto látky užívané delší dobu,

a to i dle terapeutických dávek, tak mohou vytvořit závislost. Následným vysazením se mohou dostavit silné úzkosti a i obtíže, pro které byly tyto léky původně předepsané, se po následném vysazení mohou objevit v masivnější formě. Dále sem zařazujeme i nebenzodiazepinová hypnotika, která jsou taktéž návyková, i když dříve byl názor opačný, že návyková nejsou. Příkladem zolpidem neboli Stilnox a Hypnogen, či zopiclon (Imovane, Zopiclon). Pokud jsou užívané ve vysokých dávkách, tak se odvykací stavy mohou dostavit i s epileptickými záchvaty. Doktor Nešpor (2009) dále uvádí, že nadužívání hypnotik a sedativ bývá častým fenoménem u žen středního věku.

Při intoxikaci se jedinec jeví jako opilý, aniž by z něj byl cítit alkohol, je ospalý, má zpomalenou řeč, zhoršenou orientaci a poruchu myšlení. Pokud se hypnotika a sedativa užívají dlouhodobě, tak se mohou dostavit problémy s krevním oběhem, bolesti hlavy, zhoršený chrup. V pozdějších fázích se zhoršuje paměť, jedinec nemá chuť k jídlu a může se objevovat i třes. Pokud dojde k vysazení dávek vyšších, než je terapeutické dávkování, tak se mohou objevit životu ohrožující situace, které mohou doprovázet odvykací stav. Při těchto situacích může dojít ke kumulaci epileptických záchvatů. Dle MKN – 10 se odvykací stav po hypnotikách a sedativech definuje, tak, že musí být splněna všeobecná kritéria pro odvykací stav (viz. výše) a taktéž být přítomny alespoň tři následující znaky:

1. třes jazyka, očních víček nebo napřažených rukou

2. nauzea nebo zvracení

3. tachykardie

4. posturální hypotenze

5. psychomotorický neklid

6. bolesti hlavy

7. nespavost

8. malátnost nebo slabost

9. přechodné zrakové, hmatové nebo sluchové halucinace nebo iluze

10. paranoidní představy

11. křeče typu grand mal (Nešpor, 2009)

Léčba odvykacích stavů po vysazení benzodiazepinů

V léčbě závislosti na benzodiazepinech se doporučuje pacienta nejdříve převést na odpovídající dávku diazepamu, protože po užívání diazepamu se díky dlouhému poločasu vylučování vytvoří stabilnější hladina a riziko komplikací se tak sníží. Ke stabilizaci stavu se udává, že v první den odvykání se podá dávka diazepamu v takovém množství, kterou pacient užíval již před léčbou. Druhý den je dávka snížena o 30 % a následující dny vždy o 5 % dávky původní. Pokud se jedná o terapeutické dávky, tak u nich taktéž můžeme očekávat odvykací stav, a proto se v těchto případech doporučuje 50 % původní látky vysadit rychle, následujících 25 % pomaleji a posledních 25 % ještě pomaleji než předtím. Vždy je důležité brát v potaz schopnosti jednotlivých pacientů zvládat především úzkostnou symptomatologii, která je v těchto případech obzvlášť častá.

Dávka benzodiazepinů, která přibližně odpovídá 10 mg diazepam

Alprazolam (Xanax)	1 mg
Chlordiazepoxid (Librium)	20 mg
Flunitrazepam (Rohypnol)	2 mg
Clonazepam (Rivotril)	1mg
Lorazepam	1 mg
Nitrazepam	10 mg
Oxazepam	30 mg
Temazepam	20 mg

(Dle Nešpora, 2004)

Léčba odvykacích stavů po vysazení barbiturátech

Odvykací stavy po vysazení barbiturátů také mohou být životu ohrožující, mohou být doprovázené epileptickými paroxysmy nebo psychotickými stavy a nastávají po denních dávkách přesahujících 500 mg pentobarbitalu či 150 mg fenobarbitalu. Proto se taktéž doporučuje postupné snižovaní dávek barbiturátů.

Léčba odvykacích stavů po vysazení nebenzodiazepinových hypnotik

Nešpor (2009) uvádí, že pokud se jedná o případy s vysokými dávkami zneužívaných léků a pokud je riziko epileptických záchvatů během odvykání, tak se doporučuje krátkodobé

nasazení diazepinu, i když připouští, že tato léčba má svá rizika, především možnost vybudování si závislosti na jiné látce. Jiná možnost je nasazení antiepileptik.

Poruchy vyvolané léky s obsahem opiátů (některá analgetika a antitusika)

Při intoxikace dochází ke zúžení zornic a celkovému útlumu, taktéž dochází k útlumu dýchacího centra. K riziku dochází, pokud nastala kombinovaná otrava po opiátech, alkoholu nebo tlumivých látkách. Jestliže mluvíme o chronickém užívání, tak v tomto případě se odvykací příznaky manifestují rozšířenými zornicemi, zrychleným dechem i tepem, husí kůží, křečemi, neklidem, bolestmi svalů a kloubů či nechutenstvím. U žen typicky dochází k poruchám menstruačního cyklu a u mužů ke snížení libida a potence, jedinec celkově chátrá. Při léčbě odvykacích stavů lze krátkodobě podávat buprenorfin v dávce dvakrát denně, příkladem 2 mg, či 4 mg jedenkrát denně. Pokud se jedná o krátkodobou detoxifikaci, tak stačí podávat buprenorfin 4 dny, ale může se jednat i o delší detoxifikační schéma. Buprenorfin se používá až po vzniku odvykacích příznaků (Nešpor, 2009).

Léky s budivým účinkem

Doktor Nešpor (2009) udává, že jejich zneužívání je méně časté, než je tomu příkladem u sedativ, ale závislost na nich byla popsána. Udává případ, kdy se jednalo o závislost na Sanorinu. Dále uvádí, že problémem u budivých látek není odvykací stav, avšak silný craving (bažení) po této látce a zhoršené sebeovládání ve vztahu k ní. Velký důraz by se měl klást na preskripci léků obsahující efedrin nebo pseudoefedrin, který je používán jako látka na výrobu pervitinu.

Po odeznění intoxikace stimulancii, kterou nejčastěji doprovází zrychlený tep, rozšířené zornice, neklid, třes, zvýšená teplota se dostavuje útlum, který je spíše projevem vyčerpání a nedostatku spánku, ale nejčastěji nevyžaduje žádnou léčbu. Při odvykacích stavech se mohou objevit halucinatorní stavy nebo paranoidní symptomatologie, nejčastěji se podávají benzodiazepiny.

3.3 Kokain

Kokain se vyrábí z keře pěstovaného v Jižní Americe s názvem Erythroxylonu coca (koka pravá). V našich krajinách bychom tento keř svojí podobností mohli přirovnat k trnce, která má tuhé a velké listy. Sušené kokové listy obsahují přibližně 0,5 % až 1 % kokainu, který je z těchto listů izolován. Friedrich Gaedcke vůbec jako první v roce 1855 izoloval alkaloid koky, jeho následovníkem po čtyřech letech stal Albert Niemann, který proces izolace opakoval. Další možnost, která je popsaná ohledně procesu získávání kokainu, je synteticky (Kalina a kol., 2003).

Po dvaceti letech od prvních pokusů lékaři zaznamenali schopnost kokainu vybudit centrální nervovou soustavu a začali studovat tyto jeho vlastnosti jako možné budoucí využití kokainu v podobě protilátek v léčbě návyku na morfinu či alkoholu u svých pacientů. Všechny tyto možnosti využití kokainu zvažoval i Sigmund Freud. Dle jeho názoru kokain způsobuje morální zkaženost jedince, psychické i fyzické poškození či celkovou slabost organismus. Avšak k tomuto kritickému pohledu dodával, že užití koky v rozumném množství a míře zdraví spíše prospívá než, že by jej devastovalo. Dále Freud s kokainem prováděl pokusy při léčbě závislosti na morfiu, ty však skončily neúspěšně. V dnešní době se s kokainem stále může setkat v oční chirurgii jako s lokálním anestetikem.

Oproti svému původnímu prostředí ve střední Amazonii se koka pravá pěstuje na vlhkých svazích And v Bolívii, Peru a Ekvádoru. Daří se jí v teplých údolích při nadmořské výšce mezi 1500 1600 metry (Šejvl, 1998). Erythroxylum novagranatense je dalším keřem bohatým na kokain, který se oproti Erythroxylonum coca pěstuje v suchých horských oblastech Kolumbie a v některých oblastech Peru (Kalina a kol., 2003)

První známky o užívání koky jsou známé již z doby přibližně 500 let našeho letopočtu. Inkové svého času věřili, že jim bohové seslali tuto rostlinu, aby jim pomohla dodat sílu a zapomenout na všechno trápení, které mají (Šejvl, 1998). *„Bohové dali koku dětem Slunce, aby nasytila hladové, aby opět posílila slabé a nemocné a aby nešťastným pomohla zapomenout na jejich trápení (Streatfeild, s. 489)“.* Nyní se v Jižní Americe odhaduje nad 15 milionů „coqueros“ což je označení pro pravidelné žvýkače koky v řadách původních Indiánů. A právě Jižní Amerika je jediným světovým produkčním místem kokainu, který se majoritně distribuuje na americký trh, kvůli blízké vzdálenosti. V evropském prostředí je kokain taktéž žádanou návykovou látkou, avšak jeho distribuce na tento trh je problematičtější, kvůli již zmíněné vzdálenosti, která je oproti USA od Jižní Ameriky mnohem delší. V Evropě si získal oblibu především díky své jednoduché a takřka bezproblémové aplikaci, která je v drtivé většině prováděna nazálně na rozdíl od intravenózní aplikace kupříkladu heroinu. Konkurenty na evropském trhu pro kokain představuje především amfetamin a metamfetamin, které jsou oproti kokainu v Evropě i

vyráběny a cenově dostupnější se srovnatelnými účinky (Šejvl, 1998). Kokain na českém území byl zaznamenán již během první republiky, a pokud se bavíme o užívání kokainu v rámci České republiky nyní, tak vzhledem k jeho vysoké ceně je užíván především klientelou s vyššími finančními možnostmi či v rámci experimentů mezi mládeží.

Mottlová (2013) se ve své práci zabývá kokainem jako statusovým symbolem a ve výsledcích jí příkladem vychází, že informanti uváděli, že kokain jako samotná návyková látka onen statusový symbol nenese, ale naopak finanční částka, za kterou se pořizuje. Důležité pro respondenty bylo vědomí, že mají dostatek finančních prostředků na to, aby si kokain mohli zakoupit. Dále uváděli, že pokud by cena kokainu klesla, tak by ztratil prestiž a pověst „lepší, luxusnější" návykové látky a již by nebyl výsadou menšího množství lidí, kteří si jej mohou pořídit.

Ve finální podobě se s ním setkáváme v podobě bílého či lehce našedlého krystalického prášku hořké chuti. Jak již bylo zmíněno, nejčastěji se užívá nazálně, dalšími způsoby užití je příkladem forma kouření či bukálně (žvýkání, natírání na sliznici úst). Pokud je užit perorálně, tak po několika minutách dochází k znecitlivění jazyka. Jedná se o návykovou látku se stimulačním efektem s relativně krátkým poločasem účinku řádově od desítek minut až do dvou hodin. Účinky kokainu zpravidla trvají relativně krátkou dobu a v průměru po třiceti minutách odeznívají.

Mezi známky akutní intoxikace patří mydriáza, pocení, nápadná energie a aktivita jedince, zvýšené sebevědomí. Kokain jak u mužů, tak i u žen krátkodobě zvyšuje sexuální apetit, avšak po dlouhodobém užívání, může především u mužů způsobovat sexuální dysfunkci, popřípadě chuť na sex bez přítomnosti kokainu opadává. Přechodně snižuje chuť k jídlu, proto je považován za anorektikum a někteří lidé ho užívají při intoxikaci alkoholem, aby se cítili méně opilí (Štěpánek, 2011).

