UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Katedra veřejné a sociální politiky

Diplomová práce

2021 **Bc. Martina Holá**

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Katedra veřejné a sociální politiky

Česká alkoholová politika a dopad alkoholu na rodiny

Diplomová práce

Autorka práce: Bc. Martina Holá

Studijní program: Veřejná a sociální politika

Vedoucí práce: PhDr. Karolína Dobiášová, PhD.

Rok obhajoby: 2021

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 4. 5. 2021 Bc. Martina Holá

Bibliografický záznam

HOLÁ, Martina. *Česká alkoholová politika a dopad alkoholu na rodiny.* Praha, 2021. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, Katedra veřejné a sociální politiky. Vedoucí diplomové PhDr. Karolína Dobiášová, PhD.

Rozsah práce: 138 998 znaků

Abstrakt

Tato diplomová práce se zaměřuje na dopad alkoholu na rodiny, pokud je jeden z rodičů závislý dívala optikou teoretického konceptu AHTO. Pro naplnění výzkumného cíle jsem zvolila rešerši literatury a poté navázala kvalitativními rozhovory s experty z řad pracovníků sociálních a zdravotních služeb a OSPOD. Formy AHTO se podle dotázaných expertů v rodinách objevují následovně – vztahové problémy, psychická újma (nedůvěra, pocit bezmoci, nízká sebedůvěra, pocit viny, stud, odmítání či nepřiznávání si vážnosti situace), finanční potíže, domácí násilí. Poté v případě dětí psychická újma, poruchy pozornosti, parentifikace, zhoršené studijní výsledky, vztahové problémy, odmítnutí rodiče nebo alkoholu. Experti se nejčastěji setkávají se strategiemi řešení jako je kontrola, domlouvání či hra na city, vyhrožování, snaha pomoci, snaha řešit situaci za závislého, zlehčování situace, skrývání situace, odmítnutí člověka. Experti rodinným příslušníkům pro řešení situace doporučují jiné strategie jako je zaměření se na sebe, a co mohu já dělat, nedělat plané sliby, odmítnout alkohol, ale ne osobu, stanovení hranic a bariér, pochopení závislosti jako nemoci, nabídnutí pomoci závislému. Výzkum se dále zaměřoval na analýzu dostupné profesionální pomoci rodinám s členem závislým na alkoholu, tj. na zdravotní a sociální služby, které rodinní příslušníci mohou navštěvovat.

Abstract

This master thesis focuses on the impact of alcohol on families if one of the parents is addicted looking through the lens of the theoretical concept of AHTO. To fulfil the research goal I chose a literature review then followed up qualitative interviews with experts from the ranks of social and health services workers and OSPOD. According to the interviewed experts, forms of AHTO appear in families as follows - relationship problems, psychological damage (distrust, feeling helpless, low self-confidence, guilt, shame, rejection or not acknowledging the seriousness of the situation), financial difficulties, domestic violence. Then, in the case of children, mental harm, attention deficit disorders, parentification, worsened academic results, relationship problems, parental or alcohol rejection. Experts most often encounter solutions strategies such as control, negotiation or playing on emotions, threats, trying to help, trying to solve the situation of an addict, downplaying the situation, hiding the situation, rejecting a person. Experts recommend other evidence-based strategies for family members to deal with the situation and what I can do, not make false promises, reject alcohol but not a person, set boundaries and barriers, understanding addiction as a disease, offering help to an addict. The

research also focused on the analysis of available professional assistance to families with an alcohol dependent member, i.e. the health and social services that family members can attend.

Klíčová slova

alkoholová politika, dopad alkoholu, dopad alkoholu na rodiny

Keywords

alcohol policy, alcohol‘s impact, impact of alcohol, alcohol harm to others

Title

Czech alcohol policy and alcohol’s impact on families

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala všem svým respondentům, kteří si na mě v této náročné době našli čas a poskytli mi cenné informace. Dále bych chtěla poděkovat PhDr. Karolíně Dobiášové, PhD. za návrh tématu, odbornost a znalost tématu a cenné rady.

V neposlední řadě patří dík mé rodině za podporu nejen při psaní této práce, ale i během celého studia. Chci ale poděkovat i sama sobě, že jsem i ve chvílích nesnází a stresu dokázala zachovat klid a práci dotáhnout do konce.

Obsah

ÚVOD **1**

1. METODOLOGIE **3**

1.1 Výzkumné cíle a otázky 3
1.2 Metoda sběru dat 4
1.3 Analýza dat 6
1.4 Limity výzkumu 7

2. TEORETICKÉ UKOTVENÍ PRÁCE **9**

2.1 Alcohol's harm to others 9
2.1.1 Výzkumy zaměřující se na vliv alkoholu na rodiny 10

3. ČESKÁ ALKOHOLOVÁ POLITIKA **15**

3.1 Legislativní ukotvení české alkoholové politiky 16
3.2 Příklady opatření alkoholové politiky ve světě 20
3.3 Příklady dobré praxe práce s rodinou 21

4. SLUŽBY ZAMĚŘUJÍCÍ SE NA POMOC RODINÁM **22**

4.1 Sociální systém ČR 23
4.2 Zdravotnický systém ČR 23
4.3 Popis klienta služeb 24
4.4 Kontaktní centra 24
4.5 Krizová pomoc a intervenční centra 24
4.6 Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež 25
4.7 Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi 25
4.8 Terapeutické komunity 26
4.9 Služby následné péče 26
4.10 Léčebné programy 27

5. ORGÁNY SOCIÁLNĚ-PRÁVNÍ OCHRANY DĚTÍ **29**

5.1 Preventivní a poradenské činnosti 30
5.2 Opatření na ochranu dětí 31

6. ANALÝZA A DISKUZE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU **32**

6.1 Klienti služeb 32
6.2 AHTO 34
6.2.1 Vztahové problémy 36
6.2.2 Psychická újma 36
6.2.3 Finanční potíže 37
6.2.4 Dopady na děti 37

6.3 STRATEGIE ŘEŠENÍ ... 40
6.3.1 Strategie řešení rodin ... 40
6.3.2 Navrhované strategie řešení ze strany profesionálů ... 42
6.4 PŘÍSTUP ZÁVISLÝCH ... 45
6.5 VLIV COVIDU-19 ... 47
6.6 SPOLUPRÁCE S DALŠÍMI SLUŽBAMI ČI INSTITUCEMI ... 49
6.7 BARIÉRY ... 52
6.8 POTENCIÁL ... 55
ZÁVĚR ... 57
SUMMARY ... 60
POUŽITÁ LITERATURA ... 62
ZDROJE DAT ... 62
TEZE DIPLOMOVÉ PRÁCE ... 73
SEZNAM PŘÍLOH ... 77
1. SCÉNÁŘ ROZHOVORU PRO SOCIÁLNÍ SLUŽBY ... 78
2. SCÉNÁŘ ROZHOVORU PRO OSPOD ... 80
3. ZVACÍ EMAIL PRO SOCIÁLNÍ SLUŽBY ... 81
4. ZVACÍ EMAIL PRO OSPOD ... 82

Úvod

Rizikové či nadměrné pití alkoholu má dopad nejen na zdraví daného jedince, ale i na jeho okolí a celou společnost. Česká společnost je ve vztahu k alkoholu velice liberální, což se také odráží v české alkoholové politice. Užívání alkoholu je v ČR běžná věc, prodej a konzumace alkoholu nejsou příliš regulované a alkohol je snadno dostupný i osobám mladším 18 let. Česká republika pravidelně umisťuje na nejvyšších místech světových srovnání a ve spotřebě alkoholu na obyvatele (OECD 2017; WHO 2019b). Vysoká spotřeba alkoholu souvisí i s narůstajícím počtem mladistvých konzumujících alkohol. Výzkumy poukazují na dopady konzumace alkoholu mladistvými, kteří jsou o 41 % náchylnější k závislosti v dospělosti oproti osobám, které začínají pít alkohol až po dovršení plnoletosti (O'Connell 2004).

I přes to, jaké dopady má rizikové pití alkoholu nejen na mladistvé, se v České republice nijak zásadně nezasahuje k jeho omezování (prostředky na omezení dostupnosti alkoholu, přísnější daňová a cenová politika apod.), proto lze hodnotit postoj státu jako tolerující, až dokonce na pomezí podpory (Hnilicová a Dobiášová 2018, s. 250). To dokládá i Světová zdravotnická organizace, která zmiňuje, že žádná evropská země nemá tak tolerantní přístup ke konzumaci alkoholu jako Česká republika (ibid.). Navíc v kontextu ČR je těžko politicky prosaditelné jakékoliv opatření vystupující proti dostupnosti alkoholu. Pro příklad se lze podívat na diskuze související s procesem známého „protikuřáckého" zákona (zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek). V přístupu mladistvých k alkoholu se zobrazuje příklad dospělých a přenáší se z generace na generaci.

Výzkumy zaměřené na dopad nadměrné konzumace alkoholu jsou velmi často orientované na perspektivu jedince, nebo naopak na perspektivu společnosti. Při zaměření na jedince nedochází k zahrnutí interakce okolí a perspektivu ostatních zúčastněných aktérů (rodina, přátelé atd.) (Room et al. 2016). Při zacílení na rovinu společnosti se výzkumy zaměřují hlavně na objektivní údaje, např. náklady na péči, rehabilitace apod. V posledních letech se začaly realizovat také výzkumy, které se zaměřují na obě perspektivy a popisují různé úrovně problematiky, např. jedince, rodiny, společnosti i státu (Warpenius a Tigerstedt 2016).

Jako teoretický rámec své práce jsem zvolila přístup AHTO neboli „*alcohol harm to others*". Koncept se zaměřuje na „*škody způsobené alkoholem druhým lidem*" (Hnilicová a Dobiášová 2020, s. 9). Tento přístup kombinuje rovinu mikro, mezo i makro, tj. úroveň jedince, rodiny, komunity, společnosti i státu (ibid.). V rámci této práce se zaměřím právě na mezoúroveň a na

dopad alkoholu na rodiny, resp. dopad na rodinu, pokud je jeden ze členů rodiny alkoholově závislý.

V mé diplomové práci se věnuji dopadu české alkoholové politiky na rodiny, a to za pomoci kvalitativních rozhovorů s experty z oboru a rešerše literatury. Zaměření na rodiny, ať už jsou alkoholově závislí rodiče nebo děti, pomáhá odhalit souvislosti, vztahy a dopady na celou rodinu. Rešerše společně s tematickou analýzou vedou k naplnění výzkumného cíle, kterým je *zjistit, jaké formy AHTO se u rodin, ve kterých je jeden z dospělých závislý na alkoholu, vyskytují a jaké jsou strategie při vypořádávání se s AHTO a jak pomáhá český zdravotně-sociální systém*.

1. Metodologie

S ohledem na neprobádanost zkoumaného tématu je výzkumný přístup postaven na kvalitativní metodologii. Kvalitativní metody sběru dat mi umožní získat hlubší vhled do problematiky a porozumět významům vztahujícím se k tématu. Kvalitativní metodologie je vhodná pro „*odhalení podstaty něčích zkušeností s určitým jevem […] a používají se k odhalení a porozumění tomu, co je podstatou jevů, o nichž toho ještě moc nevíme. Lze je využít také k získání nových a neotřelých názorů na jevy, o nichž už něco víme*“ (Strauss a Corbin 1999, s. 11).

Pro svůj výzkum jsem zvolila kombinaci desk research a expertního šetření, resp. kvalitativních rozhovorů v polostrukturované formě. Rozhovory byly provedeny s experty, kteří se v dané problematice pohybují. Za takové experty v tomto případě považuji pracovníky v sociálních a zdravotních službách, kteří se s rodinami setkávají přímo a znají danou problematiku tak zvaně „z první ruky“. Další možností pro rozhovory by byli experti z prostředí tvorby alkoholové politiky, popř. vnější pozorovatelé, avšak z povahy práce jsem se rozhodla jít výše zmíněnou cestou. Jako způsob analýzy dat jsem zvolila tematickou analýzu rozhovorů.

Kvalitativním rozhovorům ještě předcházela rešerše literatury, která mi shrnout odhalit dosavadní poznatky z oboru a proniknout do problematiky.

1.1 Výzkumné cíle a otázky

Cílem mé práce je zjistit jaké formy AHTO se u rodin, ve kterých je jeden z dospělých závislý na alkoholu, vyskytují a jaké jsou strategie při vypořádávání se s AHTO a jak pomáhá český zdravotně-sociální systém. Na výzkumný cíl dále navazují i zvolené výzkumné otázky.

Výzkumné otázky

Výzkumné otázky jsou rozdělené na dvě části, jedna se týká propojení s teoretickým rámcem AHTO a druhá část se zaměřuje na služby. Inspirace k některým otázkám vychází z Laslett et al. (2015).

- **AHTO**
    - Jaké formy AHTO se v českých rodinách objevují?
    - Jaké jsou dopady na rodinu jako celek?
    - Jaké dopady jsou na děti?
    - Jaké jsou strategie rodin ve vypořádávání se s AHTO?
    - Jaké strategie řešení s AHTO doporučují odborníci?

- **Služby**
    - Jaké služby jsou k dispozici pro rodiny postižených alkoholově závislým členem rodiny?
    - Jaké jsou případné bariéry využívání služeb?
    - Jak probíhá spolupráce s dalšími službami či institucemi?

1.2 Metoda sběru dat

Jako metodu sběru dat jsem zvolila polostrukturované rozhovory. Tento typ rozhovorů stanovuje osnovu rozhovoru ve formě základních otázek/okruhů, nicméně dává i možnost volnosti, doptávání se a rozhovor nelimituje. Dochází také k tomu, že každý rozhovor je trochu jiný, ale základ bývá stejný a zbytek se přizpůsobuje danému respondentovi podle toho, jak je sdílný v různých oblastech atd.

Samozřejmě každému rozhovoru předchází seznámení se s tématem a účelem výzkumu, abych dodržela etická pravidla výzkumu. Navíc každý respondent podává informovaný souhlas. V případě, že respondent souhlasí, je rozhovor i nahráván. Nicméně, respondentovi je i dána možnost na otázky, které mu nejsou příjemné, neodpovídat, rozhovor ukončit, anebo říct něco mimo záznam. Anonymita respondentů je dodržena použitím pseudonymů a zašifrováním osobních informací, aby nedošlo k rozpoznání dalšími osobami.

Proces získávání respondentů jsem pojala výběrem úsudkem (Reichel 2009, s. 83). Tuto metodu je možné použít v případě, že výzkumník se v dané problematice vyzná a vychází z výzkumného cíle a otázek (ibid.). Podle Reichela (ibid.) se metoda využívá právě v případě konstrukce panelu odborníků. Snažila jsem se oslovit organizace napříč Českou republikou i napříč službami, resp. snažila jsem se oslovit vždy alespoň jednu organizaci poskytující služby, které popisuji v kapitole 4. Sociální služby zaměřující se na pomoc rodinám. Vzhledem k současné epidemiologické situaci v České republice nebylo možné provádět rozhovory osobně, avšak se otevřela možnost oslovit organizace bez ohledu na jejich umístění. Celkem jsem oslovila přes 60 organizací. Cílem bylo získat maximálně jednoho pracovníka z jedné organizace, aby nedocházelo k překrývání odpovědí. Nicméně se mi, ani při velkém počtu oslovených organizací, nepodařilo získat respondenty ze všech organizací, které se na pomoc rodinám zaměřují. Avšak podařilo se mi získat například dva respondenty, kteří pracují jak v adiktologické ambulanci, tak v K-centru, a mají o situaci přehled z pohledu zdravotní i sociální služby. Celkový přehled všech respondentů a jejich působišť je pro přehlednost v tabulce níže.

Tabulka 1 Popis respondentů z řad sociálních a zdravotních služeb

Respondent	*Organizace*	*Pozice*	*Velikost města*
Respondent 1	Adiktologická ambulance, kontaktní centrum	Sociální pracovník, psychoterapeut	Adk.ambulance – krajské město, K-centrum – 30 tisíc obyvatel
Respondent 2	Adiktologická ambulance prevence a léčby závislostí	Adiktolog, sociální pracovník	Krajské město
Respondent 3	Adiktologická ambulance, kontaktní centrum	Adiktolog, sociální pracovník	30 tisíc obyvatel
Respondent 4	Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, služby pro pěstouny	Sociální pracovník	Krajské město
Respondent 5	Ambulantní léčba pro pomoc s alkoholem	Psychoterapeut	Krajské město
Respondent 6	Poradna pro alkoholové a jiné závislosti	Psychoterapeut	Krajské město
Respondent 7	Terénní sociální služba	Sociální pracovník	21 tisíc obyvatel

Dále jsem oslovovala pracovníky orgánů sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD) a opět jsem zvolila výběr úsudkem, nicméně prvně jsem zkoušela e-mailem oslovit vedoucí pracovníky OSPOD deseti největších měst v České republice, a následně i menších měst. Objevil se opět stejný problém se získáváním respondentů, a ze 40 oslovených pracovníků se ozvaly 2 pracovnice, z nichž s jednou se mi již nepodařilo spojit. Dalším krokem byl příspěvek na sociálním médiu Facebook do skupiny „*Sociální práce a sociální politika*“, načež se mi zde ozvaly 3 pracovnice OSPOD, se kterými jsme se domluvily na rozhovoru. Nakonec se mi tedy podařilo získat 4 respondentky, jednu z hlavního města a tři z měst o cca 12-15 tisících obyvatelích, všechny respondentky byly pracovnice městských úřadů.

Tabulka 2 Popis respondentů z řad orgánů sociálně-právní ochrany dětí

Respondent	*Úřad*	*Velikost města*
OSPOD 1	Odbor sociální péče a zdravotnictví (sociální pracovník)	15 tisíc obyvatel
OSPOD 2	Odbor sociálních věcí a zdravotnictví, výkon SPOD (sociální pracovník)	14 tisíc obyvatel
OSPOD 3	Odbor sociálních věcí a zdravotnictví (vedoucí odboru, nadřízená oddělení sociálně-právní ochrany dětí, přestupky, poradenství v případech domácího násilí a obětem trestných činů)	12 tisíc obyvatel
OSPOD 4	Oddělení sociálně-právní ochrany dětí (referent)	Městská část hlavního města

Všichni respondenti byli informováni o zachování anonymity, dva dny předem jsem jim i rozeslala okruhy pro rozhovor, aby se na otázky mohli případně připravit. Rozhovory jsem prováděla skrze online video platformy (Zoom, Google Hangouts, Microsoft Teams a Skype) a všechny rozhovory byly nahrávány jako audio stopa bez záznamu obrazu. Délka rozhovorů se ve většině případů pohybovala v rozmezí od 40 do 60 minut, dva rozhovory z důvodu nedostatku času na straně respondentů trvaly 30 minut. Nejdelší hovor trval 70 minut.

1.3 Analýza dat

Prvním krokem analýzy dat je přepis nahraných rozhovorů do psané podoby. Pro své účely jsem zvolila metodu doslovného přepisu, která se ve výzkumech obvykle používá, ale je velice časově náročná, protože se přepisuje slovo od slova. Mišovič (2019, s. 123) prokazuje důležitost této metody – „*metodu je vhodné využít pokud se soustředíme na obsahovou či tematickou rovinu, kdy respondent vystupuje jako svědek nebo expert*“. Tím, že se v rozhovorech objevují jako respondenti experti z oboru, je tato metoda pro můj výzkum ideální.

Pro analýzu rozhovorů jsem se rozhodla využít metodu tematické analýzy. Braun a Clarke (2006, s. 79) tuto metodu definují jako „*metodu identifikace, analýzy a odkazování ke vzorům (tématům) v datech*.“ Pro můj případ se tedy metoda hodí, protože lze využít v případě vycházení z nějaké teorie, navíc dokáže reagovat na různorodá a komplexní kvalitativní data, ve kterých se mohou objevovat jemné rozdíly. Dále autorky (ibid.) doporučují nastudování odpovídající literatury a priori, což pak výzkumníkovi může pomoci k rozpoznání a neopomenutí důležitých znaků v datech.

Tato metoda svou flexibilitou přináší i úskalí. Výzkumník zde hraje hlavní roli, protože v datech hledá témata, spojení, data nějak interpretuje a Boyatzis (1998, s. 1) uvádí, že „*pohled jednoho člověka se neobjevuje druhému, i když pozorují ty samé informace, události a situace*.“

Při využívání tematické analýzy je tedy nutná transparentnost kódování, otevřenost změnám, neustálé vracení se zpět, přehodnocování a celkově je nutné, aby výzkumník věděl, co a proč dělá a kam míří (Braun a Clarke 2006, s. 83). Braun a Clarke (ibid.) navrhli postup využití tematické analýzy, aby byl proces co nejvíce jasný – „*seznámení se s daty, generování počátečních kódů, hledání témat, přezkoumání témat, definování a pojmenování témat, sepsání zprávy*“.

V rámci tematické analýzy dochází k rozdělení textu přepsaných rozhovorů do okruhů – typ klienta služeb, dopady, strategie řešení rodin, navrhovaná strategie řešení, přístup klientů, covid-19, spolupráce s dalšími službami, bariéry, potenciál. V rámci jednotlivých okruhů jsem pak úryvky pročítala a nejčastěji pracovala s celými odstavci, kterým jsem poté přiřazovala kódy, a následně rozdělovala na témata opakující se v rozhovorech. Více k analýze v kapitole 6. Analýza a diskuze.

1.4 Limity výzkumu

Vzhledem k využití kvalitativní metodologie je nutné uvést i její limity. Nejdůležitější nevýhodou je nemožnost zobecnění výsledků na celou populaci, protože kvalitativní metodologie stojí na omezeném počtu respondentů. Navíc každý rozhovor je trochu jiný a nelze dosáhnout stejných výsledků, pokud by se nepoužila metoda strukturovaných rozhovorů.

Dále podstatným limitem je také subjektivita výzkumníka/tazatele. Vzhledem k tomu, že se jedná o polostrukturované rozhovory, tazatel má možnost se doptávat, může ale docházet k podněcování takových odpovědí, které se „hodí“ do výzkumu. Nadto rozhovory jsou velice časově náročné na sběr dat i na jejich analýzu.

Podstatným limitem výzkumu byl způsob, jakým jsem se setkávala s respondenty, a to bylo online. Z důvodu současné pandemické situace jsem nechtěla ohrožovat respondenty nebo sebe, proto jsem dělala rozhovory pomocí online platforem. Bohužel se občas stalo, že na straně respondentů nebylo dostatečně silné připojení a párkrát spojení na chvíli vypadlo, nicméně i tak si myslím, že jsme dokázali navázat rozhovory tam, kde jsme skončili, a rozhovory proběhly téměř tak, jako kdyby byly osobně.

V rámci analýzy dat je velkým limitem kódování dat jedním kódovačem. Pokud data kóduje pouze jeden kódovač, dochází k nižší reliabilitě výzkumu než při využití dvou kódovačů, jelikož by bylo možné výsledky kódování a analýzy srovnávat a diskutovat. Avšak k tomu v rámci této práce nedošlo, ani z časových možností nedošlo k opakovanému kódování například s odstupem určitého času, aby se otestovala stabilita a správnost kódování (Stemler

2001). Dalším limitem kódování jedním výzkumníkem může být původ výzkumníka (kultura, náboženství atd.), který může kódování zkreslit.

2. Teoretické ukotvení práce

Tato kapitola se zaměřuje na teoretické základy diplomové práce, tj. koncept Alcohol's harm to others a výzkumy zaměřující se na dopady na rodiny či AHTO.

2.1 Alcohol's harm to others

Při diskutování dopadů pití alkoholu se většinou objevují problémy na úrovni jedince, případně společenské dopady jejich činů, avšak velmi často jsou přehlíženy dopady na další osoby, které jsou touto situací významně ovlivněny, např. rodina, přátelé, kolegové v práci apod. Právě z tohoto důvodu je vhodné využití konceptu alcohol's harm to others (zkr. AHTO), který je mým hlavním teoretickým východiskem a který se promítá i ve výzkumném cíli a otázkách. Koncept se zaměřuje na „*škody způsobené alkoholem druhým lidem*" (Hnilicová a Dobiášová 2020, s. 9). Světová zdravotnická organizace koncept AHTO definuje takto: „*interakční výskyt na úrovni jednotlivců a jejich vztahů, je určen spíše z pohledu osob postižených alkoholikem než z pohledu alkoholika nebo společnosti. Hlavní sociální vztahy k alkoholikům zahrnují čtyři hlavní soubory rolí: rodina, přítel, spolupracovník a cizinec*" (WHO 2019a, vlastní překlad).

Tento koncept je zajímavý, protože se zaměřuje právě na dopad na druhé. Většina výzkumů pojednává o dopadu na jedince, popř. o společenských dopadech ve formě výdajů, avšak o dopadech na rodinu, komunitu apod. se tolik nemluví. Mezi dopady na komunitu se například řadí i odhozené lahve od alkoholu a odpadky, hlučnost „pijáků", vandalismus, psychické újmy kvůli pokřikování „pijáků" na ulici apod. (Karriker-Jaffe 2018, s. 239–240).

Tento přístup kombinuje rovinu mikro, mezo i makro, tj. úroveň jedince, rodiny, komunity, společnosti i státu (Hnilicová a Dobiášová 2020, s. 9). V rámci této práce se zaměřím právě na mezoúroveň a na dopad alkoholu na rodiny, resp. dopad na rodinu, pokud je jeden ze členů rodiny alkoholově závislý.

Dopad na druhé může být ve formě fyzického i psychického ublížení na zdraví druhému nebo poškození majetku aj. Ukazuje se, že ojedinělé případy mohou vytvářet vzorec chování, který poté druhým určitým způsobem ubližuje (Laslett et al. 2015, s. 8). AHTO se často spojuje s negativním dopadem na rodiny a děti, které se stávají nejzranitelnější skupinou. Výzkumníci zkoumající dopad rizikového pití alkoholu na rodiny objevili, že se u dětí mimo nedostatečné péče často objevuje emocionální strádání spojené se strachem o daného rodiče nebo poškozené vnímání rolí rodiče (Hnilicová a Dobiášová 2020, s. 9). Poznatky o AHTO na jednotlivých úrovních v poslední době v České republice zpracovalo několik výzkumníků (Hnilicová a

Dobiášová 2020; Nováková 2018; Nováková a Mravčík 2020), proto ve své práci budu navazovat hlavně na tyto přehledové práce.

Laslett et al. (2011) prokazují, že dopad alkoholu na druhé je obrovský a je nutné ho řešit (73 % respondentů uváděné studie se setkalo s negativním dopadem pití alkoholu druhými). Mezi problémy, které se v tomto výzkumu prokázaly, patří finanční potíže, domácí násilí, izolace, strach aj. Autoři dokazují, že konzumenti alkoholu své okolí svým pitím ovlivňují, ať už se jedná o rovinu domácnosti, rodiny, přátelství či práce. Výzkum také prokázal určitý genderový rozdíl, např. v případě partnerství trpí negativními dopady častěji ženy než muži.

2.1.1 Výzkumy zaměřující se na vliv alkoholu na rodiny

Důvodů, proč se v mé práci zaměřuji na rodiny, je hned několik. Rodina je jeden z nejstarších sociálních útvarů, který je základem společnosti. V rámci této jednotky dochází k prvotní socializaci, učení se vzorců chování a dalších procesů, které podmiňují vývoj osobnosti dětí (Krebs et al. 2010). Pokud se dítě od nízkého věku setkává s konzumací alkoholu u členů rodiny, dochází k normalizaci pití alkoholu, laxnímu přístupu apod. Pochopitelně, pokud se v rodině vyskytuje alkoholismus u některého člena rodiny, může docházet k negativnímu ovlivnění vývoje dítěte.

V první řadě zmíním výzkumy, které se zaměřovaly na vliv socializace v primární rodině na konzumaci alkoholu adolescentů (dětí alkoholiků). Dva výzkumy, které dosáhly podobných výsledků, jsou – „*Family interventions and their effect on adolescent alcohol use in general populations; a meta-analysis of randomized controlled trials*“ (Smit et al. 2007) a „*The role of alcohol-specific socialization in adolescents´ drinking behavior*“ (Van der Vorst et al. 2005). Oba tyto výzkumy se věnují socializaci v rámci rodinného prostředí a uvádí, že konzumace alkoholu může být oddálena nastavením srozumitelných a jednoznačných pravidel v rámci rodiny. Potvrdil se i vztah věku první intoxikace a následného pití alkoholu (tj. čím dříve adolescent začne pít alkohol, tím více ho pije i v budoucnu). Navíc výzkumníci zmiňují negativní vliv rozmluv rodičů s dětmi o pití alkoholu. Prokazuje se, že adolescenti chtějí „ten nebezpečný“ alkohol sami vyzkoušet a hovory s rodiči se ukazují být kontraproduktivní (Smit et al. 2007; Van der Vorst et al. 2005).

Dále se v této kapitole budu věnovat výzkumům, které se zaměřují na dopady na rodinu v případě rizikové konzumace alkoholu nebo alkoholismu rodiče. Laslett et al. (2015, s. 8) provedli průzkum v Austrálii mezi rodiči, kdy 26 % dotázaných uvedlo, že má zkušenost se škodami způsobenými konzumací alkoholu členem rodiny, dokonce 22 % dětí respondentů

bylo konzumací alkoholu členem rodiny nějakým způsobem ovlivněno. Mezi tyto dopady na děti patřilo ponechání dětí bez dozoru doma, slovní urážení až domácí násilí ať už na sobě či ho byly svědky (ibid.). Laslett et al. (2015) i Caan (2013) uvádí, že dopady na rodinu se různí, nicméně nejčastěji se jedná o finanční potíže, škody na majetku, psychická újma či domácí násilí.

V případě finančních potíží Laslett et al. (2015) uvádí, že finance spojené s konzumací alkoholu mohou dojít až k nedostatečnému zajištění rodiny, neschopnosti zajistit materiální potřeby a může to mít samozřejmě i dopad na děti, které mohou finančně i materiální strádat.

Škody na majetku mohou být nezamýšlené a způsobené špatnou koordinací těla v opilosti (nezamýšlené), anebo naopak zamýšlené a způsobené zvýšenou citlivostí alkoholiků až případně jejich agresí. Wilson et al. (2017) ve svém výzkumu prokázali, že 56 % dotazovaných přišlo do kontaktu s ničením majetku v opilosti druhou osobou.

Psychická újma může vznikat sama o sobě z důvodu finančních potíží či škod na majetku, nicméně výzkumy prokazují, že může docházet i k psychickému týrání od alkoholika. Může se jednat o urážení ve formě nadávek nebo ponižování (Manton et al. 2014; Wilson et al. 2017). Dokonce, podle Wilson et al. (2017) s výhružkami ublížením na zdraví se setkalo 28 % dotázaných, s ponižováním 61 % a slovními nadávkami 67 %. Psychická újma se v této formě dá počítat jako domácí násilí, navíc se lehce může stát, že od psychického týrání to dojde až k týrání fyzickému. S fyzickým domácím násilím se setkává 44 % žen, nadto téměř 40 % bylo vystaveno i sexuálnímu obtěžování ve formě nuceného sexuálního styku (ibid.). Další výzkum provedený mezi téměř 3 tisíci respondenty v USA prokazuje, že nejčastějším dopadem konzumace alkoholu rodičem (či opatrovníkem) na děti bylo verbální urážení či křičení nebo to, že děti byly svědkem násilí na jiném členovi rodiny (Kaplan et al. 2017). Reading et al. (2009) uvádí, že rizikové užívání návykových látek je převládajícím faktorem týrání dětí, dokonce podle odhadů je to důvodem 80 % případů týrání dětí v USA.

Při bližším pohledu na děti a jejich působení ve škole norská studie (Torvik et al. 2011 in Caan 2013, s. 11) objevila, že děti alkoholiků (v originálu children of alcohol abusers) si užívají čas ve školách stejně jako ostatní děti, avšak měly horší pozornost a chování při hodinách. Kromě toho u dětí, které uvedly, že své rodiče vídají opilé, se projevila špatná školní přizpůsobivost. Světový průzkum duševního zdraví (McLaughlin et al. 2012) na vzorku 51 tisíc domácností ve 22 zemích objevil 7 % osob s poruchou užívání návykových látek (u 91 % se jednalo o klinické zneužívání alkoholu, zbytek se potýkal s chronickou závislostí na alkoholu). Co je na tomto průzkumu nejdůležitější, je to, že se projevila výrazně zvýšená pravděpodobnost výskytu

mentální poruchy u dětí, jejichž rodiče v minulosti užívali nějaké návykové látky (především alkohol), mimoto největším rizikem pro tyto děti je vyvinutí závislosti na návykových látkách jako u jejich rodičů (ibid.), tento výsledek uvádí i Nešpor a Csémy (nedatováno).