Uživatelé kokainu při odvykacích stavech pociťují fyzickou a psychickou vyčerpanost, celkovou únavu, často mají problémy se spánkem, buď nemohou usnout, nebo naopak prospí celé dny, bývají podráždění. Dochází ke zhoršení nálady a může dojít až ke klinické depresi. Ke zvládnutí odvykacích stavů spojených s užíváním kokainu se doporučuje lékařská intervence, jelikož psychická závislost se považuje za velmi obtížnou. Uživatel kokainu dost často nemá náhled nad rozvinutou závislostí a nad ztrátou kontroly při užívání (Borník, 2001). Důležité je taktéž zdůraznit, že jedinci užívající pravidelně kokain mohou dlouhou dobu v pořádku fungovat, jelikož jak již bylo zmíněno výše, tak jej užívají lidé spíše dobře socioekonomicky zaopatření a nemají problém s jeho dostatečným přísunem.

4. Satelitní městečka

Se souslovím satelitní městečko, úzce souvisí proces suburbanizace, který je jednou z fází urbanizace. Pojem urbanizace je latinského původu, *urbs* v překladu větší či hlavní město. Právě pojem urbanizace se vztahoval k zakládání a rozvoji nových měst, která svými stavbami a specifickou atmosférou disponovaly velmi osobitým městským stylem života (Somolová, 2009).

Suburbanizace má svůj původ taktéž v latině, v překladu *suburbium*. *Sub* vyjadřuje pod a *urbs* znamená větší město čili jakési „podměstí". Dále ho může najít ve staré francouzštině jako *subburde,* či v anglickém *suburb*, které se používá pro označení okrajových částí měst a předměstí. Suburbanizaci zaznamenáváme jako trend poslední doby, kde dochází k odchodu městského obyvatelstva do oblastí příměstských a s následným prostorovým rozšiřováním měst (Somolová, 2009).

Ouředníček tento jev (2002) vyjadřuje jako přesun obyvatel a jejich zázemí do blízkého okolí měst, kde dříve žili. Sýkora (2002, s. 10) dále suburbanizaci definuje jako „*růst města prostorovým rozpínáním do okolní venkovské a přírodní krajiny. Suburbanizace je spojována s nižší hustotou osídlení, než existuje ve městě a rozvolněnou, řídkou, rozptýlenou či roztroušenou zástavbou. Příměstskou zónu ovlivněnou suburbanizaci charakterizují samostatně stojící nebo řadové, jedno až dvoupodlažní rodinné domky s vlastní zahradou, které často vytvářejí sociálně homogenní rezidenční zóny, a také pásová komerční zástavba a průmyslové parky často lokalizované podle dálnic a dalších významných komunikačních os či v blízkosti jejich křižovatek.*"

Suburbanizací se taktéž označuje proces formování předměstí, kterou Nemeškal (2013) označuje jako formu fyzického osídlení, které není ani městského a ani venkovského typu.

Právě suburbanizací vzniká nová výstavba označována názvem satelitní městečka či suburdia (Ouředníček, 2002). Definic satelitního městečka je několik, dle Hniličky (2005) se jedná o lidové označení pro lokalitu s novou bytovou zástavbou v blízkosti velkých měst. Jedná se především o funkci rezidenční čili obytnou, kde sledujeme výstavbu nových bytových komplexů a následný odchod lidí z většího města za účelem bydlení v těchto lokalitách (Ouředníček, 2002).

Potočný (2006) ve své případové studii Lidé na okraji definuje satelitní městečka, tím, že přídavné jméno satelitní má vyjadřovat svoji svázanost s centrálním a blízkým městem a pojmenování městečko označovat fakt, že nová výstavba domů – jakožto (většinou) paralelní a relativně autonomní část vedle své mateřské obce – se podle mnohých odlišuje od okolního venkova svým městským vzhledem.

4.1 Sociální struktura obyvatel satelitních městeček

Dle Somolové (2009) jsou typickými obyvateli satelitních městeček mladí manželé s dětmi, kde převažují především ti, kteří mají vysokoškolské vzdělání, patří do vyšších platových tříd, a tudíž mají i vyšší status a příjem. Jedná se především o ucelené rodiny, popřípadě mladé páry, které plánují založit rodinu. Od původních obyvatel suburdií se liší především věkovým průměrem, který je u nově příchozích mnohem nižší (Doležalová & Ouředníček, 2006). Podíl středoškoláků a vysokoškoláků je také u nově příchozích obyvatel vyšší než u původního obyvatelstva a častěji se jedná o duševně pracující lidi.

Galčanová s Vackovou (2008) ve své případové studii mapují faktory, které mohou narušit vztahy mezi starousedlíky a nově příchozími. Prvním faktorem je **sdílení každodennosti** s tímto jevem spojují tzv. **uzlové body integrace**, kterými jsou nejčastěji některá veřejná místa. Příkladem těchto uzlových bodů integrace mohou být vlaková či autobusová zastávka, dětské hřiště či kulturní středisko, kde se pořádají obecní plesy či jiné akce. Druhým faktorem je **sdílená historie vztahů a vazeb**, pod tímto faktorem si můžeme představit starousedlíky jako uzavřenou skupinu, která společně sdílí nějakou historii, tradice a společné zážitky. Proto často dochází k tomu, že noví obyvatelé se neintegrují do života obce, protože je obec mnohokrát ani sama nepřijme. Tato sociální struktura je díky suburbanizaci ovlivněna jevem segregace, kde v extrémních podmínkách jsou ve světě popsány i případy čtvrtí, kde je hlídaný vstup a žije zde prakticky pouze uzavřená komunita. Z Evropy známe především etnicky orientované čtvrti, ale ve světě jsou případy velmi luxusních čtvrtí, kam mohou pouze obyvatelé, kteří zde žijí. V České republice se s rizikem segregace setkáváme právě v souvislosti se suburdiemi a to v okolí Prahy a Brna, kde je nedostatek prostoru pro setkávání místních obyvatel (Somolová, 2009).

Z této studie Galčanové a Vackové (2008) dále vyplývá, že původní obyvatelé obce mají na nově příchozí negativní názor nejčastěji spojovaný se sociálním statusem nových obyvatel a to takový, že „i když jsou dobře socioekonomicky zaopatření, tak jsou ale izolovaní a sobečtí“. Naopak noví obyvatelé satelitních městeček si o starousedlících myslí, že „mají nižší socioekonomický status, ale naopak jsou přátelští a pilní“.

4.2 Životní styl obyvatel satelitních městeček

Pokud si máme vymezit pojem životní styl, tak musíme definovat životní způsob, ze kterého životní styl vychází. Životním způsobem označujeme systém význačných činností, vztahů, životních projevů a zvyklostí, které jsou charakteristické pro určitý subjekt. Tímto subjektem máme na mysli jedince, skupinu či společnost označenou jako nositele životního způsobu (Kochová, 2007). Jedná se tedy o typické činnosti, kterými jedinci rozdílnými způsoby uspokojují své potřeby, soubory vznikajících vztahů, které vznikají díky těmto činnostem a v neposlední řadě normy a hodnoty, taktéž spojené s již zmíněnými činnostmi

a vztahy (Kubátová, 2010). V návaznosti na obecnou kategorii životního způsobu můžeme vymezit konkrétní kategorii životního stylu, která Šmídová (1992) dělí na úroveň individua nebo na úroveň skupiny a dále uvádí, že životní styl spolu s příjmem je významným atributem sociálního statusu. V souvislosti s jedincem životnímu stylu rozumíme jako konzistentnímu životnímu způsobu, kde si jednotlivé části vzájemně odpovídají, jsou v souladu a mají společné jádro. Se životním stylem se pojí životní úroveň, pod kterou si můžeme představit sociálně ekonomickou kategorii, do které se může zahrnout cokoli, co zásadně, jak po materiální či nemateriální stránce ovlivňuje kvalitu života a má dopad na životní úroveň (Somolová, 2009).

Výběr vhodného místa pro život ovlivňuje jedincův životní styl, kde se projevují preference bydlení. K preferenci se úzce pojí především sociálně – ekonomické faktory, proto se v různých oblastech setkáme s odlišnými životnými styly. Odlišný styl života bude mít obyvatel satelitního městečka, oproti obyvateli z centra hlavního města (Somolová, 2009).

V prostředí satelitních městeček se můžeme setkat s kombinací dvou životních stylů, a to stylu městského, který sem přinášejí nové příchozí obyvatelé a stylu venkovského, kterým spíše žijí původní obyvatelé. Starousedlíci jsou spojováni spíše s prací blízko svého bydliště, se vztahem k přírodě a zdravějšímu životnímu prostředí. Oproti tomu životní styl nových obyvatel suburdií je závislý na fázi životního cyklu, a především na materiálním vybavení rodiny, kde automobil se stal naprosto nezbytným pro mobilitu občanů satelitních městeček. Zde se častokrát manifestuje závislost jednotlivých členů na druhých, především dětí na matce, která děti rozváží do škol a školek, či odpoledne na různé dětské kroužky. Děti častokrát tráví svůj volný čas mimo domov a mimo obec ve které žijí, protože satelitní městečka neposkytují, tolik seberealizuje a nedisponují s množstvím různých kroužků, jako je tomu u většího města, které je poblíž. Z matek se stávají taxikářky, které celý svůj volný čas věnují dětem a jejich rozvoji. Jak už bylo zmíněno výše, tak problém nastává, když děti dospějí, osamostatní se a odejdou od rodiny, ženy se častokrát začnou cítit nepotřebné a osamocené (Novák, 2004).

Dle výzkumů můžeme obyvatele satelitních městeček rozdělit na dvě skupiny, a to podle toho, jak tráví svůj den. První skupinou jsou obyvatelé zaměstnaní, v jejich typický pracovní den v 5 hodin ráno spí už pouze 77,5 % starousedlíků, avšak 93 % nových obyvatel, v 7 hodin ráno již je podíl spících obyvatel satelitů vyrovnaný a to 25 %. Tento fakt se především odvíjí od ekonomických aktivit a rozdílné struktury zaměstnání původních a nových obyvatel satelitu. Mezi nově příchozí patří především duševně pracující lidí, jako jsou právníci, manažeři či ředitelé korporátních firem, proto jejich typický pracovní den začíná mezi 6. a 7. hodinou ranní, kdy odjíždějí za prací do velkých měst okolo. Domů se vrací okolo 18. a 19. hodiny. Druhou skupinou obyvatel jsou příkladem ženy v domácnosti, které v satelitech zůstávají. Zde můžeme pozorovat rozdíl mezi ženami původních obyvatel a ženami nově příchozími, kdy ženy nově příchozí se

často celodenně starají o své děti a vykonávají činnosti ohledně domácnosti, oproti tomu původní rezidentky soustřeďují práci o potomky do ranních hodin a odpoledních po svém zaměstnání. Mezi 9. a 14. hodinou se přibližně 70 % nových obyvatel pohybuje mimo satelitní městečko. Z výsledků můžeme vyčíst, že noví obyvatelé v satelitech netráví příliš svého času, k tomuto fenoménu se pojí pojem nocleháren, který byl původně připisován panelákovým sídlištím (Doležalová & Ouředníček 2006).

Souhrn teoretické části

Ve dvacátém století se ženám dostává nové rovnocenné společenské role jako mužům a díky tomu se stávají v různých pohledech nezávislé. Avšak přijetím této nové emancipované role mnohdy stále reprezentují pro ně typickou roli matky charakterizovanou péčí o děti a udržováním harmonického manželství. Tradiční model rodiny, kdy muž ekonomicky zaopatřuje rodinu a žena se stará o chod domácnosti a péči o děti však přetrvává i nyní. Jednou ze skupin těchto žen jsou výzkumem zkoumané zelené vdovy. Právě zelené vdovy mnohokrát představují tradičnější uspořádání rodiny, než je v běžné populaci obvyklé, kdy prakticky celý život věnují péči o rodinu a děti a jejich partneři naopak vytvářejí socioekonomické zázemí. Dle odborné literatury se především díky samotě, pocitu nepotřebnosti či syndromu opuštěného hnízda stávají ohroženou skupinou s ohledem na návykové látky. Návykové látky pak častokrát využívají jako výplň prázdnoty či jako určitou formu sebemedikace nebo útěk od reality nenaplněného života.