Další oblastí dopadů, kterou bych ráda rozvedla, je přebírání špatných vzorců chování dětmi. Ruben (2001 in Hall a Webster 2007, s. 496) popisuje, jaká nepsaná pravidla fungují v domácnostech s alkoholově závislým člověkem:

- „*Nemluvit o rodinných problémech – probírání rodinných problémů s cizími je nepřijatelné, za cizí se může brát i širší rodina, přátelé apod.*
- *Není vhodné vyjadřovat své pocity otevřeně.*
- *Omezení komunikace – děti omezují komunikaci s ostatními, aby neprozradily rodinné tajemství. K omezování dochází i v domácím prostředí kvůli strachu z negativní reakce alkoholika, která může být i ve formě nadávky nebo fyzické reakce.*
- *Nic není dost dobré a očekávání jsou vysoká – děti žijí ve světě extrémů a vidí věci absolutním nebo polárním způsobem, přičemž věří, že způsobily události, které je učinily dobrými nebo špatnými. Když se stane něco špatného, nastane to kvůli něčemu, co udělaly nebo neudělaly. Tato víra se nakonec integruje jako součást pohledu dítěte na sebe. Výsledkem je potřeba být dokonalým dítětem (a nakonec dokonalým dospělým).*
- *Dělat věci ve prospěch ostatních a nebýt sobecký – myslet na sebe nebo dávat přednost svým vlastním potřebám je často označováno jako sobecké a dítě je za toto sobectví trestáno.*
- *„Dělejte, co říkám, ne jako já.“ - mnoho rodičů alkoholiků nabádá své děti, aby se nechovaly stejně jako oni. Nicméně, děti se učí vzorce chování právě z chování svých rodičů, kteří své chování nemění, proto se ho děti i špatně naučí.*
- *Nehrát si – děti alkoholiků často neumí odpočívat, užívat si aktivity a mají pocit, že nikdy nejsou těchto aktivit hodny. V důsledku toho musí neustále „prokazovat“ svou vlastní hodnotu ostatním i sobě samými neustálými úspěchy a skutky. Může také docházet k pocitu, že pokud si začnou něco užívat, stanou se špatné věci.*
- *Hlavně se vyhýbat konfliktu – děti se z domácnosti učí, že konflikty jsou spojené s nepředvídatelnými reakcemi rodičů a často s trestem, proto se děti učí vyhýbat se situacím, které by mohly vést ke konfrontaci. Dítě se nenaučí, jak účinně konflikty řešit, protože od nich utíká*.“

Hall a Webster (2007, s. 496–501) na základě těchto pravidel doplňují, že dítě se v zásadě učí nikomu nedůvěřovat (ani sobě), nemluvit o problémech, utíkat od konfliktů, neprojevovat se a navíc přejímají zodpovědnost za svého rodiče alkoholika. Výše zmíněná pravidla v rodinách fungují na bázi kontrolních mechanizmů tak, aby neohrožovaly kontrolu alkoholika nad rodinou. Autoři dále uvádí, že tyto děti často vyhledávají podporu (support systém) u kamarádů, učitelů, trenérů sportu apod. Avšak dítě pak žije ve dvou různých světech, kdy v tom primárním zůstává bez emocionální podpory a spíše v izolaci (ibid.).

Se zvýšeným pocitem zodpovědnosti také souvisí jev parentifikace (Ackerman 1987 in Veronie a Fruehstorfer 2001, s. 56). Jedná se o situaci, kdy dítě přebírá roli rodiče, např. kvůli mladším sourozencům, anebo i kvůli rodičům samým (ibid.). Brisbane (1989 in Veronie a Fruehstorfer 2001, s. 57) uvádí, že tyto děti zanedbávají své studijní povinnosti právě z důvodu péče o mladší sourozence. Další výzkumy ukazují, že se jedná o velice citlivou skupinu dětí, která potřebuje zvláštní podporu, protože tímto riskují vznik závažných psychických a emocionálních obtíží, které si mohou nést až do dospělosti (Tedgard, Rastam a Wirtberg 2019, s. 223–224). Mezi problematické oblasti, které tyto děti ovlivňují, patří nepřítomnost lásky, kultury, nedostatek péče, absence dětství (či období puberty) atd. (ibid.). Tyto děti navenek vypadají, že je nic netrápí, může se však jednat o vyvinutou strategii, která je jejich nejlepším pokusem o určitou kontrolu nad svou extrémně obtížnou situací (ibid, s. 239–240).

Na základě rešerše literatury jsem graficky shrnula pro výše zmíněné dopady nadměrné konzumace alkoholu na rodinu do obrázku 1.

Obrázek 1 Schéma dopadů konzumace alkoholu členem rodiny na rodiny

(Zdroj: vlastní na základě syntézy dosavadních výzkumů)

Výše jsem uvedla výzkumy, které prokazují vliv a dopady alkoholiků na jejich rodiny, ať už na jejich partnera nebo děti. Nicméně je nutné poukázat na to, že i rodiny mají na alkoholiky vliv a dokáží je posunout a pomoci jim v léčbě. Proces léčby alkoholismu tak zahrnuje i blízké okolí závislého. Frouzová (in Kalina et al. 2003, s. 77) uvádí, že je nutné pracovat s rodinou závislého tak, aby:

- „*neškodili, nesabotovali (vědomě i nevědomě) léčebný proces,*
- *byli schopni být konkrétně nápomocní svým chováním a postojem v určitých situacích terapeutického vývoje (motivace k léčbě, krizové momenty během léčby, doléčovací program, sociální rehabilitace závislého, krizové momenty v jeho osamostatňování se)*
- *byli schopni na své úrovni pochopit možnosti a limity autonomie závislého a své místo v tomto procesu*
- *svým osobnostním růstem (sebepoznání a seberozvoj včetně určitých dovedností) či potřebnou změnou (na základě koncentrované nebo korektivní zkušenosti) napomáhat léčebnému procesu*.“

3. Česká alkoholová politika

V rámci této kapitoly se budu zaměřovat na českou alkoholovou politiku, příklady dobré praxe ze zahraničí a vztah české společnosti k alkoholu. V rámci práce se sice zaměřuji na dopad na rodiny, avšak považuji za klíčové popsat i místní alkoholovou politiku a vnímání alkoholu v české společnosti, protože to stanovuje směr chování v rámci rodin.

Česká republika je ve světě známá pro pití piva a užívání alkoholu ve velké míře (OECD 2017; WHO 2019b). Zásadní roli hraje především historicko-kulturní kontext země, pro příklad uvedu pár údajů z projektu „*Pivo v české společnosti*“ výzkumné agentury CVVM – téměř většina respondentů považuje pivo za český národní nápoj, kterým se můžeme v zahraničí chlubit, autor výzkumu tento jev pojmenovává jako obecný český pivní patriotismus (Vinopal 2013, s. 3–4). Pivo je v České republice brané jako součást běžného života, mimoto výzkum z roku 2018 uvádí, že „*muži, kteří pivo pijí, si dají podle svých odhadů týdně v průměru přibližně sedm a půl půllitrů piva a průměrně si ho dají třiapůlkrát týdně, kdežto ženy v průměru kolem dvou a půl litru piva a konzumují ho dvakrát týdně*“ (Vinopal 2018, s. 1).

Tím, jak je užívání alkoholu v České republice normalizováno, je běžné, že se s tímto jevem (užívání alkoholu) setkáváme každý den. Nemusí se nutně jednat o osobní zkušenost, ale alkohol se objevuje všude kolem nás, užívání alkoholu okolím či v reklamách, médiích, ve filmu atd. Alkohol se v české společnosti pojí se všemi významnými událostmi – oslava, svatba, pohřeb, ples, posezení s přáteli i sledování sportovních utkání. Navíc alkohol je velice snadno dostupný na rozdíl od jiných zemí světa, kde se alkohol prodává pouze ve specializovaných prodejnách a pouze do určitého hodiny apod.

Češi jsou vnímáni jako národ pivařů, což i podporují mezinárodní statistiky, ve kterých se Česká republika řadí mezi největší spotřebitele alkoholu na světě. Celosvětové statistiky prokazují enormní konzumaci alkoholu, v případě České republiky nejvíce piva. Průměrný Čech zkonzumuje přes 140 litrů piva a přes 20 litrů vína ročně (ČSÚ 2019; Statista 2019). Dále výzkumy ukazují, že spotřeba v ČR spíše stagnuje, nicméně celosvětově spíše klesá (ČSÚ 2019; Kohoutová 2016). Avšak se dá očekávat, že za rok 2020 a 2021 vzhledem k uzavřeným restauračním zařízením apod. kvůli pandemii covid-19 spotřeba poklesne.

Podle výroční zprávy ve věcech drog v ČR z roku 2019 (Mravčík 2020, s. 6) alkohol rizikově konzumuje mezi 1,2 až 1,6 miliony dospělé populace, z čehož 800 tisíc vykazuje znaky škodlivého užívání alkoholu. Zpráva také uvádí, že: „*v posledních letech prevalence denní konzumace alkoholu i častého pití nadměrných dávek alkoholu roste, a to jak u mužů, tak u*

žen“ (Mravčík 2020, s. 6). Mimoto v ČR cca 6 tisíc úmrtí je následkem konzumace alkoholu. Ukazuje se i rozdíl mezi věkovými skupinami: „*největší podíl celkového počtu alkoholových úmrtí se vyskytuje ve starších věkových skupinách, ale nejvyšší relativní zátěž alkoholem je u mladších osob kolem 40 let, kde způsobuje až čtvrtinu úmrtí*“ (Mravčík 2020, s. 7).

Bližší charakteristiku konzumentů alkoholu zkoumal Státní zdravotní ústav (2018, s. 29–35). Jejich výzkum objevil, že konzumace alkoholu souvisí se vzděláním, resp. čím nižší dosažené vzdělání, tím častěji lidé konzumují alkohol. Dále se projevil genderový rozdíl při výběru alkoholických nápojů, kdy muži zůstávají věrní pivu, avšak ženy preferují víno.

3.1 Legislativní ukotvení české alkoholové politiky

Historie české alkoholové politiky sahá až do roku 1922 s přijetím zákona č. 86/1922 Sb., který upravoval věkovou hranici podávání alkoholických nápojů. Odlišností od zákonů, které jsou v České republice v současné době, bylo rozlišení hraničního věku podle druhu alkoholu, tj. od 16 let mohli občané pít pivo a víno, kdežto ostatní druhy alkoholu až od 18 let. Další zajímavostí bylo omezení podávání některých druhů alkoholu na určitých místech, např. na tanečních zábavách se mohlo podávat pouze pivo a víno.

Alkoholismus se stal veřejněpolitickým ukotveným problémem až se zákonem č.87/1948 Sb. Tento zákon ustoupil od podávání určitého alkoholu od 16. věku života a sjednotil hranici pro všechen alkohol na 18 let. Zákon stanovoval, i jak stát bojuje s alkoholismem:

> a) *„výchovou obyvatelstva ke střídmosti, průzkumem příčin a následků alkoholismu a jejich odstraněním, léčením osob, které si způsobily požíváním alkoholických nápojů poruchu na zdraví, jakož i dozorem na ně (§§ 2 až 4);*
>
> b) *omezením podávání alkoholických nápojů určitým osobám, v určité dny nebo při určitých příležitostech (§§ 5 až 9);*
>
> c) *trestáním přestupků spáchaných proti ustanovením tohoto zákona soudy nebo okresními národními výbory (§§ 10 až 16)*“ (Zákon č.87/1948 Sb., §1, odst. 2).

Boji proti alkoholismu se věnoval i další zákon č. 120/1962 Sb., který alkohol považoval za brzdu v upevňování a rozvoji socialismu. Alkohol byl vnímaný jako příčina společenské, ekonomické, zdravotní či mravní újmy. Zákon mimoto upravoval povinnost pro osoby, které svým konzumováním alkoholu přináší „*pohoršení nebo nepříznivý vliv na rodinu, pracovní výkon či zdravotní stav*“ (zákon 120/1962 Sb., §12), ve formě vyšetření zdravotního stavu

a případného ambulantního léčení. Dokonce i v krajním případě mohlo dojít k povinnému ústavnímu léčení.

Dalším zákonem, který se zabýval ochranou před alkoholismem, byl zákon České národní rady o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi č. 37/1989 Sb. V tomto zákoně se mimo jiné uzákonilo, že v případě, kdy „*osoba závislá na alkoholu řádně nezabezpečuje výživu dětí nebo jiných osob, k nimž má vyživovací povinnost, rozhodne místní národní výbor, komu se mzda (nebo jiná odměna za práci nebo její část) má vyplácet*“ (zákon č. 37/1989 Sb., §11, odst. 1). Dále i stanovoval, jak má probíhat výchova k ochraně před alkoholismem, a jedním z nástrojů byla propagace požívání nealkoholických nápojů.

Následující úprava nastala v roce 2005 zákonem č. 379/2005 Sb., o opatření k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Zákon upravoval zákaz vstupu osobám pod vlivem alkoholu na sportovní akce, do veřejné dopravy, na zastávky apod. Navíc i zakazoval „*prodej a výroba hraček napodobujících tvar a vzhled alkoholických nápojů*“ (zákon č. 379/2005 Sb., §11, odst. 1). Avšak z předešlých zákonů se do toho nepromítla povinnost léčby alkoholismu.

Aktuálně platným zákonem je zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, známý také jako „protikuřácký zákon“, nicméně žádné zásadní změny v boji proti alkoholismu či konzumaci alkoholu zákon nepřinesl.

Nicméně, Česká republika nespoléhá při tvorbě alkoholové politiky pouze na zákony, ale využívá i ostatních nástrojů, jako jsou akční plány a národní strategie. V současné chvíli je v platnosti Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027. Tato strategie si jako obecné cíle stanovuje například „*posílení prevence a zvýšení informovanosti, zajištění kvalitní a dostupné sítě adiktologických služeb, efektivní regulace trhů s návykovými látkami a závislostními produkty, posílení řízení, koordinace a efektivní financování protidrogové politiky*“ (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky 2019a, s. 23). Konkrétní cíle se v této strategii příliš neobjevují a hovoří se spíše o prevenci, koordinaci, spolupráci a financování, ale v relativně obecné rovině. Tomu bude zřejmě proto, že ve strategii je zmíněno, že specifické cíle budou stanoveny v akčních plánech.

Aktuální národní strategii předcházela Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018. Cíle této strategie byly zaměřené převážené na snížení užívání a dostupnosti drog, a to hlavně u mladých lidí. Tato strategie prošla už i evaluací, ve které se ukazuje, že žádný cíl

nebyl zcela naplněn viz tabulka 3 (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky 2019b).

Tabulka 3 Evaluace cílů národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018[1]

Cíl	**Vyhodnocení naplnění**	**Komentář**
Cíl snížit míru experimentálního a příležitostného užívání návykových látek zejména mladými lidmi	+/-	Mezi dětmi a dospívajícími byl v posledních letech zaznamenán pokles užívání alkoholu. V ČR je však spotřeba alkoholu velmi vysoká a užívání alkoholu patří mezi nejrozšířenější rizikové chování dospívajících.
Cíl snížit míru problémového a intenzivního užívání návykových látek	+/-	Míra zkušeností s konzumací alkoholu, ale i denní konzumace alkoholu je velmi vysoká a výrazně se nemění. Výsledky ESPAD naznačují pokles míry (intenzivní) konzumace alkoholu mezi dospívajícími.
Cíl snížit potenciální rizika spojená s užíváním návykových látek pro jedince a společnost	+/-	Úmrtnost způsobená užíváním alkoholu vzrostla. Na druhou stranu lze pozorovat mírně klesající trend hospitalizací, výskytu dopravních nehod spojených s alkoholem a počtu trestných činů pod vlivem alkoholu.
Cíl snížit dostupnost návykových látek zejména pro mladé lidi	-	Nový zákon č. 65/2017 Sb., zavedl některá opatření k snížení dostupnosti, přesto jsou alkoholické nápoje poměrně snadno dostupné nezletilým a v průběhu sledovaného období nedošlo k výraznému omezení nabídky alkoholu.

(zdroj dat: Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky 2019b, s. 14, 17, 19, 23; zpracováno autorkou)

Ke každé národní strategii se vytváří i akční plány, které blíže stanovují a popisují specifické cíle. V případě předchozí národní strategie byl pro specifikování cílů vytvořen Akční plán k omezení škod působených alkoholem v České republice pro období 2015–2018. V tomto dokumentu jsou v souvislosti s touto prací zmíněny i dopady alkoholu a jako dopady tvůrci uvádí dopady na oblast zdraví daného jedince, oblast sociální a oblast kriminality. Akční plán

[1] Pozn: + označuje splnění cíle, +/- označuje částečné splnění cíle a – označuje nesplnění cíle (Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky 2019a, s. 14)

nejvíce zdůrazňuje zdravotní potíže, které se s rizikovou konzumací alkoholu pojí, a trestné činy, které konzumenti alkoholu páchají. V dokumentu je sice zmíněna sociální oblast, nicméně jsou vyjmenované pouze některé problémy v jedné větě, a dále diskutované nejsou – „*finanční problémy, nižší produktivitu práce, ztráta zaměstnání, ztráta rodiny*“ (MZČR 2015, s. 9). Vzhledem k tomu, že se jedná o akční plán k omezení škod působených alkoholem, očekávala bych extenzivněji rozepsané dopady alkoholu a zahrnuté všechny oblasti, které do této problematiky spadají.

V současné chvíli je v platnosti akční plán realizace Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2021. Úřad vlády (2019c, s. 14, 36) si pro toto období stanovil specifické cíle pro každou oblast, kterou upravuje národní strategie, například:

- „*zvýšit informovanost veřejnosti v oblasti vzniku závislostního chování, negativních dopadů a rizik užívání návykových látek,*
- *zvýšit počet a dostupnost efektivních programů primární prevence,*
- *rozšířit realizaci screeningu, včasné diagnostiky a krátké intervence,*
- *posílit systémové zajištění primární prevence,*
- *vyhodnotit a posílit účinnost právních úprav v oblasti efektivní regulace trhů s návykovými látkami, prekurzory drog a hazardními hrami,*
- *posílit využívání kontrolních nástrojů za účelem snížení dostupnosti návykových látek, prekurzorů drog a hazardních her*.“

Akční plán si stanovuje i indikátory dosažení cílů, mezi které patří například „*rozšíření regulace reklamy na alkoholické nápoje, tabákové výrobky a hazardní hry, snížení dostupnosti (cenové, místní, časové) alkoholu, tabákových výrobků a hazardních her, nižší spotřeba alkoholu na jednoho obyvatele atd*.“ (Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky 2019c, s. 14, 36). Z cílů současného akčního plánu je zřejmé, že na první místě je prevence, avšak dopady na okolí osob rizikově užívající alkohol se v dokumentu příliš nezmiňuje.