Teoretická část diplomové práce si kladla za cíl co nejlépe přiblížit a popsat základní pojmy s odkazem na provedený výzkum a praktickou část. Na začátku práce došlo k popsání základního pojmu, a to pojmu zelená vdova, jejím charakteristikám a rizikovým faktorům, které tyto ženy mohou ohrožovat. Mezi zmiňované rizikové faktory patřily již zmiňovaná samota, syndrom opuštěného hnízda, partnerské problémy, izolace od okolí, nechtěná sociální role, poporodní změny, péče o děti, pocit nepotřebnosti, duševní problémy či nadužívání léků nebo alkoholu.

Dále se teoretická část zabývala procesem urbanizace a suburbanizace a satelitními městečky, kdy s odkazem na odbornou literaturu a dříve provedené výzkumy se zelené vdovy považují za produkty právě zmiňovaných satelitních městeček. Na tuto kapitolu volně navazoval životní styl obyvatel satelitních městeček. V neposlední řadě došlo k shrnutí a popsání návykových látek, které s odkazem na praktickou část a provedený výzkum respondentky, které splňovaly, již dříve vymezená a určená kritéria pro označení zelené vdovy nejvíce užívaly. Do těchto návykových látek spadal především alkohol a léky, avšak byl zmíněn i kokain, který se v provedeném výzkumu taktéž okrajově objevil.

5. Praktická (výzkumná) část

5.1 Stanovené cíle

Hlavním cílem této diplomové práce je pomocí polostrukturovaných rozhovorů, zmapovat vztah mezi užíváním návykových látek a přestěhováním se do satelitního městečka u vybraných respondentek označovaných sociologickým konstruktem „zelené vdovy“. Tato práce má dále za úkol najít společná opakující se životní témata a formy chování u daných žen.

5.2 Teoretické ukotvení pojmů

Zelená vdova je označením pro ženu, která často bydlí v satelitním městečku blízko velkého města, je v domácnosti a její manžel je úspěšný a bohatý muž, který zaopatřuje rodinu. Muž je často velmi společensky i časově vytížen a domů si přichází pouze odpočinout (Macháček, 2015).

Satelitní městečko vyjadřuje svázanost s centrálním a blízkým městem, kde se nové domy odlišují od okolního venkova svým městským vzhledem (Potočný, 2006).

5.3 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky vycházejí z výše uvedeného cíle a jsou následující:

1) Jaký byl vztah daných respondentek s jejich původní rodinou a z jakého socioekonomického prostředí pocházejí?

2) Jaké byly sociální vazby daných žen předtím a potom co se se svojí rodinou přestěhovaly do satelitního městečka?

3) Jak se jejich život konkrétně změnil po přestěhování do satelitního městečka?

4) Jak se vyvíjel vzorec užívání u vybraných respondentek?

5) Jaké má důsledky užívání návykových látek na jejich vztah s manželem a rodinou?

5.4 Výzkumný soubor

„*Lidé nejsou pouhými nositeli struktur, ale jsou aktivními tvůrci sociálna, a tím strážci významného vědění, které je třeba pochopit zevnitř, prostřednictvím hodnotového systému jedinců*.“ (Kaufmann 2010, s. 30)

Výzkumný soubor obsahoval deset respondentek. Deset respondentek bylo vybráno z důvodu, že při práci na autorčině bakalářské práci s názvem „Životní příběhy žen s problémy s alkoholem“ byly vedeny rozhovory se šesti respondentkami, proto pro diplomovou práci byl soubor rozšířen o čtyři respondentky. Avšak v konečné fázi se vše odvíjelo od saturace dat a možných závěrů.

Pro získání respondentek byla zvolena metoda záměrného (účelového) výběru, kdy byly účastnice výzkumu vybrány dle předem stanovených kritérií (Miovský, 2006). Na základě těchto pevně daných kritérií byli do výzkumu zařazeny pouze ty osoby, které splňovali následující kritéria: dobře socioekonomicky zaopatřené ženy (vyšší sociální status rodiny, dobrý příjem a stálé zaměstnání manžela), žijící v satelitních městečkách u velkých měst, finanční stránku rodiny zabezpečuje pracovně a společensky vytížený manžel, ženy většinu času tráví samy bez manžela či se svými dětmi, nemusí chodit do práce a určitá forma adiktologické či psychiatrické anamnézy. Autorka zvolila prostý záměrný (účelový) výběr, který dle Miovského (2006) představuje nejjednodušší variantu metody záměrného výběru a také se uplatňuje zejména v případech, kdy se nejedná o příliš velký potřebný výběrový soubor. V případě neúspěchu by byla zvolena metoda záměrného (účelového) výběru přes instituce (více Miovský, 2006) což se jevila jako vhodná alternativa a z hlediska času jako výhodou, ale nakonec se k této metodě přistoupit nemuselo. Bylo kombinováno více výběrů, kde byla taktéž použita metoda sněhové koule, se kterou výzkum započal a která patří v oblasti kvalitativních metod k metodám nejčastěji používaným (Miovský, 2006). Při práci na výzkumu autorčiny bakalářské práce mezi její respondentky patřily dvě ženy, které splňují kritéria výběru výzkumného souboru pro diplomovou práci, proto díky předchozímu kontaktu patřily do skupiny prvních kandidátek pro použití metody sněhové koule a zde se autorka přes tyto dvě respondentky dostala k dalším ženám, které splňovaly kritéria tohoto výzkumu. Výhoda byla, že obě dvě ženy pocházejí z jiných krajů České republiky. Jedna z respondentek pochází z okolí Prahy a druhá z okolí Brna, a právě dle Somolové (2009) se v posledních zhruba deseti letech výstavba satelitních městeček rozvíjí především v zázemí velkých měst jako je Praha a Brno, proto jsem se primárně zaměřovat na tyto dvě oblasti.

Dále je důležité uvést, že u této skupiny byl problematický popis vlastností základního souboru, proto u dalších možných respondentek byl proveden standardizovaný rozhovor, kde byly dotazovány na pevně daná kritéria 1. Zda žijí v satelitním městečku 2. Zda je jejich manžel časově i pracovně vytížený a zda zajišťuje finanční stránku rodiny 3.

Určitá forma adiktologické anamnézy a z tohoto bylo umožněno zjistit, zda jsou vhodnými kandidátkami pro tento výzkum. Rozhovor byl krátký, proto bylo předpokládáno, že by potencionálním respondentkám časově nemělo činit velké obtíže na tyto otázky odpovědět, spíše bylo důležité získat si jejich důvěru, aby na tyto otázky odpověděly pravdivě, především v otázce adiktologické anamnézy. Všechny etické aspekty byly náležitě ošetřeny.

5.5 Metody tvorby dat

Výzkum byl proveden pomocí polostrukturovaných rozhovorů. *„Rozhovor je okno do individuální subjektivity a kolektivní sounáležitosti"* uvádí Madison (2005, s. 26). Pro sběr dat byla zvolena nejčastěji používaná metoda v kvalitativních rozhovorech, a to metoda hloubkového rozhovoru. Tato metoda dokáže zachytit výpovědi respondentů v jejich autentické podobě (Švaříček & Šeďová, 2014). Byly vytvořeny okruhy otázek, na které byly respondentky dotazovány. Tyto témata a otázky byly respondentkám pokládány jako vodítko k tzv. jádru interview (Miovský, 2006). Polostrukturovaný rozhovor dával prostor na doplňující otázky a taktéž nabízel respondentům prostor pro dovysvětlení jejich odpovědí. Mezi dané okruhy otázek patřilo:

- Vztah s jejich vlastními rodiči a původní rodinou

- Zda v jejich původní rodině byla přítomná nějaká forma adiktologické anamnézy

- Jak se seznámily s jejich partnery/ manžely

- Jak by popsaly jejich život před a po přestěhování do satelitního městečka

- Zda jsou stále v kontaktu s přáteli z dětství či ze studií nebo jestli mají nové přátele

- Jak by popsaly svůj typický den

- Kdy poprvé dané návykové látky začaly více užívat a proč

- Jak se jejich partneři/ manželé k jejich problémům s návykovou látkou postavili

- Jak vnímají svojí současnou situaci

Toto schéma okruhu otázek, které bylo vytvořeno, bylo závazné a vždy se na něj bylo tázáno. Dle situace bylo pořadí otázek měněno a také doptáváno a žádáno upřesnění odpovědí, pokud byla potřeba, aby byla maximalizována výtěžnost interview (Miovský,

2006). Ve vedení rozhovoru se pokračovalo do té doby, dokud odpovědi byly užitečné a nebyly vyčerpané časové možnosti respondentek.

Stěžejní byla rovněž samotná příprava a proces rozhovorů v praxi, který zahrnoval několik kroků: samotné navázání kontaktu s potenciálními respondentkami, zjistit zda jsou vhodnými respondentkami pro výzkum, představit jim výzkum, sdělit informace proč se na výzkumu pracuje a jeho účel, sdělit kde a jak bude výzkum probíhat, získat jejich písemný souhlas s provedením rozhovoru, sdělit, že rozhovory s nimi budou nahrávány na diktafon, následně přepisovány a po ukončení výzkumu získané audionahrávky smazány. Důležité bylo se zaměřit na důvěru respondentek a navázání vztahu s nimi. V neposlední řadě bylo velmi důležité, aby byl správně uzavřený kontakt s účastnicí rozhovoru a ujištění, že je v pořádku a že se nachází v klidném stavu (Miovský, 2006).

5.5.1 Metody tvorby a analýzy dat

Při interview byly respondentky dotazovány dle strukturovaných otázek a jejich odpovědi byly nahrávány. Dle Miovského (2006, s. 197) má audiozáznam *„nespornou výhodu v komplexnosti záznamu a v jeho autentičnosti“*. Využita byla časová osa pro náčrt událostí a následnou lepší orientaci. Časová osa se jevila jako praktická pro zorientování se v příbězích respondentek. Pro převedení dat z netextové podoby do textové podoby bylo využito metody transkripce. Při tomto úkonu dochází k první redukci dat, nelze totiž z audiozáznamu zaznamenat vše. Pro zpřesnění transkripce bylo použito techniky *„kontrola transkripce opakovaným poslechem*“ Miovský (2006, s. 207). Pro dílčí úpravu dat byla využita tzv. redukce prvního řádu (více Miovský, 2006). Po nashromáždění a sepsání všeho potřebného materiálu byly textové údaje rozebrány, pomocí techniky otevřeného kódování, kde se analyzovaný text rozdělil na jednotky (Švaříček & Šeďová, 2014). K opakujícím se jednotkám jsem přidělila označení a na konci přiřadila do kategorií. Některé kódy, které nespadaly do žádné z kategorií, taky byly vyřazeny.

5.6 Limity práce

Jako hlavní limity této práce jsou vnímané nedostatečná reprezentativita výzkumného vzorku a možné zkreslení výpovědí daných žen. Výběr respondentek, který probíhal formou záměrného (účelového) výběr a metodou sněhové koule představoval problém v dosažení reprezentativnosti a limity v následných prezentovaných poznatcích výzkumu. Tím se má na mysli úplnost a komplexnost daných poznatků.

Určitou formu rizika mohly představovat obavy účastnic z jejich možné následné stigmatizace či s nepochopením manžela a rodiny s tím, že jejich manželka/matka poskytuje tento rozhovor. Právě toto mohlo vést ke zkreslení jejich výpovědí. Proto bylo důležité podrobně vysvětlit účel a povahu rozhovoru, následné nakládání a ochranu dat a zdůraznit, že je vše anonymní.

5.7 Etika

Etická povaha této práce byla dobře ošetřena, jelikož se jednalo o velmi citlivou skupinu žen, které si bezpochyby ve svém životě prožily různá traumata. Navázat s nimi důvěrný vztah nebylo snadné, proto bylo důležité, aby se při rozhovorech cítily bezpečně a popravdě odpovídaly na otázky. V průběhu realizace byly dodržovány etické principy, které chránily účastnice výzkumu. Mezi tyto principy patřily informovaný souhlas s účastí ve výzkumu, který zaručuje ochranu práv a soukromí respondentek. Informovaný souhlas byl vyhotoven v písemné formě a obsahoval informace o výzkumu a jeho účelu. V neposlední řadě zde bylo uvedeno, že účast respondentky je dobrovolná a odstoupení od výzkumu je bez jakéhokoliv důsledku. Účastnicím výzkumu bylo přesně vysvětleno, co je od nich vyžadováno a byl poskytnut prostor na cokoliv se doptat. Byla zajištěna ochrana soukromí a osobních údajů účastnic, především zaručení zachování mlčenlivosti. Dále byla snaha uchránit účastnice před zbytečnou časovou zátěží, snaha se jim co nejvíce časově přizpůsobit, zaručení anonymního zpracování dat a ochrana před dalším rizikem poškození, kde byl především kladen důraz na aktuální stav respondentky. Během výzkumné činnosti nebyly respondentky vystavovány neobvyklému stresu a nedošlo u nich k jakékoliv újmě duševní, hmotné či jiné (Miovský, 2006). V neposlední řadě je důležité zmínit ochranu výzkumníka, kde například ze strany rodiny nemusí být kladná odezva s provedeným výzkumem s jejich manželkou/matkou.

6. Interpretace výzkumu

Cílem této kapitoly je interpretovat poznatky, které byly díky výzkumu získány. Na základě analýzy rozhovorů bylo vytvořeno pět nejdůležitějších kategorií.

Spouštěče

Udržovací fáze

Nedotknutelné oblasti

Ohlédnutí za minulostí

Poslední moment

První kategorie nese název *spouštěče*. Tato kategorie zahrnuje faktory, které účastnice výzkumu vedly k tomu, že se čím dál tím častěji uchylovaly ke konzumaci návykových látek. V rozhovorech se autorka zaměřila především na náročná období a rizikové životní situace, které je k tomu vedly. Na tuto první kategorii navazuje kategorie *udržovací fáze*, kde pro respondentky byla určitá návyková látka něčím, co jim v danou chvíli pomáhalo a vyplňovalo jejich životy. V této kategorii došlo k podrobnějšímu popisu látek, které respondentky užívaly a byl zde taktéž věnován prostor období, kdy své užívání před okolím skrývaly. Dále zde autorka výzkumu zanesla dvě z jejího pohledu zajímavé subkategorie, a to subkategorii *originalita* a *přetrhané sociální vazby*.

Následuje kategorie *nedotknuté oblasti*, která dle prvotních domněnek měla popisovat oblasti v životě respondentek, které i přes určitý problém s návykovými látkami zůstaly zachované, ženy o ně pečovaly a tyto oblasti jim i mnohokrát mohly pomoci při léčbě a návratu ke zdravějšímu způsobu života. Tato kategorie však nenaplnila předpoklady, pro které byla vytvořena.

Kategorie *ohlédnutí za minulostí* popisuje vztah respondentek k jejich minulosti. Jedná se o ohlédnutí se za jejich dětstvím a také za přestěhováním se do satelitního městečka. Poslední kategorie má název *poslední moment*, zde se jedná o období, které respondentky vedlo k tomu, že se aktivně začaly pokoušet svoje závislostní chování řešit či byly donucené okolnostmi, popřípadě svým okolím začít jej řešit.

V následujících podkapitolách praktické části se autorka bude věnovat podrobnému popisu těchto kategorií a subkategorií.

6.1 Spouštěče

Deset respondentek a deset odlišných životních příběhů, i když přeci jen tyto ženy mají něco společného. V relativně mladém věku se všechny odstěhovaly z velkého města do nově vystavěných satelitních městeček či nově vystavěných domů přidružených ke klasické vesnici. Byty vyměnily za nově zařízené velké domy a práci za péči o rodinu. Toto však není jediné, co je spojuje, určitou část v jejich životě vyplnila i nějaká návyková látka, nejčastěji se jednalo o alkohol, léky nebo kombinaci alkoholu a léků, nejčastěji léků proti úzkosti. V této kapitole se autorka bude snažit přiblížit spouštějící mechanismy, které nejčastěji těchto deset žen vedlo k tomu, že tyto zmíněné návykové látky začaly užívat.

1. **Samota**

Největším deficitem satelitních městeček je, že i když zajišťují svým obyvatelům všechen dostupný luxus s krásnými domy a zahradami, tak ale nedopřávají vývoji sociálních vazeb mezi obyvateli. V zázemí satelitních městeček chybí kulturní vyžití, které ale typické vesnice nabízejí, příkladem kulturní domy (Somolová, 2009). Noví obyvatelé satelitních městeček častokrát také nechtějí vytvářet sousedské vazby, i když tyto možnosti mají, jelikož již udržují dlouholetá přátelství či dle jejich pohledu patří do určité skupiny obyvatel a kontakty navazují pouze se stejně postavenými. Ženy s označením zelené vdovy častokrát zůstávají doma samy, či svůj čas tráví s dětmi, jelikož sociální vazby v satelitním městečku, kam se přestěhovaly, nemají potřebu navazovat a jejich přátelé jsou většinou přátelé z okolí jejich mužů. Toto se autorce potvrdilo i u jejích respondentek. Ze stran respondentek nebyla příliš velká iniciativa stýkat se s ostatními obyvateli satelitního městečka, účastnit se místních sešlostí a událostí, pokud tuto možnost obec, ve které žily nabízela, jelikož dle jejich slov by si s místními obyvateli stejně neměly co říct a lokální zábava nebyla dostatečnou.

Denisa: *„Ty lidi byli prostě lidi z vesnice, které nezajímá nic jinýho, než pivo a kdo co má nového, vždycky jsem viděla ty nevraživé pohledy, když jsem jela okolo nich, ale ani já se s nima nechtěla bavit, měla jsem v tu dobu svých povinností okolo baráku a dětí dost… no a pak mi to začalo všechno vadit, to hrozný buranství, neměla jsem kam si zajít, všude jsem musela jezdit autem, a to bylo pořád dokola.“*

Olga: *„Hodně jsme cestovali, pořád jsme někam jezdili a byly to opravdu skvělé časy, pak jsme se přestěhovali, všechny finance se investovaly do domu, muž měl hodně práce a já úplně nechtěla svůj čas trávit s dětma na místním koupališti, občas jsem zašla na dětské hřiště, ale to prostě nebyly kamarádky, které bych si brala domů.“*

Laura: *„Já nikdy nebyla na nějaký hasičský nebo myslivecký plesy a tady se nic moc jinýho dělat nedá, lidi si tady u nás vždycky maximálně jdou vožrat a podrbat, to můžu dělat sama doma, že?!“*

Jako další problém respondentky uváděly **„vystřízlivění“** z prvotního nadšení po přestěhování se z města do satelitního městečka. Nejdříve zařizovaly dům, staraly se o děti a dělalo jim to velkou radost, avšak po nějaké době se již neměly kde realizovat a začala na ně doléhat samota a prázdnota. Dříve byly zvyklé na život ve městech, který jim nabízel různá kulturní vyžití a různou osobní realizaci, vidina idylického života v krásném domě v prostředí malebné přírody je mnohokrát po určité době přešla.

Barbora: *„První dva roky byly skvělé, takové to, když se těšíte, co bude nové, jak zařídíte koupelnu, ložnici, obývák, ale pak co, to jsme s panem magistrem* (psycholog) *popsali jako nudu, já už neměla vůbec nic co dělat a všechno doma, jako uklízení a praní, však to znáte, mě už nebavilo. Já mám vysokou školu a tehdy v té době jsem začala být fakt protivná a podrážděná.“*

Podobné pocity prožívala i respondentka Martina: *„Ze začátku jsem byla vytížená a hrozně mě vše bavilo. Zabydleli jsme se v novém prostředí, které jsme si vysnili, bylo to tam nádherné a hlavně naše, žádný malý byt v Praze. Úplně si pamatuju, jak nastala zima, brzo byla tma a já byla doma sama s dcerou a synem, i když jsem tam byla s nima, tak jsem se vlastně cítila hrozně sama.“*

2. Narození dítěte

Příchod dítě znamená změnu v životě rodičů, stávají se za něj zodpovědnými a musí částečně upustit od svých potřeb a přizpůsobit se potřebám nového člena rodiny. Z ženy se stává matka s novými emocemi, city a nároky na ní kladenými toto vše potvrzuje Možného (1999) tvrzení, že rodičovství je význačný přechod v rodinném cyklu, kde je na ženu následně kladen velký kulturní tlak. Tyto výroky potvrzuje i respondentka Eva, která si po narození syna připadala, že jako matka naprosto selhává a že každá jiná žena je jako matka lepší než ona.

Eva: „*Manželova matka za mnou pořád chodila a pořád hýřila radama nad zlato. Že mám dělat tohle a pak zase támhlecto a jak to dělala vona a jak to dělám blbě. Bylo u nás pečená vařená, mně v tý době bylo něco málo přes dvacet a neuměla jsem si úplně prosadit svou a ona ze mě dělala totální husu, připadala jsem si, že jsem naprosto neschopná a jako matka nepoužitelná*.“

Dále Eva uvádí *„A manžel se mě v té době nikdy nezastal, byl pořád v práci a já mu říkala, jak je toho na mě moc a že mi není příjemný, že ona* (tchýně) *pořád komentuje každou věc*

co udělám a všechno je blbě.“ „Nikdy nepřišlo jedno jediný pochválení za něco, co jsem udělala, všechno bylo automaticky blbě.“

Respondentka Diana na toto téma uvádí, že po porodu měla velké problémy se svojí váhou, kdy nabrala dvacet pět kilo a nemohla je shodit. Nabytá váha jí ubírala na sebevědomí, s manželem se v tu dobu odcizili a izolace s malým dítětem jí stresovala.

Diana: „*Heleďte, bylo to strašný, nikdy jsem nebyla úplně vyzáblá, ale štíhlá a měla jsem hezký tvary a teď tohle, vůbec jsem to nemohla dát dolu, byla jsem jak vorvaň s mlíkárnama* (smích). *S Petrem jsme spolu prakticky tenkrát vůbec nespali, ze začátku to nešlo* (po porodu) *a pak mi i přišlo, že ani nechce a mě to sebevědomí šlo dolu, byla jsem úplně jak hromádka neštěstí a nikomu jsem se s tím nemohla svěřit.“*

„Tlustá a sama“

„On mě poznal jako krásnou štíhlou dívku“

„Taky mi to občas dával pěkně sežrat, že jsem ztloustla.“

Role matky přináší nové požadavky a nové nároky. Pro ženy péče o děti, pokud na tuto roli nejsou dostatečně připravené, může být velmi náročná. U žen se mohou dostavovat pocity zlosti, nervozity, chronické únavy nebo třeba poruchy soustředění (Luskačová, 2016).

Laura: *„Snad nikdy jsem tak unavená nebyla, malá pořád plakala a já vůbec nevěděla co s ní. Někdy jsem spala třeba jen 3 hodiny denně, odstěhovala jsem se od manžela z ložnice, aby se aspoň trochu mohl vyspat, protože ten to ze začátku bral snad ještě hůř než já.“*

Laura dále uvádí *„Byla jsem hrozně protivná, na malou pak i sprostá, což si nikdy neodpustim a prostě permanentně ve špatný náladě.“*

3. Nevěra

Jak již bylo autorkou nastíněno v teoretické části, tak zelené vdovy jsou ohroženy nevěrou. Jedná se spíše o nevěru, že ony častěji podvádějí než, že by jejich pracovně a časově vytížený manžel podváděl je. Dle sexuologa Petra Weisse (2010) se jedná o neuspokojivý způsob života v dnešní době. Žena se často cítí sama a hledá útěchu u někoho dalšího, jelikož její manžel ji nevěnuje tolik pozornosti, kolik by si představovala. U jedné z mých respondentek tomu ovšem bylo naopak, její manžel si našel milenku a kvůli ní i opustil rodinu, ke které se však po pár letech opět vrátil, opět spolu měli svatbu a narodil se jim další potomek.