Pro porovnání cílů v alkoholové politice bych ráda uvedla i doporučení, které uvádí WHO. Mezi tato doporučení patří „*přísnější daňová a cenová politika týkající se alkoholu a tabáku, zákaz nebo omezení expozice reklamy na alkoholické nápoje u více typů médií a posílení omezení dostupnosti alkoholu a tabáku*“ (WHO 2020, s. 13-14, Vedralová 2018[2], s. 3–5).

[2] Jedná se o odkaz Mgr. Jarmily Vedralové, národní koordinátorky pro protidrogovou politiku.

Tvůrci alkoholové politiky v České republice i WHO si uvědomují, že dostupnost alkoholu je dlouhodobě vysoká, a to i pro osoby mladší 18 let. Studie ESPAD 2019 (Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách)[3] prokázala pokles konzumace alkoholu mezi českými teenagery, avšak 81 % z nich si dokáže obstarat alkohol a subjektivně vnímaná dostupnost alkoholu je stále vysoká (Drogy-info 2020). Navíc 95 % šestnáctiletých v životě konzumovalo alkohol a 42 % z nich jsou pravidelnými konzumenty. Dále dokonce více než třetina dotazovaných konzumovala nadměrné množství alkoholu alespoň jednou v posledním měsíci (v roce 2019) (ibid.). Mravčík (in Drogy-info 2020) dále uvádí „*celkově lze říct, že v období mezi roky 2011 a 2015 došlo k výraznému poklesu uváděné konzumace alkoholu u 16letých. Mezi 2015 a 2019 došlo k dalšímu poklesu míry konzumace alkoholu u dospívajících, ovšem nikoliv tak významnému, jako v předchozím období*." Zajímavý poznatek, který výzkum přivádí je, že se mění životní styl českých teenagerů a je nutné tento pozitivní vývoj v užívání návykových látek vnímat v souvislosti s touto změnou – „*mladí lidé více dbají o sebe a své zdraví a užívání návykových látek přestává být pro mládež přitažlivé*" (Drogy-info 2020).

3.2 Příklady opatření alkoholové politiky ve světě

Každá země k alkoholu přistupuje ojedinělým způsobem, málokterá země má stejnou historii, kulturu či tradice stejné jako jejich sousední země, proto se i jejich alkoholové politiky liší. Mezi zeměmi se liší přístup k alkoholu, ale i spotřeba alkoholu.

Obecné trendy v alkoholové politice napříč zeměmi zkoumal výzkum „*Global status report on alcohol and health*" z roku 2016 (vydáno 2018) pod záštitou WHO. Výzkum pracoval se vzorkem až 175 zemí[4], z čehož 80 zemí uvádí, že má alkoholové politiky na národní úrovni a 11 dokonce pracuje s úplným zákazem alkoholu[5]. Výzkum prokazuje zvýšení procenta zemí, které své alkoholové politiky revidovalo od doby vydání globální strategie pro omezení škodlivého užívání alkoholu (WHO 2018, s. 89). Od roku 2010 až 60 % zemí zavedlo opatření regulující cenu alkoholu či ho zpřísnilo (spotřební daň na alkohol), tento způsob regulace alkoholu se mezi zeměmi prokázal jako nejčastější (ibid.).

Co se týká reklamy, většina zemí hlásí určitý druh omezení reklamy na pivo, přičemž úplné zákazy jsou nejběžnější pro národní televizi a národní rozhlas. Téměř polovina zemí nemá

[3] „*ESPAD je největší celoevropskou studií zaměřenou na zjištění rozsahu užívání legálních a nelegálních návykových látek u šestnáctiletých studentů. V Česku se do studie v roce 2019 zapojilo téměř 3000 respondentů*" (Drogy-info 2020).

[4] V roce 2016 na výzkum reagovalo 175 zemí, nicméně u některých otázek výzkumníci pracují pouze s daty ze zemí, které se výzkumu účastnili v letech 2008, 2012 a 2016, tj. 148 zemí (WHO 2018, s. 88).

[5] Úplný zákaz alkoholu se objevoval v zemích tzv. Eastern Mediterranean regionu, který zahrnuje typicky muslimské země jako například Saudská Arábie, Spojené arabské emiráty, Pákistán, Egypt aj. (WHO 2018).

žádná omezení na internetu a sociálních médiích, „*což naznačuje, že regulace v mnoha zemích zaostává za technologickými inovacemi v marketingu*“ (WHO 2018, s. 16).

V případě aktivit prevence rizikového chování a zvýšení povědomí se země nejčastěji zaměřují na témata řízení pod vlivem (93 %), mládež (79 %) a zdraví (77 %), kdežto na domácímu násilí se věnuje pouze 66 % zemí a společenským škodám 51 % (WHO 2018, s. 92).

Jedním z efektivních opatření pro snížení spotřeby alkoholu se podle výzkumu jeví omezení fyzické dostupnosti alkoholu regulací hodin a dnů prodeje či hustoty prodejen alkoholu. Kolem poloviny zúčastněných zemí reguluje hodiny pro prodej alkoholu, nicméně hustotu či regulace dnů prodeje hlásila přibližně čtvrtina zemí (WHO 2018, s. 100–101).

3.3 Příklady dobré praxe práce s rodinou

V této podkapitole bych ráda uvedla několik příkladů dobré praxe práce s rodinou závislé osoby v rámci nastavení alkoholové politiky.

Jako první případ uvedu Švédsko. V rámci nastavení švédské sociální a alkoholové politiky dochází k vysoké míře decentralizace a řada veřejných služeb je poskytována lokálně. Zajímavým příkladem práce s rodinou je i povinnost obecních úřadů (z překladu municipalities) vypořádávat se s následky zneužívání alkoholu. Ty řeší nejen s ohledem na dané alkoholiky, ale i jejich rodiny, a to prostřednictvím sociálních služeb, tzn. že by mělo automaticky docházet k péči o rodiny závislých. Zároveň jsou obce povinny dále šířit informace či zkušenosti a preventivně pracovat proti zneužívání alkoholu (Karlsson 2017, s. 237).

Dalším příkladem je národní alkoholová strategie Austrálie pro roky 2019–2026. Austrálie je známá pro zaměřování se na dopady alkoholu na rodiny a jiné oblasti. Ve své strategii uvádějí, že je nutné poskytovat podporu či radu pro rodinu, přátele atd. Strategie explicitně uvádí, že „*žádost o pomoc může být obtížná a je zásadní, aby služby byly v tuto chvíli schopny spolupracovat s danými osobami, které vyhledávají pomoc, a nabídnout praktickou podporu prvního kontaktu*“ (Department of Health 2019, s. 23). V rámci cílů strategie tvůrci také uvádí: „*posílit partnerství a komunikaci mezi službami za účelem podpory včasné identifikace problémů a zajištění léčby a průběžné péče, včetně mezi ochranou dětí proti alkoholu a službami násilí v rodině; a služby detoxikace a rehabilitace a následné péče*“ (ibid., s. 25).

4. Služby zaměřující se na pomoc rodinám

V rámci této kapitoly se budu věnovat službám, které se zaměřují na pomoc rodinám v ČR. Tyto služby mohou být sociální či zdravotní. Zároveň bude popisu služeb předcházet nastínění sociálního a zdravotnického systému v České republice.

Sociální služby se poskytují jedincům, rodinám nebo skupinám obyvatel. Ministerstvo práce a sociální věcí (2020d) uvádí, že cílem sociálních služeb je „*zachovávat lidskou důstojnost klientů, vycházet z individuálně určených potřeb klientů, rozvíjet aktivně schopnosti klientů, zlepšit nebo alespoň zachovat soběstačnost klientů, poskytovat služby v zájmu klientů a v náležité kvalitě*.“

V oblasti závislostí jsou důležité i služby zdravotní, resp. samotný proces léčení závislého jedince. V České republice se ale setkáváme s tím, že sociální a zdravotní služby jsou od sebe oddělené, avšak MPSV (2009a) prokazuje na to, jak jsou tyto služby propojené: „*zdravotně sociální péče je péčí na rozhraní mezi sociálním a zdravotnickým sektorem. V některých případech nemůžeme přesně říct, co je péče zdravotní a kdy se již jedná o péči sociální*.“ Je nutné k problémům přistupovat komplexně, ale v České republice je dlouhodobý problém, že jsou tyto dvě odvětví nedostatečně propojené, nejvíce například v péči o seniory. MPSV dokonce k této problematice zřídilo expertní panel, avšak zápisy ze setkání začínají v roce 2009 a končí o rok později v roce 2010 (ibid.).

V České republice se problematice alkoholu zdravotní služby věnují z pohledu jedince (léčení závislosti, psychiatrická pomoc), ale rodinám jako celku se věnují spíše sociální služby. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách rozděluje sociální služby na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence (§32). Služby jsou podle zákona pobytové, ambulantní nebo terénní (§33). Pro rodiny jsou nejdůležitější služby sociálního poradenství a sociální prevence. Mezi služby sociální prevence relevantní pro rodiny patří sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, intervenční centra, azylové domy, terapeutické komunity či kontaktní centra (MPSV 2020d). Sociální poradenství by mělo být součástí všech druhů sociální služeb, nicméně existuje i odborné sociální poradentství, které zahrnuje například rodinné poradny, poradny pro oběti domácího násilí apod. (ibid.). V následujících podkapitolách stručně nastíním sociální a zdravotnický systém v České republice a dále nastíním konkrétní služby z obou systémů.

4.1 Sociální systém ČR

Sociální systém je možné obecně pojmout jako systém podpory občanů dané země, kteří se dostávají do sociálních událostí, tj. situace, kterou člověk nedokáže sám vyřešit. Do těchto situací pak zasahuje stát, který se snaží dopadům těchto událostí předcházet, zmírňovat je nebo pomáhat s jejich vyrovnáním (Krebs 2010, s. 183).

V České republice funguje sociální systém na základě třech podsystémů – systém sociálního pojištění, státní sociální podpory a sociální pomoci, které na sebe navazují, avšak liší se v tom, jaké sociální situace řeší, jak jsou financovány a organizovány (Krebs 2010, s. 185–188). V rámci této práce je relevantní hlavní sociální pomoc, kam se řadí i sociální práce formou sociálních služeb (ibid.; zákon č. 108/2006 Sb.). Krebs (2010, s. 186) uvádí, že sociální pomoc „*vyjadřuje skutečnost, že se občan dostal do situace, kterou není schopen řešit sám nebo s pomocí vlastní rodiny.“*

Financování sociálních služeb v České republice probíhá z více zdrojů. Primárním zdrojem jsou veřejné rozpočty (MPSV, kraje, obce), avšak služby mohou získávat finanční prostředky i ze soukromého sektoru, nadací, fondů EU či přímých úhrad klientů služeb (Hanzlík 2018, s. 28). Sociální služby primárně závisí na přidělení určité částky z rozpočtu, a to může způsobovat problémy a situace může být proměnlivá[6].

4.2 Zdravotnický systém ČR

Zdravotnický systém se v České republice podle Krebse (2010, s. 343) na „*aktivity zaměřené na léčení a aktivity ve směru ochrany a podpory zdraví*“, tzn. aktivity ex ante a ex post. Ústředním oporou zdravotnického systému je systém veřejného zdravotního pojištění, které je pro téměř všechny osoby žijící a pracující na území ČR povinné a je vybíráno zdravotními pojišťovnami, za tzv. státní pojištěnce (děti, senioři aj.) odvádí pojistné stát (ibid.). Pojišťovny následovně svým klientům hradí jistý standard zdravotní péče, na který mají nárok (ibid.). V praxi v souvislosti s touto prací to dále znamená, že zdravotní služby jsou vázané na konkrétní osobu, tzn. jejich rodné číslo atd. Kdežto sociální služby ne. Systém veřejného zdravotního pojištění dává zdravotnickému systému jistotu garantovaného příjmu, a tím větší stabilitu.

[6] Toto potvrdil i respondent 2, který uvedl, že ve své službě vedli projekt, ve kterém poskytovali terapeutické skupiny pro rodinné příslušníky závislých osob za „symbolickou“ částku. Avšak financování ze strany města skončilo, čímž skončila i terapeutická skupina, kterou si služba nemůže dovolit provozovat (resp. by mohla ale příspěvek na účast by byl v řádu stovek a ne v řádu desítek korun, čímž se ze skupiny spousta lidí vyřadí).

4.3 Popis klienta služeb

V rámci sociálních i zdravotních služeb se pracovníci setkávají s tím, že je nutné maximálně brát v potaz individuální potřeby každého klienta/pacienta. Pracovník by měl práci uzpůsobovat klientovi a zohledňovat specifika jejich sociálního problému, např. důvody k závislosti, okolnosti, rodina apod. Klient závislý na alkoholu mívá silnou touhu po alkoholu a motivace se napít může být silnější než motivace k uzdravení a zlepšení jejich situace. Práce s takovými klienti je pro pracovníky náročná a dlouhá.

4.4 Kontaktní centra

Zákon (č. 108/2006 Sb.) definuje kontaktní centra jako „*nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách*." Tato sociální služba se snaží snižovat sociální a zdravotní rizika pojící se zneužíváním návykových látek (ibid.). V rámci kontaktní center se pracovníci věnují „*sociálně terapeutické činnosti, pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů či poskytování podmínek pro osobní hygienu*" (ibid.).

Kontaktní centrum je tedy určené nejen pro osoby užívající návykové látky, ale i pro jejich osoby blízké, ať už rodinné příslušníky nebo například blízké kamarády. Tím, že je tato služba nízkoprahová, tak by měla být případným klientům snadno dostupná, bezplatná, dobrovolná a individuálně přizpůsobitelná potřebám klienta. Tato centra mohou mít i edukativní či motivační faktor pro závislé klienty pro nastoupení k léčbě ale i pro pokračování v abstinenci, navíc svou nízkoprahovostí mohou klientům zprostředkovávat pozitivní zkušenosti s institucemi.

4.5 Krizová pomoc a intervenční centra

Krizová pomoc a intervenční centra jsou sociální služby pro osoby, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života, např. domácí násilí (zákon č. 108/2006 Sb.).

Krizová pomoc může být „*terénní, ambulantní či pobytová služba na přechodnou dobu. poskytovaná osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života, kdy přechodně nemohou řešit svoji nepříznivou sociální situaci vlastními silami*" (zákon č. 108/2006 Sb.). Tato sociální služba „*poskytuje ubytování, stravu či pomoc při zajištění stravy, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí*" (ibid.).

Intervenční centra se zaměřují na pomoc osobám ohroženým domácím násilím:

> „*na základě vykázání ze společného obydlí je osobě ohrožené násilným chováním vykázané osoby nabídnuta pomoc nejpozději do 48 hodin od doručení kopie úředního záznamu o vykázání intervenčnímu centru. Pomoc intervenčního centra může být poskytnuta rovněž na základě žádosti osoby ohrožené násilným chováním jiné osoby obývající s ní společné obydlí nebo i bez takového podnětu, a to bezodkladně poté, co se intervenční centrum o ohrožení osoby násilným chováním dozví*“ (zákon č. 108/2006 Sb.).

Tato služba poskytuje „*sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí či poskytuje ubytování, stravu nebo pomoc při zajištění stravy*“ (ibid.). Služba dále zajišťuje „*spolupráci mezi intervenčními centry, poskytovateli jiných sociálních služeb, orgány sociálně-právní ochrany dětí, obcemi, útvary Policie České republiky a obecní policie, jakož i ostatními orgány veřejné správy*“ (ibid.).

4.6 Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež

V rámci sociálních služeb jako jsou nízkoprahová zařízení dochází k práci s dětmi a mladistvými hlavně ve smyslu prevence. Takové zařízení může hrát v rámci života dětí ohrožených závislostí na alkoholu (či jiné látky) velkou roli. Pracovníci se snaží změnit přístup dětí k alkoholu či všeobecně k životu nenásilnou formou. Může docházet i ke spolupráci s dalšími členy rodiny, aby došlo ke komplexnější změně (Prevence-info.cz n.d.).

Celkovým cílem nízkoprahového zařízení je prevence rizikového chování a pomoc klientům se zvládnutím těžkých životních situací (Prevence-info.cz n.d.). V rámci služby se pracovníci snaží: „*zařízení vytváří prostředí, které je svým charakterem a umístěním blízké přirozenému prostředí cílové skupiny. Pracovníci respektují hodnotu individuality člověka, jeho důstojnosti a potřeb bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu, barvu pleti, zdravotní stav, náboženské přesvědčení…* “ (ibid.).