Petra: *„Dlouhou dobu jsem něco tušila, Zbyněk nikdy nebyl svatoušek, ale tohle bylo jiné, ze dne na den si sbalil věci a nás s dětma opustil. Nějakou dobu nám ani neposílal peníze, na všechno jsem zůstala sama…pak po třech letech zjistil, že ona mu ani neuvaří a že je k ničemu, tak se k nám zase vrátil.“*

Petra dále v návaznosti na toto téma dodala *„Bylo to hrozné, byli jsme spolu od dvaceti, měli dvě děti, které to také těžce nesly a já zůstala na všechno úplně sama a bez finančních prostředků, protože jsem prostě nikdy nepracovala.“*

4. Odchod dětí od rodiny

Odborná literatura uvádí dva odlišné názory na osamostatnění dětí a odchodu od jejich primární rodiny. První říká, že žena matka se po odchodu dětí může cítit velmi osamocená a již ne tolik potřebná jako tomu bylo dříve, s tím může souviset i fakt, že děti manželský pár spojovaly, manželé věděli, proč spolu jsou a mnohdy to bylo pouze za účelem udržení manželství kvůli dětem.

Druhý pohled říká, že naopak po odchodu dětí manželský pár má prostor na vlastní aktivity, které mohli do této doby omezovat kvůli dětem a manželé se sbližují. Tráví spolu více času, mají více soukromí a provozují věci, které do této doby byly okrajovými. Samy ženy mají prostor pro návrat do práce a věnování se samy sobě.

V rozhovorech s respondentkami se autorka dvakrát setkala s první ze zmíněných variant. Respondentka Hana se po odchodu dětí na studia do zahraničí cítila nepotřebná, sama a nevěděla co se svým volným časem, protože do této doby ho vždy věnovala dětem. Její manžel byl pracovně vytížený a neměl na ni a na jejich společný život čas.

Hana: *„No, plán byl, že děti pošleme na dobré školy do zahraničí, mladší tam šel na střední a dcera na vysokou. Nejhorší bylo, že odešli oba dva ve stejný čas a já zůstala úplně sama. Dům byl prázdný a já vlastně po celé té době, kterou jsem věnovala čistě jen rodině a rodinnému zázemí, tak neměla ani jednu kamarádku, nikoho, s kým si popovídat, s kým někam zajít.“*

„Manžel byl pořád v práci, v tu dobu kupovali nějaké nové nemovitosti a já ho viděla vždycky jen večer, když přijel úplně unavenej a ráno, když mi odjel.“

Druhá respondentka uvádí obdobný případ toho, že její jediný syn odešel bydlet k přítelkyni a ona se těžce vyrovnávala s tím, že je v rodině nová žena, se kterou její syn odešel žít a opustil svojí primární rodinu.

Pavla: „*Vždycky jsem si říkala, že nechci být ta šílená tchýně* (smích) *a myslím si, že ani nejsem, no ale pak si Adam našel holku, která byla o pár let starší, teda už naštěstí spolu nejsou, nehodila se k němu a odešel za ní bydlet. "*

„Ještě šli bydlet úplně do jiného města, celkem daleko od nás a my chtěli, aby pracoval u manžela ve firmě a on se nám úplně zbláznil a chvíli se s námi i nebavil, tuhle dobu jsem snášela úplně nejhůř a vůbec nechápu, jak se to mohlo stát."

„Zkoušela jsem té jeho tehdejší přítelkyni domluvit, ale ona mi vždycky sekla s telefonem a pak jsme se s Adamem nějakou dobu nebavili, než se vrátil a pochopil, že to asi nebyla úplně nejlepší volba, teď má lepší přítelkyni."

6.2 Udržovací fáze

V udržovací fázi došlo k zanesení výpovědí respondentek ohledně návykových látek, které v určitém svém prožitém životním období užívaly. Na počátku užívání jim v jistých situacích pomáhaly, pomáhaly jim se odreagovat, na chvilku zapomenout na strasti, které je tížily, cítily se lépe či jim dodaly větší pocit sebevědomí. Tyto situace byly již popsány v kapitole Spouštěče. Po určité době jim však tyto návykové látky začaly zasahovat do života a začaly jim více brát, než do této doby dávaly.

Návykové látky, které respondentky tohoto výzkumu užívaly nejčastěji, byly především alkohol, léky proti napětí a úzkosti nebo kombinace obojího. Účastnice výzkumu Denisa uvedla, že občasně užívala kokain, ale nikdy jí problematicky nezasahoval do života, proto patřila spíše k příležitostným rekreačním uživatelům, a to v dobách ještě před přestěhováním do satelitního městečka. Autorce však přišlo důležité její výpověď do výzkumu zahrnout.

Denisa: *„No, to jsme si dávali ještě předtím, než jsme s manželem začali bydlet, prostě byla někdy nějaká party a k tomu to patřilo nebo jsme přišli ke kamarádům na byt a oni to doma měli, ale jinak, že bych si to dala někdy sama, tak to vůbec.“*

„Bylo to spíš pro zábavu, dával si to každý a taky to bylo módní jeden čas, bylo vidět, že prostě na to máte.“

Alkohol

„*Nikdo není předurčen k tomu, aby se stal závislým na alkoholu, ale nikdo také nemá předem jistotu, že se jím nestane*“ (Skála 1988, s. 39).

V prvé řadě je důležité zmínit, že všechny respondentky tohoto výzkumu spojoval fakt, že pokud pily alkohol, tak se snažily co nejlépe před svým okolím své pití skrýt. Shodně udávaly, že se styděly za to, že pijí a jejich partneři i dlouhé roky nic netušily. Respondentka Hana uvádí *„Já se tak styděla, celou dobu jsem věděla, že se to nikdo nesmí dozvědět, ať se děje, co se děje, protože bych selhala na celé čáře a poškodila bych celou rodinu.“*

Pavla uvedla *„Sedm a půl roku jsem to takhle měla a nikdo nic nevěděl a ani netušil, byla jsem dobrá, fungovala jsem úplně normálně, přesně jsem věděla, co mám dělat, abych byla v pohodě.“*

Tento jev popisuje i odborná literatura, která uvádí, že ženy daleko častěji, než muži své problémové pití před okolím tají (Nešpor, 2011). Cítí se daleko více stigmatizované, okolí na ně klade větší tlak než na muže, jelikož ony jako ženy a dobré matky mají chránit

rodinný krb a zařídit se o správné fungování rodiny a pokud se chovají neuvážlivě, tak je jim to daleko méně tolerováno než mužům.

Dle autorčina názoru je velmi zajímavou podkategorií této udržovací fáze podkategorie s názvem **originalita**. Tento název proto, protože dle autorky skrýše a úkryty do kterých respondentky schovávaly lahve od alkoholu byly originální. Respondentka Martina udává, že v počátečních stádiích byla velmi vynalézavá ohledně doupat pro svůj alkohol, především se bála, aby ho nenašly její děti. U manžela ze začátku měla podobné obavy, ale když zjistila, že celou domácnost nechává na ni, tak objevení z jeho strany se neobávala.

Martina: *„Tak o úkrytech za pračkou jste určitě slyšela, to pro vás nemůže být žádná novinka, to říkaly všechny mé kolegyně z léčebny (smích), já si flašku dávala třeba do dětských lyžáků… v zahrádkářské kůlničce jsem jich měla několik, protože vim, že jedinej kdo balí dětem na hory jsem já a kdo pleje zahradu jsem taky jen já (smích).“*

Další dle autorčina názoru originální formu skrýše alkoholu popisuje respondentka Eva: *„Mám celkem velkej šatník a vždycky jsem měla, už v tý době, co jsem pila, tak jsem si prostě malé lahvičky schovávala do kabelek, nejhorší bylo, že když jsem se vrátila z léčení, tak jsem ještě jednu ve svý Diorce našla* (smích)*.“ „Teď mi to celé přijde hrozně úsměvné a vlastně už ani ne smutné, tohle stádium jsem si už odbyla.“*

Respondentka Diana na toto téma uvedla: *„Lahve byly všude, sama jsem se potom všem divila, kam jsem je všude dávala a ukrývala, byly schovaný v knihovně, v koupelně v úložnym prostoru v postelích* (povzdychne si)*, manžel snad jednou říkal, že našel nějakou i v dětskym pokojíku, ale to si tak matně vybavuju a vlastně nad tim ani nechci moc přemýšlet, je mi ze mě na zvracení.“*

Výpovědi respondentek se částečně shodují s odbornou literaturou, která již byla výše zmíněna a která uvádí, že ženy s problémy s alkoholem se především v primárních stádiích snaží své pití co nejvíce utajit a pokud pijí doma, tak si lahve od alkoholu v prvé řadě schovávají do prostoru, který je výhradně jejich teritoriem a kam jejich rodina, partneři, děti nezasahují (Nešpor, 2011). Tvrzení, že se ženy snaží alkohol skrývat do prostoru, který je výhradně jejich a kde je menší pravděpodobnost, že by zde lahve našli jejich blízcí se neshodoval s výpovědí respondentky Diany ani Martiny, které lahve ukrývaly i do dětských pokojů či do věcí, které užívaly jejich děti. Respondentky zpětně připouštějí, že zde byla možnost, že by lahve od alkoholu mohly najít jak jejich děti, tak i manželé. V postupných stádiích již nekladly, tak velký důraz na účelnost úkrytu jejich lahví.

Martina: *„Teď když Vám to říkám, tak se u toho směju, ale věřte mi, do smíchu mi rozhodně není, je fakt smutný, že už mi pak bylo jedno, kde to mám a že to mám někde u dětí, který to klidně mohly najít.“*

Druhou z autorčina pohledu zajímavou podkategorií pojící se k alkoholu, je podkategorie **přetrhané sociální vazby**. Udivující může být, kolik z respondentek uvedlo, jak rychle přišly o svoje dosavadní sociální kontakty, které měly předtím, než se přestěhovaly do satelitního městečka. Sedm z deseti respondentek před přestěhováním byly zaměstnané a chodily do práce, po přestěhování zaměstnání opustily, čímž také přišly o určitou osobní seberealizaci a také o prostředí lidí se kterými byli denně v kontaktu a něco je spojovalo. Své osamocení začaly řešit právě alkoholem. Alkohol bylo něco, co je v určité situaci odstřihlo od reality a především, bylo to to něco, co s nimi v dané situaci bylo. Toto tvrzení dokládá výpověď respondentky Laury, pro kterou byl v určité životní situaci alkohol kamarád, který jak sama uvádí, tak ve chvilkách samoty pro ni zde vždy byl a nikdy jí neřekl, teď nemůžu nebo, že si zavolají později, jako tomu bylo u jejích přítelkyň, se kterými se pravidelně stýkala před jejím přestěhováním do satelitního městečka.

Laura: „*Hodně se toho změnilo, v Praze jsme každou středu chodily na tenis a pak posedět na víno, jenže já pak měla malou a hodně zařizování okolo domu a holky mě přestaly zvát na ty naše posezení…. Oni říkaly, že když jsem jim to po patnáctý odvolala, tak, že to stejný udělám i po šestnáctý, jenže jak jsem byla pořád zavřená doma s malou, tak já potřebovala pryč, potřebovala jsem se někomu vypovídat*.“

Na tuto výpověď nasedá i fakt, že respondentky mnohokrát zmiňovaly, že pro ně bylo obtížné najít někoho na hlídání svých dětí. Nejčastější důvody zmiňovaly 1. pro rodinné příslušníky bylo často satelitní městečko daleko, kam by museli dojet a přespat 2. v satelitním městečku nikoho, koho by o hlídání mohly poprosit neznaly a nikoho na brigádní pozici jako hlídače dětí ze satelitního městečka zaměstnat nechtěly, jelikož se častokrát obávaly vniknutí do jejich soukromí a následnému šíření informací o jejich rodinné situaci a zázemí 3. pokud si najmuly agenturu na hlídání dětí, tak taktéž udávaly obavy z představ, jaký člověk jim dítě hlídá a mnoho agentur dle jejich výpovědí neposkytovaly služby mimo velká města.

Další formu užívání alkoholu, která je sama o sobě popsaná v odborné literatuře a v tomto výzkumu a v rozhovoru s autorkou ji sama respondentka Eva tak nazvala, můžeme označit jako formu sebemedikace. Eva nazývá užívání alkoholu jako svojí sebemedikaci před pocity osamocení, nudy a také zvládnutí pro ni těžkých situací, když za nimi pravidelně jezdila matka jejího partnera *„Taky když přijela Ilona* (tchýně)*, tak to jsem se musela napít předem a taky hned potom co ojdela.“*

O pocitech napětí uvádí následující: *„Já jsem se tím vždycky tak krásně uvolnila, když jsem se cítila sama, tak mě to tak povzbudilo, že jsem si třeba začala povídat pro sebe a už jsem se cítila, že někoho vedle sebe mám.“*

Léky:

V dnešní době se čím dál tím větším fenoménem stává domácí samoléčba a zneužívání léků. Pokud nás trápí bolest hlavy, zad, kloubů či jiné nepříjemné tělesné projevy, tak nejjednodušší je sáhnout po léku, který máme v domácí lékárničce či zavolat našemu obvodnímu lékaři a po telefonu se domluvit na zaslání eReceptu. Tento stejný princip funguje i v případech změn nálad, zvýšeného pocitu napětí a stresu, či smutku nebo strachu. Tabletka navodí pocit uvolnění, sníží úzkost a tenzi, pomůže překonat smutek. Skutečností však je, že lék brání v řešení primární podstaty problému a pouze jen odkládá jeho řešení. Plíživým tempem pak může vzniknout závislost (Plocová, 2019).

Paní Denisa začala užívat Neurol (alprazolam) na snížení napětí a úzkosti na mateřské dovolené, když se její prozatímní život z jejího pohledu velmi změnil. „*Byla jsem zvyklá chodit do práce, celý den být s někým v kontaktu a teď jsem zůstala sama s malou doma, ještě v tom období byla zima, hrozně rychle tma a manžel se vracel pozdě domů z práce*“ uvádí a k tomu dodává „*Malá ještě v tu dobu hrozně plakala a byla často nemocná, vůbec jsem si s ní nevěděla rady a neměla jsem nikoho okolo, protože moje rodina bydlí na Moravě a máma za mnou taky nemohla pořád jezdit.“* Sám manžel jí v tu dobu doporučil známého lékaře, který paní Denise začal na její úzkostné pocity předepisovat Neurol. Lékař jí lék předepsal bez jakéhokoliv prvotního vyšetření a edukace, že pokud je lék špatně dávkován a užívá se dlouhodobě, tak na něm může vzniknout závislost. Paní Denisa si vždy pouze telefonicky zavolala a požádala o další předepsání. Postupem času si na něm vytvořila silnou závislost, kterou prokládala alkoholem.

U již zmíněné respondentky Denisy a dále u respondentky Olgy se objevila kombinace Neurolu a alkoholu což s odkazem na odbornou literaturu a autorkou (této diplomové práce) prozkoumané internetové diskuze není ničím neobvyklým. Každopádně se jedná o dvě látky, které tlumí centrální nervový systém. V kombinaci se jejich účinky zvyšují a může dojít až k zástavě dechové nebo srdeční činnosti, která může vést až ke smrti. Jiné formy poranění následkem kombinovaného užívání těchto dvou látek mohou být příkladem zlomeniny, rány do hlavy, a to především z důsledku častějších pádů (Nešpor, 2011).

Respondentka Denisa dále o Neurolu a alkoholu uvádí *„Já věděla, že se na to nemá pít, ale nějak mi přišlo, že to na mě už nefunguje, a pak jsem se na internetu dočetla, že alkohol znásobuje účinnost těchto léků.“*

Olga ohledně léků a alkoholu zmínila: *„Já to s tím měla tak nějak propojené, všichni zdůrazňovali, že alkohol jako ne, já to nějak dodržovala, skoro vždycky, jen ke konci se to sešlo trošku jinak a pak mě odvážela ta sanitka.“*

Další z respondentek Laura v rozhovoru na téma léky ohledně Lexaurinu uvedla následující *„Poradila mi to kamarádka, když jsem byla u ní doma a svěřila se se svýma problémama, tak mi hned dala platíčko, že jí to předepisuje známej no a pak už to šlo, ze začátku jsem si to nechávala předepisovat občas a přes ní, ale pak jsem si jich dala třeba devět denně. “*

Dále Laura dodává *„Potřebovala jsem to, bez toho jsem pak už skoro nemohla nic, už jen ten pocit, že to mám v kabelce mě uklidňoval.“*

„Já si jich brala celkem dost denně, sám doktor pak byl překvapenej kolik, jenže fakt celou tu dobu na mě nikdo nic nepoznal.“

6.3 Nedotknutelné oblasti

Další kategorii, kterou se autorka této práce snažila popsat byla kategorie s názvem nedotknutelné oblasti. Autorka se pokoušela v rozhovorech s respondentkami objevit místa do kterých jim návykové látky nezasahovaly. Prvotní autorčina domněnka byla taková, že jednou z nedotknutých oblastí pro respondentky budou jejich děti, že pokud se bude jednat o situace ohledně jejich potomků, tak jim do této sféry alkohol, popřípadě léky příliš zasahovat nebudou. Opak byl pravdou, a právě děti se často stávaly obětmi užívání návykových látek. Respondentka Olga uvádí, jak po konzumaci vodky v nákupním centru zapomněla v jednom z obchodů svého syn *„Nic si moc nepamatuji, mám to tak mlhavý, ale vím, že jsem seděla na takových těch sedačkách, jak jsou uprostřed Chodova a pak akorát jak ke mně přišla paní prodavačka s plačícím synem, že jsem ho tam nechala.“* Dále Olga uvádí, že tento scénář se jí v životě opakoval několikrát, svého syna pravidelně někde zapomínala, či ho zapomínala vyzvedávat ze školky.

Respondentka Laura uvádí, že vůbec netuší, co se uvnitř ní tenkrát odehrávalo. Na svoji malou dceru byla naštvaná a dávala ji za vinu, že je kvůli ní nešťastná. Nutno dodat, že tyto doby začaly, když její dcera byla miminko a pokračovaly do batolecího období.

Laura: *„Byla jsem tak hnusná, na jednu stranu jsem nesnášela, jak pořád plakala a na druhou jsem hrozně moc chtěla být dobrá máma a strašně ji milovala a teda miluju pořád. Vždycky jsem se snažila, aby měla všechno, byla přebalená, najezená, měla čisté oblečky, ale ona pořád plakala a já to vůbec nedávala, nezvládala jsem vůbec tu situaci a pak jsem se napila a začala jí nadávat nebo jí schválně dala do vedlejšího pokoje, aby se tam vybrečela, hrozný, vůbec nevím, jak tohle jednou můžu napravit.“*

Verbální nadávky zmiňuje i respondentka Barbora, ta ovšem verbálně napadala převážně tehdejšího manžela.

Barbora: *„Byl první na ráně, třeba se vrátil pozdě večer ze schůzky a já si už v hlavě utvářela scénáře, jak mě někde podvádí. Teď vím, že to nebyla pravda, ale stejně to dopadlo, jak to dopadlo a ke konci s jednou utekl.“*

V této kategorii bylo velmi složité alespoň u tří respondentek naleznout oblast do které by jim alkohol či léky reálně nevstupovaly. Cílem bylo v rozhovorech nalézt sféru, která by byla separovaná, stála by stranou od jejich závislostního problému a mohla pomoci při léčbě a návratu do jejich původního života. Když si autorka této práce vytvářela předpoklady výsledků, tak předpokládala, že některé z těchto míst se zde objeví, ale nestalo se tomu tak.

Dále však došlo ke shodě s odbornou literaturou, která uvádí, že prvotním

znamením může u ženy být změna vzhledu. Může docházet k většímu zanedbání a menší péči o svůj zevnějšek, než tomu bylo do teď (Csémy & Dvořák, 2008). Všech deset respondentek více méně shodně udávalo, že péče o jejich vzhled se po užívání návykových látek zmenšila a že došlo k určitému opomíjení této oblasti, i když předtím si na své vizuální prezentaci dávaly velmi záležet.

Martina: *„Když žijete ve městě, tak vás ta společnost nějak donutí být pěkně oblékla a udržovaná, v Praze jsem vždycky vymýšlela, co si vezmu na sebe, do práce jsem si oblečení kombinovala den předem, ale pak na vesnici, to jsou legíny a tričko a pomalu zapomenete na co se používá tvářenka (smích).“ „Začala jsem vypadat hrozně, pytle pod očima, často nemyté vlasy jen v drdolu, změní vás to, jak to pití, tak i ten životní styl k tomu přidruženej*.“

Laura: *„Miluju sport, miluju aktivní život a taky jsem podle toho vždycky vypadala, jen když pijete, tak párkrát dobrý, ráno vstanete a v pohodě, jdete něco aktivně dělat, ale když máte dítě, kocovinu, tak se vám úplně nechce se líčit, nosit podpatky nebo si jít zaběhat deset kiláků.“ „Taky jsem pak podle toho začala vypadat, oteklá po alkoholu, nevyspalá, jak malá pořád plakala a na nějaký sebeudržování jsem neměla v tu dobu ani pomyšlení.“*

Autorčin dojem z respondentek byl však takový, že všech deset respondentek bylo výborně udržovaných a žádná forma projité závislosti na nich nebyla znát, o to víc, že ne všechny respondentky v době výzkumu plně abstinovaly a některé stále docházely do léčby.

6.4 Ohlédnutí za minulostí

Dle diplomové práce Luskačové (2016), která nese název „Život se závislostí,
Ze života žen závislých na alkoholu“ uskutečněného kvalitativní metodou hloubkových rozhovorů rovněž jako byl proveden tento výzkum, autorka došla k závěru, že ženy s problémy s alkoholem často hledají odpověď na svoji závislost v minulosti a uvádí, že více než o hledání odpovědi se jedná o přenesení viny na určité osoby z té doby. Respondentky výzkumu Luskačové se shodovaly v otaznících minulosti ohledně jejich dětského období a také v jejich výpovědích zaznívalo, že rodina neplnila svůj účel. S tímto závěrem se částečně shoduje i výzkum této diplomové práce. Pět respondentek pocházelo z jejich pohledu z **dysfunkčního prostředí**, které samy charakterizovaly jako častou přítomnost nevěry, zvýšené užívání alkoholu na straně otce, negativní atmosféru, odcizenost či chudobu, popřípadě kombinace více těchto faktorů. Nevšímal (2007) uvádí, že dysfunkční rodina vytváří prostor pro patologické chování dětí. Do rodinných faktorů, které mohou vést k závislostnímu chování zařazuje nadužívání návykových látek, kvalitu rodinných vztahů, popřípadě absenci jednoho z rodičů.
Respondentka Hana uvádí, že se sice její rodiče rozvedli až v jejích devatenácti letech, ale do té doby doma probíhaly časté hádky, jelikož otec udržoval milenecké vztahy.

Hana: *„Matka na něj hystericky křičela jen, když přišel o trochu později z práce, on měl vždycky plno bab, byl to hezký chlap, ale taky jsme si s nim nikdy nestrádali“*

„Byla neuvěřitelně žárlivá, byli jsme někde na dovolené a on se jen podíval k vedlejšímu stolu a hned byl celý večer zkažený.“

Respondentka Eva hovořila o podmínkách a atmosféře ve kterých vyrůstala *„Pocházím ze Severní Moravy a naše rodina na tom nikdy nebyla dobře, na horách jsem poprvé byla až s manželem a myslím si, že tahle naše situace nás hodně ovlivnila, na všem jsme šetřili a nikde jsme vlastně nikdy ani pořádně jako rodina nebyli.“*

Avšak samotné závislostní chování u některých členů rodiny popisuje pouze jedna z respondentek, a to respondentka Olga.

Olga: *„U nás to nebylo nic neobvyklého pít, dědeček pálil slivovicu a táta pil vlastně pořád, už od mala si ho tak nějak jako pamatuju.“*

„No, ale pak se mu stal úraz a musel přestat pracovat a zůstal doma, a to se to teprve zhoršilo, už od poledne seděl v hospodě a chlastal, pro to není asi lepší slovo, no a my jsme s bráchou třeba šli ze školy a on tam vždycky seděl, pamatuju si, jak z toho máma byla hrozně smutná.“ „A taky si pamatuju, jak jsme ho několikrát museli tahat doma, byl

uplně namol, počůranej, páchnoucí po alkoholu, na tyhlecty momenty vlastně nikdy nezapomenu, no a pak to stejné dělám i já své rodině.“
Kalina (2001, s. 95) uvádí, že „*velké množství rodin s jedincem užívajícím návykové látky vykazuje patologické charakteristiky ostatních členů i jejich vzájemných vztahů*.“ Z tohoto tvrzení vyplývá, že narušené rodinné prostředí může vést k rozvoji závislosti u dítěte. V návaznosti na Kalinu respondentky často zmiňovaly, že i když samy mnohdy hledají důvod své závislosti ve své minulosti a svém dětství, tak jakým příkladem budou ony pro své děti, když jim právě toto dysfunkční prostředí nabídly. Tuto otázku si kladla většina respondentek a značně si vyčítaly momenty, kdy pro své děti nebyly dobrým vzorem. Zaznívaly obavy, aby jednou jejich děti samy neužívaly návykové látky. Pro ilustraci autorka přikládá výpověď respondentky Diany a Martiny.