4.7 Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi

Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi zákon (č. 108/2006 Sb.) definuje jako „*terénní, popř. ambulantní, služby poskytované rodině s dítětem, u kterého existují rizika ohrožení jeho vývoje, nebo je jeho vývoj ohrožen v důsledku dopadů dlouhodobě obtížné krizové sociální situace, kterou rodiče nedokážou sami bez pomoci překonat a u kterého existují další rizika ohrožení jeho vývoje*.“

Tato sociální služba poskytuje „*výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí*“ (zákon č. 108/2006 Sb.). Tato služba podle zkušeností z rozhovorů v rámci této práce velice úzce spolupracuje s orgány sociálně-právní ochrany dětí. Služba se zaměřuje především na péči o děti, avšak hlavní rozdílem od OSPOD je její dobrovolnost, tudíž přístup klientů může být jiný (respondent 4).

4.8 Terapeutické komunity

Další službou, která může osobám závislým na alkoholu pomoci, jsou terapeutické komunity. Jedná se o službu pobytovou a poskytuje se pro „*osoby závislé na návykových látkách či osoby s chronickým duševním onemocněním, kteří mají zájem o začlenění do běžného života*“ (zákon č. 108/2006 Sb.). V rámci těchto komunit se poskytují i sociálně terapeutické činnosti, např. rodinné poradenství a terapie (Sananin n.d.).

V České republice se nacházejí i také terapeutické komunity jako v Karlově, která se specializuje na „*léčbu mladistvých (16–25 let) a matek/otců s dětmi*“ (Sananin n.d.).

4.9 Služby následné péče

V České republice jsou osobám závislým na alkoholu poskytované tzv. služby následné péče podle zákona o sociálních službách (č. 108/2006 Sb.)., mezi které patří opakovaná léčba, doléčovací programy či svépomocné skupiny.

V případě doléčovacích programů se může jednat o pobytové i ambulantní služby, které se zaměřují na péči po skončení léčby, kdy se závislá osoba vrací zpátky do běžného života. Některé pobytové doléčovací programy jsou dělané formou terapeutické komunity, viz předchozí podkapitola, kdežto ambulantní služby mohou být určené pouze pro osoby, které za sebou mají již ústavní či ambulantní léčbu závislosti, nebo ji právě podstupují a abstinují a chtějí se dále aktivně doléčovat (Lotos n.d.). V rámci těchto programů se konají individuální terapeutická sezení, ale i terapeutická sezení s rodinným příslušníkem (ibid.).

Svépomocné či terapeutické skupiny mohou být pro osoby závislé na alkoholu velice přínosné, navíc existují tyto skupiny i pro osoby blízké. Takové skupiny mohou nabídnout nepřenositelný zážitek, který klientům nemusí psycholog, terapeut, adiktolog či sociální pracovník dát. V rámci skupin osoby sdílí zážitky, rady či motivaci. Skupiny mohou fungovat i v rámci internetu, což mohlo najít využití například během pandemie covid-19. Nejznámější svépomocnou skupinou jsou například Anonymní Alkoholici (zkráceně AA).

4.10 Léčebné programy

Přímá léčba alkoholismu v České republice probíhá ústavní (pobytovou) či ambulantní léčbou. Ambulantní léčba může být v ČR vedená například jako adiktologické ambulance či poradny pro závislosti.

V rámci adiktologických ambulancí či ústavních léčeben se jedná o zdravotnické služby, kam mohou docházet spolu se závislou osobou i osoby blízké na párové či rodinné terapie. Nicméně kvůli české zdravotnické legislativě[7] není možné, aby do těchto služeb docházeli osoby blízké samy za sebe. Tyto služby jsou zpravidla vedené skrze zdravotní pojištění (tedy rodné číslo) a osoby blízké by musely být diagnostikovány, proto musí tyto osoby navštěvovat terapie či poradny v jiných sociálních či soukromých zařízeních. Nicméně ambulantní léčba může být jediným možným řešením pro řadu rodičů, kteří by se v případě ústavní léčby nemohli starat o své děti a museli hledat náhradní řešení péče.

Na poli služeb pro závislé na alkoholu se nacházejí i tzv. poradny pro závislosti. Takové poradny jsou spíše na pomezí zdravotní a sociální služby, avšak v případě konkrétní poradny v Olomouci se podle jejich webových stránek jedná o službu sociální, která „*je určena lidem, kteří se potýkají se závislostí či návykovým chováním, a nabízí poradenství lidem ohroženým návykovým chováním (včetně blízkých a rodinných příslušníků) a také ambulantní léčebný program pro osoby závislé na alkoholu, jiných drogách či hazardních hrách*“ (P-centrum 2018).

Problém adiktologických služeb je ale také v tom, že nejsou dostatečně ukotveny v systému. Odborníci se v posledních dvaceti letech snaží o vytvoření sítě adiktologických služeb, certifikační systém pro poskytovatele navázaný na dotační zdroje a program prevence ve školách (Zdravotnický deník 2020). Bohužel se ale tento systém nedaří prakticky ukotvit. Odborníci (Miovský, Popov, Zatřepálek in Zdravotnický deník 2020) jako důvod uvádí „*nízká míra koordinace a ochoty spolupracovat mezi odpovědnými resorty, nekoncepčnost ve financování, chybějící odborné vzdělávání pro lékaře nebo lepší příprava pedagogů*.“

Odborný panel Stálé konference Zdravotnického deníku (2020) poukazuje na to, že právě z důvodu absence sítě adiktologií a lékařské pomoci začaly vznikat nízkoprahové služby (terénní služby, kontaktní centra, poradenská centra, stacionáře aj.), čímž se do péče o závislé osoby zainteresovali i nezdravotničtí pracovníci (sociální pracovníci, psychologové) a tyto

[7] Podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů a zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

sociální služby se postupně profesionalizovaly. Opět se diskutovala i nedostatečná provázanost sociálních a zdravotních služeb, která je podle primáře Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN Popova (in Zdravotnický deník 2020) klíčová pro efektivitu a potřeby klientů, které spadají do obou sfér.

Miovský (in Zdravotnický deník 2020) uvádí, že síť ambulantních zařízení by měla vzniknout v rámci psychiatrické reformy (také reforma duševního zdraví), navíc pomáhá zvyšující se zájem privátních víceoborových ambulancí, kde pracuje více odborností dohromady, a dále se zvyšuje zájem mladých lékařů o téma adiktologie.

Odborný panel se usnesl, že je také nutné vytvořit prostor pro vzdělávání v adiktologii na lékařských fakultách, kde se podle panelu adiktologie nedostatečně věnují, a zároveň, aby Ministerstvo zdravotnictví uvedlo adiktologie opět jako atestační obor a rozšířilo postgraduální vzdělávání (Zdravotnický deník 2020).

5. Orgány sociálně-právní ochrany dětí

V rámci této práce je nutné zmínit i orgány sociálně-právní ochrany dětí, protože se jedná o nedílnou součást péče o ohrožené děti v případě výskytu alkoholismu v rodině. Závislosti či zneužívání jsou podle „*Zprávy o příčinách umisťování dětí mimo vlastní rodinu z perspektivy orgánů sociálně-právní ochrany dětí*“ považovány za jeden z hlavních rizikových faktorů ohrožující děti a také jedním z důvodů, proč orgány sociálně-právní ochrany dětí do rodin zasahují - „*závislost a zneužívání návykových látek je rizikový faktor, který se v mnohých odpovědích pojil s ostatními rizikovými faktory (nedostatečné rodičovské kompetence, neuspokojivá ekonomická a sociální situace, trestná činnost a další). Významnější riziko vnímali respondenti u rodičů, kteří svou závislost neřeší, nechtějí se léčit, případně si ji vůbec nepřipouští*“ (SocioFactor 2017, s. 175).

Sociálně-právní ochranu dětí vymezuje zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, který ji definuje jako:

> a) „*ochrana práva dítěte na příznivý vývoj a řádnou výchovu,*
>
> *b) ochrana oprávněných zájmů dítěte, včetně ochrany jeho jmění,*
>
> *c) působení směřující k obnovení narušených funkcí rodiny,*
>
> *d) zabezpečení náhradního rodinného prostředí pro dítě, které nemůže být trvale nebo dočasně vychováváno ve vlastní rodině.“*

Orgánem sociálně-právní ochrany (známé pod zkratkou OSPOD) mohou být podle zákona (č. 359/1999 Sb., §4) „krajské úřady, obecní úřady obcí s rozšířenou působností, obecní úřady, Ministerstvo práce a sociálních věcí, Úřad pro mezinárodně-právní ochranu dětí.“ Avšak existují i subjekty, které sociálně-právní ochranu dětí poskytují, ale nejedná se o orgány sociálně-právní ochrany dětí. Mezi tyto subjekty patří „*obce v samostatné působnosti, kraje v samostatné působnosti, komise pro sociálně-právní ochranu dětí a další právnické a fyzické osoby, které jsou výkonem sociálně-právní ochrany dětí pověřeny (tzv. pověřené osoby)“* (zákon č. 359/1999 Sb., §4).

Mezi činnosti OSPOD patří preventivní a poradenské činnosti či ukládání opatření na ochranu dětí. V následujících dvou podkapitolách popisuji, co všechno mohou dané orgány pro ochranu dětí dělat.

Je důležité také uvést, že rodiče mají povinnost s OSPOD spolupracovat, dostavovat se na jednání a orgány mohou od daných rodičů vyžadovat součinnost, navíc rodiče musí danému

orgánu umožnit návštěvy dítěte i rodiny v místě bydliště i v místech, kde se dítě pohybuje. V případě, že rodiče s OSPOD nespolupracují, může dojít až k uložení pořádkové pokuty do výše 20 tisíc korun (Špeciánová 2007, s. 29).

5.1 Preventivní a poradenské činnosti

V následující podkapitole se budu věnovat preventivním a poradenským činnostem, které mohou poskytovat obecní úřady, obecní úřady s rozšířenou působností a krajské úřady. Krajské úřady avšak zmiňuji pouze okrajově a dále už ne, protože se zaměřují hlavně na pěstounskou péči, svěřování dětí do péče jiné osoby atd.

Obecní úřad s ohledem na zaměření této práce vyhledává ohrožené děti převážně cílenou terénní sociální prací, jedná s rodiči o odstranění nedostatků ohrožující výchovu dětí, sleduje vývoj situace ohroženého dítěte, např. zda je zamezováno ohrožujícím situacím nebo prostředí (Špeciánová 2007, s. 21; zákon č. 359/1999 Sb.). Zároveň je v kompetenci obecního úřadu zahajovat součinnost ve vztahu ochrany ohrožených dětí s obecním úřadem obce s rozšířenou působností (ibid.). Mimoto i sám rodič se na OSPOD může obrátit a požádat o pomoc. V rámci rozhovorů s pracovnicemi OSPOD se prokázalo, že se na orgán obrací i druhý nezávislý rodin, např. v případě střídavé péče.

Obecní úřad obce s rozšířenou působností má oproti obecnímu úřadu větší pravomoci a mezi jeho pravomoci a povinnosti patří například „s*ledování nepříznivých vlivů působící na děti a sledování příčiny jejich vzniku, možnost činit opatření k omezování působení nepříznivých vlivů na děti*“ (Špeciánová 2007, s. 22; zákon č. 359/1999 Sb., §10). Mimoto mají v kompetenci pomáhat rodičům řešit výchovné a jiné problémy související s péčí o dítě (ibid.). Velkou součástí OSPOD obcí s rozšířenou působností je i možnost uložit výchovná opatření, jedním z nich, které blízce souvisí i s touto prací, je „*povinnost využít pomoc odborného poradenského zařízení“* (ibid.). Tato odborná pomoc může být jak pro dané ohrožené dítě či pro daného rodiče (ibid.). Další důležitou pravomocí OSPOD je "*pomoc při uspořádání rodinných poměrů, které by umožnily návrat dítěte do rodiny, při řešení životní a sociální situace apod.“* (Špeciánová 2007, s. 22). K tomu může OSPOD využít nástroje případových konferencí[8], ve kterých dochází

[8] „*Případové konference jsou setkáním rodiny a odborníků s obecným cílem sdílet informace a hledat řešení nepříznivé situace rodiny. Osobní setkání je využito jako přidaná hodnota k běžnému sdílení informací, kdy mají všichni účastníci možnost vyjádřit svůj názor a možnosti řešení dané situace. Případová konference musí mít předem stanovený cíl, od něhož se odvíjí sestavení účastníků a průběh jednání. Dle zákona o SPOD jsou OSPOD povinny svolat případovou konferenci vždy, kdy dochází k zásadní změně v situaci dítěte, např. při umístění dítěte mimo rodinu (viz § 14 zákona o SPOD), možné je případovou konferenci realizovat kdykoliv v průběhu práce s rodinou*“ (Jůzová Kotalová 2015, s. 24).

ke spolupráci všichni zainteresovaní aktéři, např. „*zástupci škol, zařízení poskytovatelů zdravotních služeb, orgánů činných v sociální oblasti, orgánů policie, pracovníků v oblasti náhradní rodinné péče, poskytovatelů sociálních služeb aj.*“ (zákon č. 359/1999 Sb., §10).

5.2 Opatření na ochranu dětí

Jak jsem již zmiňovala na začátku kapitoly, orgány sociálně-právní ochrany se mohou uchýlit až k tzv. opatřením na ochranu dětí. Nicméně nejedná o rychlý zásah do života daných osob, protože úřady mohou podávat návrhy (v případě obcí s rozšířenou působností) či podněty (obecní úřady) k soudu, který potom o osudu rodin rozhodne. Mezi takové opatření patří „*napomenutí rodičů, kteří narušují řádnou výchovu dítěte, omezení až zbavení rodičovské zodpovědnost nebo pozastavení jejího výkonu, svěření dítěte do péče zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc aj.“* (zákon č. 359/1999 Sb).

6. Analýza a diskuze výsledků výzkumu

V rámci této kapitoly se věnuji interpretaci výsledků expertního šetření. V podkapitolách vymezuji klienty poskytovaných služeb, přístup AHTO, jednotlivé dopady pití alkoholu na rodiny: vztahové problémy, psychická újma, finanční potíže, domácí násilí a dopady na děti. Další podkapitoly jsou věnovány strategiím řešení uváděných dopadů v rodinách, jako výsledek tematické analýzy uvádím schéma strategií všech nalezených strategií řešení alkoholismu v rodině. Také se zabývám přístupem závislých, stejně jako vlivem pandemie Covid-19 na poskytování služeb, spoluprací sociálních služeb a institucí, bariérami této spolupráce a potenciálu zlepšení situace. Více k respondentům, se kterými jsem vedla rozhovory, je v kapitole 1.2 Metoda sběru dat.

6.1 Klienti služeb

Rozhovory prokázaly různorodost zaměření služeb či organizací. V České republice je systém sociálních a zdravotních služeb poskytovaný rodinám ohroženým dopady alkoholu spíše roztříštěný. Návaznosti služeb a případným bariérám se budu věnovat v podkapitolách níže, avšak s tím je spojen i typ klienta, který se ve službách vyskytuje. V případě adiktologických ambulancí je klientem závislá osoba a osoby blízké či rodina může docházet na sezení pouze se závislým, protože se jedná o zdravotnickou službu, která je vedená pouze na diagnostikovaného klienta (respondent 2 a 3), resp. v případě respondenta 2 je možnost do služby docházet, ale poradentství není zdarma jako v případě sociálních služeb.