Diana: *„Já si prostě nikdy neodpustím to, co jsem dělal, jak jsem dopadlo, jak jsem vzala dětem mámu, když jsem někde zlískaná* (respondentka tím myslí opilá) *ležela.“ „Oni si to nezasloužily, měly mít pěkné dětství a já tam měla být s nima, ale prostě nebyla, a to nevrátím zpátky a jestli někdy oni budou mít stejný problémy jako já, tak to si neodpustím, protože za to budu moct já a já jsem ten, kdo je do toho přivedl.“*

Martina: *„Jednou snad na tom nebudou jak já, snad jsem je ničím tak nezdeformovala, aby se tenhle vzorec u nich objevil taky, hodně si to kladu za vinu, teď sice vím, že s ničím už nic neudělám, že kostky jsou vrženy, ale stejně to je moje velký téma. “*

Naproti těmto tvrzením respondentka Pavla jako jediná z žen zdůrazňuje a popírá, že by její závislost mohla mít určitý negativní vliv na jejího syna.

Pavla: *„Já byla vždycky dobrá máma a za tím si stojím, Adam měl vždycky výborný zázemí a já ho tím nijak neovlivnila nebo nepoškodila, nikdy na mě nic nepoznal a když u nás bydlel, tak jsem skoro nepila.“*

V kategorii ohlédnutí za minulostí nesmí být opomenuta subkategorie **přestěhování do satelitního městečka**. Dvě respondentky uvádějí, že pro ně bylo setkání s realitou šokem, avšak ne i hned po přestěhování, ale po „vystřízlivění“ z prvotního nadšení. Respondentka Martina uvedla, že se nejednalo o pouhé přestěhování mimo město, ale taktéž nástup na mateřskou dovolenou a péči o děti. Po narození prvního dítěte ještě žili v Praze, avšak po narození druhého se s manželem přestěhovali do nového domu a Martina udává, jak to pro ni bylo náročné.

„V Praze to bylo prostě jednodušší, máte všechno blízko, vezmete kočárek a jedete se projet, kouknete do obchodů, pak zavoláte kamarádce a jedete si někam sednout, kdežto

tady musíte všude dojíždět a ta organizace času je prostě náročná… ale jako já se strašně těšila na nový baráček, jen jsem pak s nima (dětma) *byla doma sama a neměla jsem se, jak odreagovat a nejhorší byla ta zima.“*

Dále hovoří o nenaplněných sociálních vazbách v novém místě bydliště, kde ani sama kontakty s místními obyvateli navazovat nechtěla.

Martina: *„Do města to máte dýl a pak se vám nechce jen tak na hodinu někam jet, protože to máte dvacet minut tam a dvacet minut zpátky a tam u nás se nic dělat moc nedá, s těma lidma si já nemám co říct a je teda pro mě ve finále lepší zůstat radši doma a jet třeba na celou sobotu pryč jednou za týden.“*

Pocity izolovanosti a nulové sociální vazby v místě nového bydliště popsaly další tři respondentky, mezi nimi respondentky Denisa a Barbora, které shodně uvedly, že nyní by uvažovaly o lepší lokalitě na přestěhování z města, kde dříve bydlely.

Denisa: *„Je to prostě malý, kde můžete maximálně do hospody na pivo a všechno je daleko. Není tady třeba ani obchod, teda asi bych tam stejně nenakupovala, já si objednám Rohlík, ale jde o to, že někdy něco nutně potřebujete a musíte jet deset kilometrů, abyste to nakoupila. Máme to tady krásný, ale vím, že jsou teď lokality, kde by to bydlení bylo daleko snadnější.“*

Barbora: *„Dneska už bych lépe zvážila možnost dostupnosti nějakou příměstskou dopravou, tady nám jezdí autobus párkrát za den a všude musíme autem. Hlavně já nastoupila na částečný úvazek, protože jsem se chtěla vrátit do práce a je docela těžký to všechno skloubit s dětma, když mají ještě nějaké koníčky a já je všude musím vozit.“*

6.5 Poslední moment

Konečnou kategorií je kategorie s názvem Poslední moment. Autorka ji takto nazvala z důvodu, že zde popisuje poslední významné momenty a procesy v životě respondentek, které často vedly k tomu, že se odešly léčit a jak se odešly léčit. Záměrně tuto kategorii nenazývá pomocí, jaký byl její původní záměr, jelikož mnohokrát je jednalo o ultimátum ze strany manžela či o situaci, kdy respondentka skončila v nemocnici a řešení její závislosti bylo akutní.

Respondentka Martina v návaznosti na toto téma v rozhovoru uvedla, že když se její manžel dozvěděl, že pije a objevil lahve poschovávané po domě, tak nejdřív myslel, že se jedná o špatný vtip a, že si z něho dělá srandu, i když dlouhou dobu něco tušil, jelikož Marina dost často spala a byla malátná. Poznal, o jaký vážný problém se jedná a začal Martině vyhrožovat rozvodem a tím, že se nebude moc stýkat se svými dětí *„Myslím si, že to udělal dobře, já seděla v obýváku a plakala, on mi s uplně klidným hlasem oznámil, že mi sežene nejlepší odborníky, ale pokud se nepůjdu léčit, tak ať nepředpokládám nějaké peníze a že s dětma budu mít zakázaný kontakt.“* Následně paní Martina odjela na kliniku do zahraničí. Situace, která je zde popisována, tak označil Skála (1988) jako reakci partnera, který charakteristicky ze začátku popírá problém a následně se snaží silou donutit svého druha ke změně.

Ne pouze v Martinině případě manžel vyhrožoval rozchodem, důležitou roli taktéž hrál fakt, že pro manžela bylo podstatné, jak z jeho profesního postavení, tak určitého sociálního, aby se nikdo z jeho okolí nedozvěděl, že jeho manželka je „alkoholička“ či má jiný závislostní problém. Toto uvedla respondentka Diana *„Hrozně na mě křičel, že jsem feťák a že skončim jako naprostá troska a že co on a jeho firma a že pokud se nedám do kupy tak končí.“ „Když pak hledal nějakou pomoc, tak mu hodně záleželo na tom, aby to nikdo nevěděl a ani teď to prakticky nikdo neví, čím vším jsem si prošla.“* Naopak další z respondentek Hana o svém manželovi sdělila *„Sedl si ke mně a začal se mě vyptávat, jako kdy to začalo, co se stalo a takhle jsme mluvili asi dvě hodiny, strašně se mě snažil pochopit a dával si to sám za vinu.“ „Pak mi sehnal kliniku a řekl, že to zůstane mezi náma a že to spolu zvládneme, ostatně jako všechno předtím.“* Autorka má však pocit, že fakt, aby se manželovo okolí nedozvědělo, že jeho žena pije bylo přítomno i u dalších respondentek, jen o něm nemluvily už z jakéhokoliv důvodu. Autorčina domněnka je však pouhou spekulací.

Respondentku Pavlu po úspěšně prodělané léčbě, kam na rodinnou terapii docházel i manžel a občas se zúčastnil i syn čekal dle jejích slov nový život. Sama uvádí, že tak jako si nyní užívají s manželem, tak si nikdy neužívali. *„Pořád někde cestujeme, jezdíme na golfy, manžel je v jednom klubu, tak s těma lidma jezdíme na turnaje a já žiju uplně nový život, jak se říká něco špatný je jednou pro něco dobrý.“*

Skála (1988) uvádí, že pokud člověk závislý na alkoholu nastoupí léčbu a tato léčba

je úspěšná, tak dochází k jeho opětovnému začlenění rodiny. Dále však zmiňuje, že toto období je velmi obtížné a je za potřebí velké míry přizpůsobivosti celé rodiny. Toto tvrzení potvrdila respondentka Eva, že návrat zpět do rodiny byl pro ni velmi obtížný, který po určitém čase neustála a opět začala pít. *„Cítila jsem se tam jak cizák, manžel byl chladný, skoro nic mě nenechával dělat a pořád mě kontroloval.“ „No a taky pořád za náma jezdila jeho máma, která samozřejmě všechno věděla a pořádně mi to dávala najevo, tak se stalo přesně to, co jsme řešili s mým psychologem, že tohle napětí zase začnu řešit alkoholem.“*

Dalším již výše zmiňovaným momentem byl moment, kdy respondentka Olga po pádu ze schodů skončila v nemocnici, kde ji následně zjistily další zdravotní komplikace a doporučili v dohledné době podstoupit operaci. V nemocnici se jí objevil odvykací stav na alkoholu a benzodiazepinech. *„Vůbec nevěděli, co tam semnou mají dělat, pořád se mě ptali, jestli něco takového užívám a já jim nechtěla říct pravdu.“*

„Bylo to strašný, strašně mi bušilo srdce, myslela jsem, že umřu.“

Po této zkušenosti podstoupila Olga léčbu, kterou nedokončila a zatím ji její stav neumožňuje podstoupit již zmíněnou operaci.

Důležité je v návaznosti na Olgu zmínit, že nebyla jedinou respondentkou, která popisovala určitou formu zranění způsobenou užíváním návykových látek. Hana uvedla *„No, já ráda jezdím na kole, vždycky jsem se ráda projížděla, takže jsem vždycky jela třeba patnáct kiláčků a tam si dala oběd a k tomu teda i něco k pití.“ „Jednou se mi stalo to, že jsem jela domů a asi bylo moc sluníčka a já neviděla před sebe pořádně a hrozně jsem nabourala a půlku těla jsem měla sedřenou… a ano, předtím jsem pila.“*

Diskuze a závěry

Tato diplomová práce si kladla za cíl zmapování vztahu mezi užíváním návykových látek a přestěhováním se do satelitního městečka u vybraných deseti žen. Dalšími úkoly výzkumu bylo najít společně opakující se téma a formy chování u daných respondentek, především zda se jejich zapojení do společenského/sociálního života po přestěhování do satelitu změnilo.

V závěru práce je důležité říci, že všechny respondentky již před přestěhováním do satelitního městečka konzumovaly alkohol, i když vždy v menší míře, a to spíše ve formě rekreačního užívání. Dle autorky a vyvozeného závěru výzkumu nelze hledat jasnou a přímou spojitost mezi přestěhováním do satelitního městečka a následnou závislostí. Dle jejího názoru přestěhování lze vnímat jako určitý mezičlánek či mezistupeň na který nasedaly reálné spouštěče závislosti, avšak ne jako spouštěč samotný. Respondentky shodně uváděly, že na počátku života v satelitu byly šťastné, že si zde svůj život užívaly, před přestěhováním se na změnu těšily a samy ji i často iniciovaly a partnerům navrhly.

Nejčastějšími spouštěči užívání návykových látek, které těchto deset žen uvádělo byla náročná poporodní péče o dítě a odchod na mateřskou dovolenou. Celkově velkou životní změnou mezi ženou, která žije v partnerském svazku bez dětí a následně ženou s dětmi. Často zaznívaly výroky o obecné náročnosti zvládání mateřské role a role matky jako takové. V této souvislosti ženy zmiňovaly určité nenaplněné předpoklady dokonalých matek, které z jejich pohledu udává společnost a mylné iluze o tom, jak si mateřství představovaly a jaké nakonec reálně vypadalo, především po porodu. Dále zaznívaly výpovědi o pocitech samoty, izolace, sníženého sociálního kontaktu se svým okolím, se kterým se dříve pravidelně stýkaly. K těmto pocitům často život v satelitu přispíval, avšak dle autorčiných závěrů nebyl primárním důvodem. Dále je důležité uvést, že žádná z respondentek sociální vazby v místě svého bydliště navazovat, popřípadě udržovat nechtěla, samy je odmítaly, i když možnosti určité společenské realizace zde měly nebo mají.