V případě sociálních služeb, se jedná už více otevřené prostředí, kam může chodit i závislý i jeho rodina (či kamarádi apod.). Nicméně v řadě služeb se neřeší děti závislých, ale řeší se pouze ten člen rodiny, který do služby přijde, a z povahy služeb (dobrovolnost) či jejich naplněnosti a dlouhých čekacích dob nedochází k aktivnímu řešení situace rodiny jako celku, myšleno děti a ne pouze třeba závislá osoba a partner. V těchto službách pak dochází k odkázání klienta na specializovaná pracoviště:

„*Ne, to se nestává (že by nezávislý rodič docházel s dítětem). […] (Asi to řeší) doma nebo my tady máme manželskou rodinnou poradnu, tak můžou chodit tam. Pokud se to manifestuje jako třeba nějaké problémové chování toho dítěte to, že to je jako symptom toho alkoholu, tak můžou chodit tam nebo do nějakého Střediska výchovné péče nebo něčeho podobného, kde řeší tyhle potíže.“* (Respondent 3)

Dále je nutné poukázat na to, že je rozdíl v přístupu klientů ke službě, pokud to mají nařízené například OSPOD, nebo přicházejí dobrovolně sami. Podle statistiky Ministerstva práce a sociálních věcí (2021) orgány sociálně-právní ochrany dětí v posledních pěti letech (2016-2020) využily výchovná opatření podle §13, odst. 1 zákona o sociálně-právní ochraně dětí č. 359/1999 Sb. v 1736 případech, z toho dohled v 854 případech a využití odborné poradenské pomoci nebo terapie v 185 případech.
Práce s klienty ve službách a přístup klientů se podle expertů liší (dále rozebírám v kapitole 6.4 Přístup klientů):

"*Hodně lidí to má nějakým způsobem nařízené, ať už soudně, přes OSPOD, probačku atd. […] Obecně, když přichází lidi s nějakým takovým doporučením nebo nuceně, tak je to o velkém dohledu, já tam jsem součást nějaké "kontroly" a klienti mě tak i vnímají. Není to tak otevřené a nejde tam pracovat terapeuticky. Kdežto, když někdo přijde sám, tak už to není na hladině poradenství, ale jdeme do hloubky a je to terapie, zaměřujeme se na hlubší problémy."* (Respondent 1)

Zároveň bych oddělila Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi (respondent 4) a OSPOD, protože zde jsou v ohnisku zájmu děti. Rodiče jsou v těchto organizacích a institucích v pozici vedlejší, nicméně tyto služby nastavují svou práci tak, aby rodiče fungovali a starali se dobře o děti. V těchto službách dochází k tzv. sanaci rodiny. Sanace rodiny znamená „*postupy podporující fungování rodiny, kdy cílem je především zachování nebo obnovení funkcí rodiny v jejím přirozeném prostředí a udržení dítěte v podmínkách funkční rodiny, činnosti spočívají zejména v posilování rodičovského chování, snížení závislosti na poskytování dlouhodobé pomoci a snížení rizika opakování sociálního selhání*" (MPSV 2009b, s. 2). Na základě této myšlenky pak fungují Sociálně aktivizační služby pro rodiny dětmi, ale i OSPOD. Nicméně OSPOD na závislosti nahlížení přísněji a většinou vyžadují abstinenci, navíc tyto orgány mají možnost uložit výchovná opatření nebo i děti z péče rodiče odebrat. Tomu se tak v posledním roce i stalo ve 4295 případech a to nejčastěji do pěstounské péče (MPSV 2021).

"*Cílem spolupráce je péče o dítě, takže kroky v rámci individuálního plánu dítěte nastavujeme tak, aby rodiče byly v takovém stavu, aby byly schopni zajistit péči o dítě. Často tam nastavujeme i to, že rodič s dítětem dochází k psychologovi, kde se ošetřuje i to dítě, abychom ověřili, co už zažilo, jak to zpracovalo. Na to ty rodiče slyší, mají zájem se dostavit. To, co rodiče neradi slyší, je že problémy jejich dětí jsou důsledkem jejich pití.* […] *Z alkoholismu není cesty ven, musí tam být celoživotní abstinence*." (OSPOD 2)

Právě z důvodu této moci se od OSPOD liší Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi či jiné sociální služby, protože fungují na dobrovolné bázi a nutit rodiče k léčení nemohou. Avšak jak jsem již zmiňovala výše spolupráce s nimi může být rodině uložena právě OSPOD:

"*Na prvním místě je u nás dítě a fungování rodiny. Pokud klient chce třeba jít na pobytovou léčbu, řešíme, kdo se bude o dítě starat, ať už nějaký jiný rodinný příslušník nebo nějaké výchovné zařízení. Když ale klient tu svou závislost řešit nechce, nastavujeme zde kroky v rámci individuálního plánu a děláme pouze to, co klient chce. Mám klientku, která alkoholismus řešit nechce, a řešíme spolu bytovou situaci, finanční věci, aby se její dcera mohla přihlašovat na distanční výuku. Teď zrovna nepije, ale jedno období pila, válela se na náměstí opilá a byla jí i odebrána dcera, tak jsme třeba spolu pracovaly na tom, aby se k ní mohla vrátit. Prostě můžeme řešit pouze ty problémy, které klientka chce. Já si ani nepamatuji, že bychom měli nějaké klienty, kteří by se léčili.*" (Respondent 4)

Zároveň se i na klientech projevuje, jak dlouho rodinný příslušník se závislou osobou žije a jak uvádí respondent 2 poradenství pak může přecházet do záchrany sama sebe. Toto je i způsob řešení, který všichni experti zmiňovali a více ho rozebírám v kapitole 6.3.2 Navrhované strategie řešení: „*Já ty rodinné příslušníky rozděluji na takové dvě skupiny. První, kteří přijdou po pár měsících či letech, tak ti chtějí zachránit toho závislého. Ale ta druhá skupina, která přichází po několika letech, co s alkoholikem žijí, chtějí zachránit sebe*." (Respondent 2)

Na závěr této kapitoly ještě uvedu citaci jednoho z expertů, která shrnuje, že nelze generalizovat závislé na alkoholu, ani postižené rodiny, protože záběr této problematiky je velmi široký. Tuto zkušenost potvrzuje i expert Kuda[9] (2021), který upozorňuje na to, že alkohol prostupuje všechny vrstvy společnosti:

„*To, co mám ráda na naší službě, je ten obrovský rozptyl. Ať už toho sociálního kontextu, těch lidí, tak i toho rizikového pití, čili během dne se mi tam v konzultačce vystřídá stepfordská panička s paní, co je úplně na kraji společnosti, a je tak krok od toho spadnout do bezdomovectví*." (Respondent 6)

6.2 AHTO

Nejčastějším tématem, který se v rozhovorech s experty opakoval, je **komplexnost** problému alkoholismu a dopadů na osoby blízké či rodinu. Jednotlivé dopady nejsou izolované, ale problém je komplexní, dopady jsou provázané, záleží také na spouštěči závislosti atd. Na

[9] Mgr. Aleš Kuda je adiktolog, psycholog a psychoterapeut. V roce 1996 založil první doléčovací centrum pro závislé v České republice a zároveň založil i terapeutickou komunitu pro závislé (Neocentrum 2020).

komplexnost alkoholismu a jeho dopadu na další osoby upozorňují i přehledové články, které zmiňují i problémy v jiných aspektech života závislého (Hnilicová a Dobiášová 2018, 2020; Nováková a Mravčík 2020). Komplexnost problematiky potvrzují i dotázaní experti:

„*Je to propojené. Ten člověk, který se potýká se závislostí na alkoholu, se často chová nevyzpytatelně, není moc čitelný, to je velká zátěž třeba psychická speciálně pro děti, nebo třeba i proto partnera, takže to má dopady vlastně jako ty psychosociálně ekonomický, jako ve všech oblastech může být*.“ (Respondent 3)

„*Pokud budeme mluvit o závislosti na alkoholu, tato nemoc ovlivňuje možná až poškozuje rodiny komplexně. Má to značný dopad na rodinou situaci, a to v negativním smyslu. Dost záleží také na délce závislosti daného člověka, na motivech změny, na prostředí, na širší rodině a zázemí, postavení a rolí v rodině daných členů*.“ (OSPOD 1)

Provázanost může být i na ztrátu zaměstnání kvůli řidičskému průkazu, to pak souvisí s ekonomickou zátěží rodiny kvůli ztrátě druhého příjmu (podobně i Hnilicová a Dobiášová 2020; Nováková a Mravčík 2020), následné zhoršení vztahů atd.:

„Samozřejmě to má dopad na to, jak ten člověk dokáže sociálně fungovat, tzn. to jak plní ty svoje role, ať už chození do práce, studium, řízení auta, to se pak samozřejmě projevuje na nějakých ekonomických dopadech. Tzn. ten člověk přijde o řidičský průkaz, tak nemůže třeba do práce nebo má horší práci. Když nechodí do práce, tak přijde o práci, sníží se příjem rodiny, to se potom samozřejmě odráží nějak na vztazích, manželů nebo partnerů, dětí.“ (Respondent 3)

V rámci této kapitoly se dále budu věnovat dopadům jednotlivě s tím, že dopady na děti diskutuji zvlášť, nicméně provázanost dopadů je samozřejmá a je nutné si uvědomovat komplexnost závislosti na alkoholu. Zároveň v této kapitole sice neřeším dopady na jednotlivce, ale ty je také nezbytné brát v potaz, protože se to odráží na fungování rodiny. Avšak i přístup nezávislého partnera se odráží na závislém a případném zpomalování či zrychlování léčby (uvádí respondenti 3 a 7).

Navíc je nutné uvést, že zde nediskutuji dopodrobna domácí násilí či škody na majetku, které jsem uváděla jako dopady na rodinu v teoretické části této práce. V případě škod na majetku je žádný z expertů neuvedl. Nemusí to být nutně z toho důvodu, že by se v rodině tento problém nevyskytoval, nicméně to není něco, co by klienti ve službách řešili a přicházejí řešit hlavně alkoholismus závislé osoby. Co se týká domácího násilí (Caan 2013; Hnilicová a Dobiášová 2020; Laslett et al. 2015; Wilson et al. 2017), tak tento dopad se v rozhovorech objevoval pouze

okrajově, právě z důvodu nedostatku respondentů expertů z oblasti specializovaných služeb na tuto problematiku jako jsou krizová či intervenční centra. Dotazovaní experti ve většině případů zmiňovali, že případy domácího násilí referují na specializovaná pracoviště. Nicméně služby mohou poskytnou nějaké základní poradenství a snažit se alespoň nějak situaci pomoci:

„*(Domácí násilí) je nějaký přidružený problém, který závisí s tou závislostí, ale setkáváme se s těmi případy. My v ten moment poskytneme tomu člověku nějaké základní know-how, co v té situaci dělat […] abychom ošetřili tu situaci a bezpečí toho člověka, ale potom to zprostředkováváme na další odborné zařízení*." (Respondent 7)

6.2.1 Vztahové problémy

Prvním dopadem, který v této kapitole rozeberu jsou vztahové problémy. Jak uvádějí zahraniční studie věnující se problematice AHTO, vztahové problémy jsou uváděny na prvních místech dopadů alkoholu na druhé osoby (Laslett et al. 2015, Wilson et al. 2017). V souladu s výzkumy byly i výpovědi všech dotázaných expertů. Všichni uváděli problémy od nabourání chodu domácnosti až po rozvod či rozchod partnerů: „*je tam určitě vztahový rozvrat, na všech úrovních, ať už na té partnerské v sekundární rodině, anebo v primární rodině. Rodiče dané osoby jsou více tolerantní, víc mu odpustí než ten partner.*" (Respondent 1)

Dopad alkoholu na vztahy přímo souvisí s psychickou újmou na osoby blízké, protože, jak jsem již psala výše, problematika dopadů alkoholu na osoby blízké je velice komplexní.

6.2.2 Psychická újma

Dopad alkoholu na psychiku blízkých osob je enormní a přímo souvisí se všemi ostatními dopady, ať se jedná o finanční potíže, domácí násilí či vztahové potíže. Nejčastěji se v rámci rozhovorů s experty objevovala témata **nedůvěry**, **pocit bezmoci**, **nízká sebedůvěra, pocit viny, stud, odmítání či nepřiznávání si vážnosti situace** (podobně Caan 2013; Laslett et al. 2015; Manton et al. 2014; Wilson et al. 2017):

„*Musí si znovu vybudovat důvěru k závislému, ale i okolí, mají obrovské pocity viny, nízkou sebedůvěru*." (Respondent 2)

„*Je tam velké téma nedůvěry, nespolehlivosti. Pokud je to můj partner, máme spolu děti, tak chci, aby nějak fungoval/a, chci se spolehnout, že může být s dětmi. Často přicházejí ve chvíli, kdy narazí u té osoby, která užívá, že to nechce řešit. Nebo často řekne „jo dobrý, já to budu řešit", ale není vůbec aktivní. Často nám volají „já bych chtěla objednat dceru, syna, mámu, tátu, partnera partnerku", ale takhle to nefunguje. Nemáme žádné zázračné řešení, když přijde*

někdo nemotivovaný, že ho vyléčíme. Tak tohle, ten náraz na tu svou bezmoc, to je velice časté." (Respondent 5)

Pokud se jedná o rodiče závislého, tak experti uváděli hlavně pocit viny a braní zodpovědnosti na sebe. Samozřejmě v případě rozpadu partnerství/manželství se tyto problémy mohou s daným člověkem nést do dalších vztahů.

6.2.3 Finanční potíže

Dalším dopadem, který mě u tohoto tématu napadl mezi prvními (Caan 2013; Laslett et al. 2015), byly finanční potíže spojené s kupováním alkoholu atd. Tento dopad sice experti v malé míře potvrdili, nicméně ne v takové, jak bych očekávala. Například respondent 1 uvádí, že ekonomický dopad na rodinu je, ale rodina má jistý pud sebezáchovy, proto dokáže situaci v čas zarazit: „*dopad ekonomický určitě, ale rodiny to tolik neřeší, řeší to spíš ty lidi, co pijí, ale ty rodiny to většinou nenechají tak hluboko dojít (k dluhům), je tam nějaký pud sebezáchovy. Ta rodina dřív zasáhne, vyhodí ho atd. Na tu rodinu ty ekonomické dopady tolik nedopadají*." (Respondent 1)

Na to navazuje respondent 2, který uvádí, že dluhy nejsou většinou největší problém „*dluhy se tam objevují, ale nikdy to není to, co by řešili nejvíc. Nejvíc se řeší ty vztahy a psychická újma*." Nicméně respondent 4 a 7 uváděli, že v rámci svých služeb se svými klienty často řeší exekuce a dluhy, ale celkově se nejedná o izolovaný problém.

6.2.4 Dopady na děti

Dopady alkoholismu rodičů na děti jsem od ostatních dopadů oddělila, protože děti jsou alkoholismem rodiče ovlivňovány jinak než druhý rodič či partner. Výzkumy (Caan 2013; Hall a Webster 2007; Tedgard, Rastam a Wirtberg 2019; Smit et al. 2007; Van der Vorst et al. 2005) toto potvrzují a děti staví do jedinečné pozice, protože v rámci dětství dochází k socializaci, učení vzorců chování atd., proto jsou děti zranitelnější než druhý partner. Tuto jedinečnou pozici potvrdili i respondenti tohoto výzkumu:

"*Ty dopady na děti jsou fatální, od agresivity, výchovné problémy, problémy ve škole, vztahové problémy, po alkoholismus v primární rodině. Ty děti si to nesou, vidí ty vzorce atd*." (Respondent 1)

„*Je tam hrozný dopad na děti, mají mnohem větší riziko, že do toho taky spadnou, nedůvěřují, hrozné pocity viny, žádná sebedůvěra, špatně navazují vztahy atd.“* (Respondent 2)

„U mladších školních dětí se často objevuje ADHD ve spojitosti s dalšími poruchami pozornosti, je to většinou v souvislosti s tím, že ten rodič se pro to dítě chová nečitelně a taky není schopen dodržovat pevný režim a řád, což to dítě útlého věku většinou potřebuje, a ty problémy naskakují, čím to dítě stárne." (OSPOD 2)

Jak je vidět z citací výše, dopad na děti při závislosti jednoho z rodičů (či obou) je obrovský. Problémy, které se mezi dotazovanými experty opakovaly, byly – **nízká sebedůvěra, špatně naučené vzorce chování, problémy s pozorností, vztahové problémy, agresivita, pocit viny, úzkosti, posunuté „hranice", problémy s autoritami**. Celkově jsem tyto dopady rozdělila na **vztahové problémy** a **psychická újma**, které pak hrají roli v **problémech ve škole** (Torvik et al. 2011 in Caan 2013, s. 11) či **vybavení dítěte do života (**Hall a Webster 2007; Tedgard, Rastam a Wirtberg 2019):

"*U těch dětí je často problém s respektováním autorit, mají problém se soustředěností, vede to ke kázeňským přestupkům v rámci školských zařízení, které jsou pak řešeny. Často jsou pak klientem u kurátorů pro děti a mládež. Často zaznamenám, že je (děti alkoholiků) řeší kolegyně, už se neřeší alkoholismus, ale něco jiného. I hranice mají nastavené jinak, což se pak neslučuje s pravidly školního řádu."* (OSPOD 2)

Nadto respondent 4 uvádí zkušenost se samoživiteli, která je sama o sobě složitá i bez alkoholu. Potvrzuje jak přebírání vzorců chování, tak vyšší riziko vytvoření závislosti:

"*Pokud se jedná o samoživitele, tak ty děti mají deprivační projevy, může se to překlenout až do psychosomatiky. Ty děti se bojí, jsou úzkostné a přebírají vzorce chování. Buď jdou ve stejných šlépějích jako rodiče, nebo naopak to odmítají. Ten transgenerační přenos tam je a bude. V těch rodinách to vidím, že to přebírají."* (Respondent 4)

Navíc děti si už od raného věku uvědomují, co se s rodičem děje, když je opilý. Dokáží to popsat sociálním pracovníkům či psychoterapeutům, nebo poznají, že jim rodič lže. Takové zážitky si děti nesou celý život:

„*Čím mladší, tím lépe dokážou popsat, jak to vypadá, když je rodič opilý. Mám jednoho předškoláka, který mi řekne: "já poznám, když mamka pije alkohol, chová se potom jinak, křičí, bolí mě z toho hlava. Mamka říká, že pije vodu, ale já poznám jak vypadá voda, ta je v PET lahvi, a mamka pije tu vodu ze skla." Dítě ani neumí číst, ale dokáže to rozpoznat a v rozhovoru mi to popsat a vystihnout."*(OSPOD 2)

S tím souvisí i **nedostatek pozornosti**, které se dítěti od rodiče kvůli alkoholu nedostává (Tedgard, Rastam a Wirtberg 2019). Nedostatek pozornosti může vést až k tomu, že dítě se

uchýlí k nemoci. Dítě totiž může podvědomě i vědomě vědět, že když je nemocné, tak se mu dostává pozornosti:

„*Nebo další mi povídá "když taťka vypije dvě piva, je v pohodě, vaříme spolu, hraje si se mnou, ale když jich vypije 10, tak se motá, chodí pořád kouřit a nehraje si se mnou." Ty děti vnímají, že nejsou v zájmu rodičů, když se napijou, proto jdou i do nemoci, protože si jich pak ten rodič všímá*." (OSPOD 2)

Dalším z důležitých dopadů je i vyšší **predispozice pro vytvoření závislosti** v dospělosti. Tento dopad přímo souvisí s naučenými vzorci chování. Vyšší riziko vytvoření závislosti uvádí i McLaughlin et al. (2012), Nešpor a Csémy (nedatováno), Smit et al. 2007 či Van der Vorst et al. 2005, zároveň ji potvrzují experti. Téměř všichni respondenti i pracovníci OSPOD zmínili predispozici pro vytvoření závislosti v dospělosti -„*jedna z velkých predispozic závislosti je závislost v primární rodině. Statisticky jsou ty lidi závislí víc, ale je to jen jedna z predispozic"* (Respondent 1). Navíc respondent 4 uvádí, že u dětí jsou dva typické scénáře - „*buď jdou ve stejných šlépějích jako rodiče, nebo naopak to odmítají. Ten transgenerační přenos tam je a bude. V těch rodinách to vidím, že to přebírají"* (Respondent 4). Tím se otevírá téma, kdy děti začnou své rodiče odmítat. Odlišností ale může být, jestli dítě odmítne rodiče jako osobu, anebo rodiče jako alkoholika. Mezi dětmi alkoholiků dochází k oběma případům. Experti mimoto zdůraznili, že fakt, že dítě začne **alkohol odmítat** úplně, je jediným kladným dopadem alkoholismu osoby blízké. Důležité je ale říct, že v rodině se vztahy typicky udržují na základě lásky a ne nadarmo se říká „láska hory přenáší". Děti svým rodičům hodně **odpouští**, potvrzuje to i expert:

„Děti mají ty rodiče jako modlu, ať jsou ty rodiče jaký jsou. I děti, co jsou v dětských domovech, mají tendence se k těm rodičům vracet, i když je třeba mlátili. Nevidím tam žádná pozitivita, pouze pokud se to dítě dostane do bodu, že ten alkohol odmítne, ale to, co si prožijou v dětství, se jim stejně promítne do dospělosti." (Respondent 4)

Posledním, ale neméně důležitým dopadem, který zde budu jmenovat, je vznik jevu **parentifikace.** Jedná se o situaci, kdy dítě přebírá roli rodiče, např. kvůli mladším sourozencům, anebo i kvůli rodičům samým (Ackerman 1987 in Veronie a Fruehstorfer 2001, s. 56). Alkoholismus u rodičů způsobuje ztrátu dětství jejich dětí či příliš rychlé dospění (Ackerman 1987 in Veronie a Fruehstorfer 2001, s. 56; Brisbane 1989 in Veronie a Fruehstorfer 2001, s. 57). Mimoto tyto děti mohou ztratit kontakt se svými vrstevníky právě kvůli diametrálně odlišným zkušenostem z domova nebo předčasné vyspělosti: „*řekla bych, že ty děti jsou předčasně vyzrálé, jejich pohled na život se neshoduje s jejich spolužáky. Mají odžito*

mnohem víc, je to vidět i v tom, jak se vyjadřují, jak ten (alkoholismus) popisují“ (OSPOD 2). Dále na to navazuje respondent 4 (ale všichni respondenti toto potvrdili): “*dost často se nám objevuje přebírání rodičovských rolí dětmi.”*

6.3 Strategie řešení

V následující kapitole se budu věnovat strategiím řešení, zároveň kapitolu rozděluji na strategie řešení rodin samotných (partnerů, dětí, rodičů) a strategie řešení, které rodinám radí pracovníci služeb a institucí.

6.3.1 Strategie řešení rodin

Strategie, jak se rodiny či rodinní příslušníci snaží řešit situaci, když je v rodině závislá osoba (či partner), se dají shrnout do těchto kategorií: **kontrola, domlouvání či hra na city** (citové vydírání)**, vyhrožování, snaha pomoci** (hledání řešení), **snaha řešit situaci za závislého[10], zlehčování situace, skrývání situace, odmítnutí.** Tyto strategie se objevují i při vyhledávání návodů „*co dělat, když mám v rodině alkoholika*“ apod. (Monico 2021; Nešpor 2020; Our Health Service 2019) a přímo souvisí se strategiemi, které osobám blízkým navrhují odborníci. V rámci rozhovorů s experty se ale projevila individuálnost chování rodinných příslušníků při řešení závislosti na alkoholu. Většina expertů se přikláněla k tomu, že jejich **přístup k situaci souvisí s tím, jaký člověk je**. To v praxi znamená, že pokud se jedná o přirozeně dominantního člověka, pravděpodobně bude závislého kontrolovat a naopak, pokud se jedná o více citově založeného člověka, tak je větší pravděpodobnost, že se bude snažit závislému domlouvat:

“*Hrozně záleží, co je to za člověka, pokud se jedná o člověka, co je přirozeně dominantní, tak se toho závislého bude snažit kontrolovat. Ale pokud je to člověk více citově založený, tak si pravděpodobně do té pozice kontroly nestoupne a bude se mu snažit spíše domlouvat, přemlouvat, zjišťovat proč, podporovat ho. Takoví lidé ani nejsou třeba schopni toho člověka kontrolovat, nejsou na to zvyklí, nikdy to nedělali*.” (Respondent 1)

Přístup dotázaných respondentů potvrzují i výzkumy zaměřené na způsoby zvládání alkoholismu v rodinách (Easley a Epstein 1991; Hussong a Chassin 2004). Tyto výzkumy však dále prokazují, že „*existuje vztah mezi zvládáním stresu důležitých událostí života a užíváním drog v dospělosti a mezi stresem spojeným s novými rolemi dospělosti a nadměrným užíváním*

[10] Tuto strategii potvrdilo více respondentů, např. 2, 5 a 7, kteří uváděli, že osoba blízká do služby například volá, aby závislého objednala, snaží se ho tam dostat proti jeho vůli či zjišťuje možnosti, jak ho dostat do léčení. Nicméně se prokazuje, že pokud závislá osoba nechce se situací nic dělat sama, je nutné se zaměřit sám na sebe a zachránit spíše sebe (více v další kapitole zaměřené na navrhované strategie odborníky).

alkoholu“ (Hussong a Chassin 2004). Což znamená, že v situaci, kdy například otec je závislý a matka se začne k otci nějak chovat, tak to má přímý vliv na jejich dítě a to, jak se bude chovat v dospělosti či jaké přebere vzorce chování (ibid.). Respondent 3 dodává, že osoby blízké se snaží pomáhat v dobré víře, nicméně to na závislého (či jejich dítě, které od nich přebírá vzorce chování) nemusí působit tak, jak je zamýšleno. Mimoto každý člověk je jiný, má zažité jiné vzorce chování, představy o fungování rodiny apod.:

„*Některý mají snahu třeba pomáhat. Většina dělá ty věci v dobré víře se snahou pomoc. Bych řekl, že to je spíše často projev nějaké zoufalosti, co člověk musí vlastně všechno, aby se s tím nějakým způsobem hlo. Rodina je tvořená z lidí, kteří vyrostli ve svých rodinách, zažité nějaké vzorce chování nebo představy o tom, jak by ta rodina měla fungovat. Už to samo o sobě je komplikované u lidí, kteří nepijí, natož když je tam ještě ten alkohol.*“ (Respondent 3)

Co se týká rodičů závislého a jejich chování, tak se zde opakují témata z dopadů alkoholismu na rodinu - **stud, vina, zlehčování, skrývání** (Easley a Epstein 1991; Hussong a Chassin 2004). Toto zmiňuje pracovnice OSPOD 2, ale potvrzují i další respondenti:

“*Do poslední chvíle se za to jejich dítě bijí a snaží se ho krýt, bojí se ostudy, myslí si, že se ta situace zpraví, zlehčují to atd. Ale jakmile dojde ke komunikaci s úřady, mají tendenci to zlehčovat, pak je tak důležité, co je prokazatelné, na čem se domluvíme, jaká je ta spolupráce atd.”* (OSPOD 2)

“*Pro rodiče, kteří mají závislé děti, tak pro ně je to odstřihnout je je těžší. Je tam hodně pocit viny, že za to mohou, a tou vinou ho pak nedokážou odstřihnout*.” (Respondent 1)

V případě chování dětí závislého se musí také zohlednit věk daného dítěte. Opět se zde zohledňuje osobnost dítěte a jeho přirozené chování:

“*Děti spíše kopírují chování toho druhého partnera, případně prarodičů. Typicky, pokud táta pije a je tam máma a dcera, tak ta dcera kopíruje na 95 % chování té mámy.”* (Respondent 1)

„*Pak jsou děti, které jsou starší kolem 14. –15. věku, ty se obrací spíš na druhého rodiče - už s tím něco dělej, nebudu to dál snášet, jsou třeba těma, co tu laxnost či nejistotu toho druhého posunou k akci a jsou o tom schopni narovinu mluvit, jak to u nich doma vypadá, když se rodič napije. Tam často chtějí změnu a pracujeme na tom, aby zůstaly zachovány vztahy s tím (závislým) rodičem, aby se to zcela nerozvázalo. Tam jsou třeba i ty rodinné terapie*.” (OSPOD 2)

Navíc, pokud se bude jednat o dítě, které má blízko plnoletosti nebo už plnoleté je, je tu možnost osamostatnění se či **odmítnutí** rodiče, nicméně ekonomická závislost na závislém tu hraje velkou roli jak u dětí, tak u druhého partnera. Tato situace se objevila i u pracovnice OSPOD, která měla případ dvou dospívajících chlapců, kteří se od matky dokázali odpoutat, právě z toho důvodu, že se dokázali finančně zabezpečit:

„*To byli dva kluci, kteří… mě nenapadá jiné slovo než to moderní, že tu mamku úplně vyhejtovali - „neříkej, jak já se mám chovat, koukni se na sebe, jak ty se chováš". Takže úplně ji odmítali, nebyla tam vůbec žádná autorita. Co oni si adoptovali, nějaké povinnosti, které ta jejich mamka vypustila, že měli třeba 50 Kč na rohlíky, zabezpečili se, a ta mamka pro ně byla úplně jinde. […] Nezůstali někde na mama hotelu a pofrčej jako velmi schopní do svého vlastního života. Přispělo to k tomu předčasnému zkompetentnění, oni si neužili to dětství, a to se může promítnou dál do života."* (OSPOD 3)

6.3.2 Navrhované strategie řešení ze strany profesionálů

Experti se v přístupech k řešení situace (AHTO) téměř ve všem shodovali a neobjevily se žádné kontradikce. Témata, která se v rozhovorech objevila, byla – **nedělat plané sliby**, **odmítnout alkohol, ale ne osobu**, **stanovení hranic a bariér**, **zaměření se na sebe, a co mohu já dělat, pochopení závislosti jako nemoci, nabídnutí pomoci závislému.** Odborníci k situaci přistupují tak, že daná osoba blízká nemůže závislou osobu k ničemu nutit, proto je nutné zaměřit se sám na sebe tak, aby nedošlo k nějakým psychickým problémům. Pro příklad uvádím citaci respondenta 1, který shrnuje i přístupy dalších respondentů výzkumu:

"*Můj názor je radikální. Pokud ten závislý s tou situací nechce nic dělat, tak ta rodina by měla být tvrdá a toho člověka odmítnout. Za touhle mou filozofií stojí to, že se ta rodina zbytečně trápí, když ho chce neustále zachraňovat. Pokud ten člověk nechce udělat změnu, tak ta rodina by ho měla odmítnout. Ale neodmítnout ho jako člověka, ale jako alkoholika, např. "máme tě rádi jako tátu, ale nechoď sem opilej, nebudeme s tebou bydlet." Myslím si, že je to nejlepší řešení v tom, že ty lidi můžou být šťastný. To je nejdůležitější, když jsem šťastný, mám sílu, ale když budu unavený, nešťastný, vyčerpaný, tak nebudu mít sílu na to toho člověka přijmout, když projde léčbou*." (Respondent 1)

Přesně to, co v rozhovoru uvedl respondent 1, a podpořil to i zbytek dotázaných odborníků, přesně koresponduje s doporučenými strategiemi, které může klient najít na internetu při hledání pomoci (Monico 2021; Our Health Service 2019), anebo které doporučují i další známí odborníci (Nešpor 2020). Nešpor (ibid.) uvádí, že je důležité zaměřit se na sebe,

závislému nic nevyčítat, hýbat se, spát a „*nejlépe počítat se všemi možnostmi, včetně rozchodu. Aby blízký člověk návykový problém překonal, můžete sice něco udělat, ale není to zdaleka ve vaší moci*.“

Nejčastější strategií řešení, kterou odborníci doporučují, je **zaměření se na sebe sama a nastavení hranic,** zároveň i **nabídnutí pomoci závislému** (Monico 2021; Nešpor 2020; Our Health Service 2019). Všichni experti i články totiž uvádějí, že člověk musí myslet na sebe, protože jinak ho to může pohltit a sám může do nějakých problému spadnout:

„*Taky pomáhá, když se snažíme, aby se soustředili sami na sebe, aby vlastně ten závislostní problém nezahltil to jejich povolání, tu kapacitu, jak jejich, tak i té rodiny, aby uměli fungovat a dovolili si fungovat i bez ohledu na to, jak to vypadá s tím partnerem, aby mysleli na sebe, na své koníčky, volný čas, nějak jako čerpali zdroje nějaký, který se jim nabízí*.“ (Respondent 3)

„*Říkám jim, promluvte si s tím člověkem, připravte si ten rozhovor, co mu chcete říct. Ať si po naší konzultaci dají dohromady myšlenky, co mu (závislému) chtějí říct, a ať najdou vhodný okamžik, aby to třeba neřešili v podnapilosti nebo nějaké vyhrocené situaci. Ať jsou pokud možno jednotní, ta rodina, protože vy nastavíte ty hranice, a pak jde třeba žebrat peníze za babičkou. Jo, to je potom moc těžký. Jako můžu nabídnout pomoc, ale za nějakých podmínek. Ať to není jen tak „tady máš ultimátum a konec.“ Ale ať ta pomoc je třeba „pomůžu ti sehnat vhodný zařízení.“ Tenhle typ pomoci – „pomůžu ti, když vidím, že ty se snažíš.“ Je důležité dát taky najevo, že mě to trápí.“* (Respondent 6)

Jak se někteří partneři snaží závislým osobám vyhrožovat, tak odborníci poukazují na účinek planých výhružek: „*musí přestat s tím vydíráním, protože oni často mluví, ale nejednají, takže jim ten závislý nevěří a nemá to žádný účinek. Třeba řeknou, že od něj odejdou, odejdou na dva dny a zase se vrátí*“ (Respondent 2), Nešpor (2020) na tyto výhružky reaguje tak, že není v moci dané osoby blízké závislého vyléčit a je nutné si to přiznat.

Při zaměření na riziko agresivity ze strany závislého přístup pracovníků směřuje do **hledání únikových řešení** tak, aby osoba blízká nebyla ohrožená. S osobami například sestavují krizové plány, kam utéct, komu volat atd.:

„*Poskytneme tomu člověku nějaké základní know-how, co v té situaci dělat, s některými klientkami sestavujeme bezpečnostní plán, takový krizový plán, kdyby došlo k napadení tím agresorem. Vymýšlíme, kam by mohla utéct do úkrytu, co bude dělat s dětmi, třeba že se domluví se sousedy o nějakém varovném znamení, že se rozsvítí všechna světla v domě, že bude mít připravenou tašku atd.“* (Respondent 7)

V případě OSPOD a Sociálně aktivizačních služeb se přístup trochu liší, protože v těchto organizacích se zaměřují přímo na fungování daného závislého. Zde se v rozhovorech prokázal jako vhodný přístup **motivace „zlepšení se pro děti**“ nebo **probírání krizových scénářů**, co se může stát, když závislý nic nezmění. Toto sebeuvědomění a pohlédnutí na situaci jako celek totiž závislému může otevřít oči a skutečně pomoct:

„*Není to tak, že bychom k tomu alkoholismu přistupovali tak, že bychom ho odsunuli. My se o tom bavíme třeba neustále v těch rodinách, aby si ti klienti třeba nemysleli, že je to v pořádku, že požívají alkohol. Ale jsme služba dobrovolná a oni si mohou do individuálního plánu dát, že si chtějí sehnat lepší práci. V rámci sezení to s nimi probíráme, jaké dopady ten alkohol může na tu novou práci mít, že budou muset dýchat, že můžou o tu práci třeba kvůli pití přijít. V rámci schůzek si zapisujeme, že se to požívání alkoholu třeba snižuje, že se ten klient aspoň snaží. Příklad dobré praxe je, že se klientům dávají krizové scénáře, co se může stát, když pít nepřestanou nebo nezačnou fungovat jinak. Já pak třeba přecházím do té direktivy, kdy se s těmi klienti snažím mluvit lidsky, jmenuji všechny ty lidi, ty odborníky, většinou je kolem těch rodin hodně institucí a všeho, a říct jim narovinu, že pokud se nic nezmění, tak co se stane. Děti půjdou do dětského domova atd.“* (Respondent 4)

Na závěr jsem vytvořila schéma pro ilustraci, jaké strategie pro řešení alkoholismu volí rodina a jaké doporučují experti. Jedná se o shrnutí rodinných strategií tak, jak se s nimi setkávají v praxi experti, kteří lidem závislým na alkoholu a jejich rodinám poskytují profesionální pomoc. Navrhovaná řešení experty ale přímo reagují na výzkumy a doporučení specializovaných organizací (Easley a Epstein 1991; Hussong a Chassin 2004; Monico 2021; Nešpor 2020; Our Health Service 2019).

Obrázek 2 Schéma zobrazující strategie řešení alkoholismu v rodině

(Zdroj: autorka na základě rozhovorů s experty)

6.4 Přístup závislých

V rámci této podkapitoly se budu věnovat přístupu závislých osob k zdravotním a sociálním službám a OSPOD. Sociální i zdravotní služby jsou služby dobrovolné, nicméně dostávají jiný charakter v případě, že OSPOD (či probační nebo mediační služby[11]) závislému s nimi nařídí spolupráci. Je nutné ale uvést, že v případě, že se klienti dostávají do služeb „nedobrovolně", tak může mít práce s nimi jiný charakter. Jak uvádí respondent 1, objevuje se **menší důvěra**, **pocit kontroly**. Mimoto, jak je vidět z druhé citace, pracovníci mají ve většině případů oznamovací povinnost OSPOD[12]:

„Je to jiný formát (když mají návštěvy služby nařízené). Ty lidi tam vesměs nejsou sami za sebe a je to o nějaké větší kontrole, z toho důvodu je tam menší důvěra. Je to úplně jiná práce. Obecně, když přichází lidi s nějakým takovým doporučením nebo nuceně, tak je to o velkém

[11] Zákon č.257/2000 Sb. probační a mediační služby definuje jako „*probací se rozumí organizování a vykonávání dohledu nad obviněným, obžalovaným nebo odsouzeným, kontrola výkonu trestů nespojených s odnětím svobody, sledování chování odsouzeného, kontrola výkonu omezení a povinností uložených obviněnému a dále individuální pomoc obviněnému a působení na něj, aby vedl řádný život, vyhověl soudem nebo státním zástupcem uloženým podmínkám, a tím došlo k obnově narušených právních i společenských vztahů. Mediací se rozumí mimosoudní zprostředkování za účelem řešení sporu mezi obviněným a poškozeným a činnost směřující k urovnání konfliktního stavu vykonávaná v souvislosti s trestním řízením. Mediaci lze provádět jen s výslovným souhlasem obviněného a poškozeného*."

[12] Oznamovací povinnost vůči OSPOD mají podle zákona č. 359/1999 Sb., §10 například „*školy, školská zařízení a poskytovatelé zdravotních služeb, popřípadě další zařízení určená pro děti*"

dohledu, já tam jsem součást nějaké "kontroly" a klienti mě tak i vnímají. Není to tak otevřené a nejde tam pracovat terapeuticky. […] Je to na těch lidech většinou poznat, jak se k nám dostali." (Respondent 1)

„*Asi jo (liší se přístup klientů) a asi i v tom, že já mám k OSPOD oznamovací povinnost. Kdybych poznala, že to je nějaká vážná situace, a já těm klientům to říkám, že mlčenlivost končí v situaci, kdy by se jednalo o závažný trestný čin, nebo o ohrožení nezletilého dítěte. Ale zároveň jim říkám, že bych to neudělala za jejich zády, ale řekla bych „víte co, mě se zdá, že pijete přespříliš a že to má vliv na vaše dítě", na druhou stranu to se až tak často neděje."* (Respondent 6)

Dále v této podkapitole chci zmínit i motivaci k léčbě nebo terapii. Už v minulé podkapitole jsem zmiňovala, že takovým motivátorem, který pracovníci používají, je **změna pro rodinu či děti**, aby například nedošlo k odebrání a umístění do dětského domova. Tato část se hodně prolíná s navrhovanými strategiemi pracovníků, ale děti či rodina mohou „*nakopnout*" závislého ke změně i bez pomoci pracovníka. Respondent 6 zmiňoval, že rodina může fungovat jako motivace ke změně, jako „*nakopávač*", ale i jako nějaký pocit, že nechtějí rodinu zklamat:

„*Často někteří lidé přijdou, že by k nám chtěli docházet, že by chtěli přestat pít, tak přijdou s tím – „partner mi řekl, že se se mnou rozvede, dcera mi řekla, že se na to nebude dívat a že ke mně nebude jezdit, když budu takhle vypadat". Pro ně ta facka z blízkosti byla jako důležitá. […]A vlastně podle mě polovina z té intervence je, že je zavázaná těm svým dcerám a že se vlastně bojí o vztah, že „když už moje dcery udělaly něco takového, že zajistily nějakou ambulantní službu a ještě mě tam dovlekly a každý týden se vyptávaly, jestli tam byla," tak pro tu matku to byl silný moment. A nechce ty dcery zklamat."* (Respondent 6)

Respondent 4 kromě toho dodává, že motivátorem může být i **zdůraznění, co na rodině funguje**, a na tom dále stavět. Tento přístup koresponduje s národní strategií ochrany práv dětí (MPSV 2012, s. 4), která mimo jiné jako základní princip ochrany práv dětí a péče o ohrožené děti zmiňuje „*stavění práce na silných stránkách rodin*" a určuje priority sociální práci s ohledem na ohrožené děti: *„motivací je taky vypíchnutí třeba toho, co na té rodině funguje, ať už je to maličkost třeba, ale na tom pak stavět a pozitivně toho klienta motivovat. Když toho klienta za něco pochválíte, tak to dost často pomáhá. Záleží taky, jaký je tam s tím sociálním pracovníkem navázaný vztah, důvěra atd."* (Respondent 4)

Tuto podkapitolu, kde jsem se věnovala přístupu závislých k léčbě, službám či institucím, bych chtěla tyto přístupy shrnout. Projevil se dopad nařízení docházení do služby OSPOD nebo

probační a mediační službou, protože klienti často nemají k pracovníkům takovou důvěru, jako kdyby do služby začali docházet dobrovolně. Zároveň se prokázalo, že na řadu závislých „funguje“ rodina či děti jako motivace ke změně, navíc se jeví jako úspěšný přístup „zdůraznění, co na rodině funguje, a na tom stavět“ jak uvedl respondent 4.

6.5 Vliv covidu-19

Současná epidemiologická situace nejen v České republice ovlivnila řadu oblastí[13], např. v posledním roce se v českých médiích často objevovaly zprávy nárůstu domácího násilí (Čermáková 2021; Rasch 2021), proto mě zajímalo, jestli se i dotazovaní odborníci budou svými zkušenostmi shodovat se zprávami v médiích, případně jaké problémy v jejich službách v souvislosti s Covid-19 zaznamenali. Nicméně domácí násilí se v rozhovorech příliš neprojevilo, zřejmě z toho důvodu, že jsem neměla respondenta z organizace, která by se specializovala na domácí násilí. Samozřejmě se všemi opatřeními se **snížila dostupnost péče** právě z důvodu bezpečnosti pracovníků i klientů, vyžadování negativního testu apod. Navíc z důvodu omezení sdružování osob se také musely zrušit i svépomocné skupiny, které jsou pro spoustu osob důležité (uvádí respondent 3). Snížením dostupnosti se prodloužily čekací doby pobytových i ambulantních léčeben a pro spoustu klientů to může mít fatální dopad:

„*Problém byl v tom, že se zhoršila dostupnost péče, ať už nás tady té ambulantní tím, že prostě byly různé vlny, tak se dělaly různá opatření, fungovalo se online a podobně, tak to samozřejmě jako snižujete dostupnost pro některý typ lidí. […] Teďka už pracujeme normálně, tváří tvář vlastně. Problém byl v tom, že se snížila dostupnost pobytové léčby, a prodloužily se čekací doby o několik měsíců. To byl velký problém. Ještě se vyžadoval, že ten negativní test na Covid, takže komplikace.“* (Respondent 3)

„*Covid tolik situaci neovlivnil. Ale neměli jsme kapacity, byl velmi dlouhý pořadník. Jediné co, tak je teď hodně rodinných příslušníků, kteří se na nás obrací. Víc než minulý rok*.“ (Respondent 2)

Objevila se i otázka **zvýšení „popularity“ ústavní pobytové léčby v posledním roce.** Respondent 1 to vysvětloval tím, že to může být proto, že rodiny teď musí být doma a tráví spolu hodně času, čímž si mohou více „lézt na nervy“ a pro abstinující osoby to může být o to náročnější. Kromě toho tuto domněnku potvrzuje i expert Kuda (2021) a slova potvrzuje i

[13] Jedná se o období od března 2020 doposud (jaro 2021), kdy pod vlivem pandemie Covid-19 dochází k opatřením na zabránění šíření koronaviru včetně omezení volného pohybu osob (opatření se od začátku pandemie proměňovala, od uzavření restauračních zařízení, uzavření školských zařízení, tzn. domácí výuka, po zákaz návštěv v domácnostech.

respondent 1: "*přijde mi, že více lidí teď chce ústavní léčbu spíše než ambulantní. Je to asi z toho důvodu, že jsou teď pořád doma, už to tam nezvládají, a chtějí z toho prostředí pryč. Je pro ně těžší zůstávat v té rodině, předtím měli nějaké únikové mechanismy, dojdou si za kamarádem, a to teď nejde."* (Respondent 1)

Velký dopad pandemie se prokázal v případě služby Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi. Tato služba stojí podle výpovědi respondenta 4 na osobním kontaktu a návštěvách domácností, avšak na začátku pandemie (březen 2020) došlo k uzavření těchto služeb[14]. I po menším uklidnění situace v září 2020 Ministerstvo práce a sociálních věcí vydalo doporučení, aby sociální služby volily pro kontakt s klienty venkovní prostory či veřejné prostory a návštěvy v domácnostech nechaly jako poslední možnost (MPSV 2020f, s. 6). Z výpovědi respondenta 4 je zřejmé, že následovaly doporučený postup, tzn. že část problémů se snažili řešit distančně, např. po telefonu. Avšak to s sebou nese rizika, protože sociální pracovník **nevidí reálnou situaci v rodině**: "*důvodem, proč u nás ty problémy nevidíme narůstat, tak je to, že se s nimi nemůžeme potkávat. Do telefonu mi něco napovídají, ale já, když jsem třeba u nich doma, tak tam můžu něco vypozorovat, vidím, že tam něco nehraje. Takže ty problémy mohou narůstat, ale my to prostě nevidíme"* (Respondent 4). Tuto domněnku potvrzují i experti Winkler[15] (2020) a Kuda (2021), kteří předpokládají, že dopady pandemie se budou objevovat ještě dlouho „po".

Zároveň velkou kapitolou dopadů je **stres a zátěž domácí výuky** (potvrzuje výzkumník Petr Winkler 2021), protože většina dětí do školy nemůže chodit a musí se s nimi doma učit rodiče. Souvisí s tím i zajištění techniky (zmiňoval respondent 4). Pro rodiče ta celá situace ale může být taková zátěž, že dojde k relapsu, jako v případě zkušenosti pracovnice OSPODu (potvrzuje i Kuda 2021):

"*Je to pro tyto rodiče zátěžovější (děti nemohou do školy), řeší nějaké pracovní potíže s tím spojené, do toho řeší abstinenci, a ještě mají připravovat děti do školy. V poslední době mám zkušenost třeba v rodině, kde byla střídavá péče, kde oba rodiče byli závislí na drogách, otec i na alkoholu, tak dokázali být skvěle funkční, když dítě nastupovalo do první třídy. Drogy minimalizovali na nulu a otec cca 3 piva denně, ale byl schopen tu péči ve střídavém režimu*

[14] 16. 3. 2020 Vláda ČR schválila krizové opatření, kterým došlo k uzavření některých sociálních služeb, např. nízkoprahových zařízení pro děti a mládež, sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi, stacionářů aj. (MPSV 2020e).

[15] PhDr. Petr Winkler, Ph.D. je vedoucí výzkumného programu na Oddělení sociální psychiatrie v Národním ústavu duševního zdraví. Jeho tým provedl výzkum zaměřený na dopady pandemie na psychiku občanů – dostupné z: https://www.nudz.cz/files/pdf/tz-2021-01-suchej-unor.pdf

zajistit bravurně. Skvěle to fungovalo, ale kvůli té domácí výuce otec zcela selhal. Dítě je pouze u matky, otec pije a vrátil se k pervitinu a vlastně čtyřletá práce s rodinou šla do kopru. Otec nebyl schopen všechno zajistit, naplnit nároky školy a selhal." (OSPOD 2)

Dopady pandemie Covid-19 na fungování či poskytování služeb bych shrnula jako snížení dostupnosti péče, zvýšení poptávky po ústavní léčbě. Samozřejmě služby provázely různá opatření na pro zajištění bezpečnosti pracovníků i klientů služeb. Dotazovaní experti dále zmiňovali stres a zátěž z domácí výuky jejich dětí, to se pak vrací zpět ke zvýšení poptávky po ústavní léčbě. Mimoto je nutné dodat, že služby, jejichž hlavní náplní je návštěva domácností, nehlásí nějaké větší dopady pandemie, avšak to je spojené s tím, že nevidí reálnou situaci v rodině a velkou část práce dělají distančně.

6.6 Spolupráce s dalšími službami či institucemi

Na začátek této podkapitoly začínám citací respondenta 4, protože vystihuje, proč je spolupráce s dalšími službami nebo institucemi důležitá. Navíc i jedním z podcílů Národní strategie ochrany práv dětí pro roky 2021-2029 (MPSV 2020c, s. 30) je „*vytvoření systému včasné podpory a pomoci dětem a rodinám v rizikových situacích*", z čehož je patrné, že spolupráce je důležitá nejen pro pomoc rodinám (dítěti), ale může být i nástrojem pro včasné podchycení situace (potvrzuje i Institut projektového řízení 2017):

"*Správná sociální práce má poskytovat podpůrnou síť pro toho klienta. Proto, co nemůžeme v rámci naší služby zajistit, tak navazujeme spolupráci jinde. Běžně komunikujeme se školami základními i mateřskými, adiktologie, psychiatři, nemocnice, pediatři, OSPOD, úřad práce, soudy, jiné sanace rodiny, které mají třeba působnost jinde, věznice. Komunikujeme se všema, nenapadá mě nikdo, s kým nepracujeme.*" (Respondent 4)

V České republice je pro koordinaci sociálních služeb rozšířený proces komunitního plánování sociálních služeb, který „*podporuje koordinaci a rozvoj sociálních služeb na lokální i regionální úrovni*" (Bernard 2010, s. 100). V rámci tohoto procesu by ideálně měl vzniknout programový dokument, podle něhož se sociální služby budou financovat a rozvíjet. Mimoto by se na programu měli podílet i zástupci poskytovatelů služeb i reprezentanti uživatelů (ibid.). Bernard (2010, s. 107) však uvádí, že systém není vždy ideální, např. zapojení uživatelů se jevilo jako nedostatečné. Dobrou zkušenost s komunitním plánováním uváděla například pracovnice OSPOD 3.

OSPOD se zdravotními či sociálními službami navíc spolupracují téměř v každém případě - „*v naší pozici jsme spíš manažery sociální práce s rodinou a odesíláme k odborníkům*"

(OSPOD 1). A respondenti z řad těchto orgánů žádné problémy ve spolupráci víceméně nezmiňovali. Dokonce dochází i ke spolupráci, že se sociální pracovnice domlouvá s terapeutem na postupu, jak uvádí respondentka OSPOD 2. Ve „*Zprávě o příčinách umisťování dětí mimo vlastní rodinu z perspektivy orgánů sociálně-právní ochrany dětí*“ (SocioFactor 2017, s. 191-195) je i využívání odborných služeb a pomáhajících organizací viděno jako jedna z nejefektivnějších metod práce s rodinami ohroženými odebráním dítěte:

„*Vzhledem k tomu, že ta matka chce mít dítě v péči, tak je ochotná s OSPOD spolupracovat, většinou to i nastavujeme tak, aby spolupracovali s někým, kdo jí pomůže. Směřujeme to k tomu, že pokud se závislost prokáže, tak aby se jednalo o pravidelnou spolupráci s nějakou službou (AT