Právě podcílem, který si tato práce stanovila bylo zmapování zapojení do společenského/sociálního života po přestěhování do satelitu u těchto vybraných respondentek. Dvě z vybraných respondentek žijí v satelitním městečku již od začátku devadesátých let a žádnou změnu nepozorovaly, shodně udávaly, že přátele vždy měly spíše z okolí manželovi práce, oběma ženám v době výzkumu bylo přes padesát let a často se jejich výpovědi v mnohém shodovaly. Naproti tomu mladší z respondentek, které město vyměnily za příměstský venkov během minulých deseti let, uváděly, že po přestěhování do satelitního městečka jejich sociální vazby opadly a se svými přáteli byly čím dál tím méně v kontaktu. Z těchto získaných poznatků lze s odkazem na tento výzkum vyvodit, že u žen do čtyřiceti let a přestěhováním se do satelitu během minulých deseti let došlo ke snížení zapojení do společenského a sociálního života. U žen, které žijí v satelitu přes dvacet let a

jsou věkově starší tomu však tak nebylo, proto opět nemůžeme jednoznačně říci, zda po přestěhování do satelitního městečka dochází ke snížení zapojení do společenského/sociálního života.

Mezi dalšími často zmiňovanými spouštěči patřilo setkání s realitou, které nastalo po určitém období života v satelitu. Tento čas u respondentek, které jej zmiňovaly přišel s různou časovou frekvencí. Některá žena uvedla po roce a půl, další po pěti letech. Respondentky čím dál tím častěji začaly vnímat nevýhody života mimo město, především pak obtížnou dopravu, odkázání na automobil, nemožnost kulturního vyžití dle jejich představ, a i v této souvislosti často zmiňovaly pocity samoty, izolovanosti a nudy. Proto dle autorky spíše než vztah mezi samotným přestěhováním do satelitního městečka a následnou závislostí můžeme pozorovat korelaci mezi pocity nudy, osamění, popřípadě izolace a užíváním návykových látek. Toto tvrzení dle autorky nasedá i na druhou užívanou látku, a tou byly léky. Oproti alkoholu léky ženy začaly užívat až po přestěhování do satelitu. Žádná žena neuvedla, že je měla předepsané či je vyzkoušela ještě před přestěhováním. V případě léků respondentky primárně zmiňovaly, že jim pomáhaly při pocitech úzkosti, smutku a celkové psychické nepohody. Tyto pocity v nich byly nejčastěji způsobené určitou obecnou nespokojeností ze svého života. Stejně jako u alkoholu uváděly pocit selhání z jejich pohledu vyvolané ne dokonalou péčí o své děti a dále také zmiňovaly pocity méněcennosti po odchodu dětí od rodiny a jejich následného osamocení. Proto zde nelze hledat spojení čistě a pouze s přestěhováním z většího města na příměstský venkov a následnou závislostí u těchto žen, jelikož žádná z žen neuvedla, že její závislost nasedala pouze a jen na změnu prostředí.

Autorka práce byla překvapená, jak některé příběhy byly z jejího pohledu velmi typické pod představou, kterou si před provedením výzkumu představila pod sociologickým konstruktem „zelené vody“ a jak často se příběhy shodovaly s odbornou literaturou, kde toto téma bohužel zatím není obšírněji popsané. Proto vnímá svůj výzkum přínosným jak pro specialisty v oboru závislostí, tak pro sociology či psychology, jelikož odborné literatury a výzkumů uskutečněný na téma „zelené vdovy“ příliš není, ale jak vyplývá i z této práce, tak tato skupina zde je, i když poměrně dosti skrytá. Skrytost této skupiny bylo limitem pro výběr respondentek do tohoto výzkumu. Bylo velmi obtížné dosáhnout širokých vazeb mezi respondentkami. Autorka se snažila najít ženy, které splňují kritéria toho výzkumu i mimo okolí Prahy, a to se podařilo pouze i jedné respondentky, která pocházela od Brna. Dále bylo využíváno především metody snowballu, což autorka považuje za další limit reprezentativity tohoto výběrového vzorku. Dále sama autorka vnímá možnost zkreslení výpovědí respondentek ze strachu z následné stigmatizace či nepochopení ze strany manžela, jelikož respondentky často udávaly, že když se jejich partneři dozvěděli o jejich závislostních problémech, tak se co nejvíce snažili, aby se tyto informace nedozvěděli jejich známí či kolegové v práci a aby léčba jejich manželek/partnerek byla co nejvíce diskrétní a anonymní.

Seznam použité literatury

Borník, M. (2001). Drogy – co bychom o nich měli vědět. Praha: Themis.

Bartošková, J. (2013). Fenomén zneužívání léků - otázka hodnoty zdraví ve výchově dětí. Diplomová práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

Csémy, L. & Dvořák, V. (2008). Dostupné z: https://www.alkoholik.cz/zavislost/psychika_a_telo/psychicke_zmeny_u_alkoholika_osoby_zavisle_na_alkoholu.html

Doležalová, G., & Ouředníček, M. (2006). Životní styl obyvatelstva v suburbánní zóně Prahy. In M. Ouředníček, *Sociální geografie Pražského městského regionu* (2006 ed., p. 159). Praha: Univerzita Karlova v Praze, Přírodovědecká fakulta. Katedra sociální geografie a regionálního rozvoje.

Galčová, V., & Vacková, B. (2008). Rezidenční suburbanizace v postkomunistické České republice, její kořeny, tradice a současnost. Případová studie brněnských suburbií. *Ivris Papers, 2008*(2), 2.

Honzák, R. (2007). Workholik a jeho ženy. Dostupné z:

http://www.chytrazena.cz/rodina/manzelstvi/workoholik-a-jeho-zeny-1353.htm

Hartl, P., & Hartlová, H. (2015). Psychologický slovník. (3rd ed.). Praha: Portál.

Hnilička, P. (2005). Sídelní kaše: Otázky k suburbánní výstavbě rodinných domů. Brno: Era

Kalina, K. et al. (2015). Klinická adiktologie. Praha: Grada Publishing.

Kalina, K et al. (2003). Drogy a drogové závislosti 1. Praha: Úřad vlády ČR.

Kalina, K. (2001). Jak žít s psychózou. Praha: Portál.

Kaufmann, J. (2010). Chápající rozhovor. Praha: Sociologické nakladatelství Slon.

Kochová, K. (2007). Citová vazba k rodičům (attachment) v rané adolescenci a její souvislosti s osobnostními charakteristikami dětí. Diplomová práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

Kosařová, A. (2017). Analýza životních příběhů žen s problémy s alkoholem. Bakalářská práce. Praha. Karlova univerzita.

Koptíková, P. (2014). Rozdíly v konzumaci alkoholu u žen a mužů - studentů JU. Diplomová práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

Kubátová, J. (2010). Využívání hodnotících technik v ošetřovatelské péči v praxi. Diplomová práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

Luskačová, M. (2016). Život se závislostí, Ze života žen závislých na alkohol. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita.

Madison, D. S. (2005). Critical Ethnography. California: SAGE Publications

Macháček, L. (2015). Zelené vdovy. Praha: Pavel Mervart.

Matějková, E. (2009). Řešíme partnerské problémy. Havlíčkův Brod: Grada Publishing.

Mottlová, M. (2013). Kokain jako statusový symbol. Bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

Možný, I. (1999). Sociologie rodiny. Praha: Sociologické nakladatelství Slon.

Miovský, M. (2006). Kvantitativní přístup a metody psychologického výzkumu. Praha: Grada publishing, a.s.

Nešpor, K. (2004). Alkoholové okénko v širších souvislostech. Dostupné z: http://www.drnespor.eu/okenko3.doc

Nešpor, K. (2007). Návykové chování a závislost. Praha: Portál.

Nešpor, K. (2009). Zneužívání léků, závislost na lécích a možnosti prevence. Dostupné z: https://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiXuJ2u45PjAhVHDOwKHZU_CWYQFjAAegQIBRAC&url=http%3A%2F%2Fwww.drnespor.eu%2FLZ_LL3.doc&usg=AOvVaw2J_aA5HJU4xlbOL_NUdzEQ

Nešpor, K. (2010). Postupy používané při krátké intervenci. Dostupné z: http://www.drnespor.eu/KI3.doc

Nešpor, K. (2011). Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. Praha: Portál.

Nešpor, K. (2014). Prevence zneužívání léků a přístupy při zvládání lékové závislosti. Dostupnost z: http://www.drnespor.eu/PMvse3.doc

Nevšímal, P. (2007). Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Dostupné z: http://www.magdalena-ops.eu/cz/images/publikace/TK--esk-praxe-1.pdf

Novák, J. (2006). Časoprostorová mobilita obyvatel a strukturované prostředí metropolitní oblasti. Diplomová práce. Praha: Karlova univerzita.

Raboch, J., Pavlovský P., et al. (2012). Psychiatrie. Praha: Karolinum.

Reichel, J. (2009). Kapitoly metodologie sociálních výzkumů. Praha: Grada Publishing, a. s.

Říčan, P. (2014). Cesta životem: Vývojová psychologie. Praha: Portál.

Růžičková, E. (2005). Životní události jako rizikové faktory abúzu alkoholu u žen. Diplomová práce. Praha: Karlova univerzita.

Oakleyová, A. (2000). Pohlaví, gender a společnost. Praha: Portál.

Ouředníček, M. (2002). Suburbanizace v kontextu urbanizačního procesu. In L. Sýkora, *Suburbanizace a její sociální , ekonomické a ekologické důsledky* (2002nd ed., p. 159). Praha: Ústav pro ekopolotiku o.p.s.

Plocová, M. (2019). Závislost na návykových lécích může přijít plíživě a nenápadně. Dostupné z: https://monikaplocova.cz/zavislost-na-navykovych-lecich

Poláček, T. (2004). Dostupné z: https://www.idnes.cz/revue/spolecnost/jsem-milionar-ale-zblaznil-jsem-se.A_2004MM48A16A

Potočný, T. (2006). Lidé na okraji. Případová studie satelitního městečka. Dostupné z:

http://ivris.fss.muni.cz/papers/pdfs/ivriswp001_potocny_lide_na_okraji.pdf

Streatfeild, D. (2003). Kokain: dějiny. Praha: BB art.

Skála, J. (1988). …až na dno?!. Praha: Avicenum.

Somolová, K. (2009). Zelené vdovy jako fenomén současné společnosti. Diplomová práce. Praha: Karlova univerzita

Svaříček, R., & Šeďová, K. (2014). Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál.

Šejvl, J. (1998). Kokain. Praha: Národní protidrogová centrála.

Šmolka, P. (2003). Nevěra pro podváděné a podvádějící. Praha: Grada

Šmídová, O. (1992). Mladí lidé - některé charakteristiky socio-profesního postavení mladých lidí v posledních dvou desetiletích. Praha: Karolinum.

Štěpánek, B. (2011). Zneužívání drog a subkultury mládeže. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita.

Trávníčková, I. (2001). Specifické aspekty zneužívání drog u žen. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.

ÚZIS (2008). Dostupné z: https://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2008

Vokurka, M., Hugo J., et al. (2015). Velký lékařský slovník 10. aktualizované vydání. Dostupné z: http://eshop.maxdorf.cz/data/dl/VLS-10%2092495e9c.pdf

Weiss, P. (2010). Sexuologie. Praha: Grada.

World Health Organization (2008). Dostupné z: https://www.who.int/search?page=1&pagesize=10&query=addiction%20&sort=relevance&sortdir=desc&default=AND&f.Countries.size=100&f.Lang.filter=en&f.RegionalSites.filter=Global&f.RegionalSites.size=100&f.Topics.size=100&f.contenttype.size=100&f.doctype.size=101&facet.field=RegionalSites&facet.field=Topics&facet.field=doctype&facet.field=Countries&facet.field=contenttype&facet.field=Lang&tune=true&tune.0=3&tune.1=2&tune.2=2&tune.3=3&tune.4=180&tune.5=75

Příloha č. 6

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 2

Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis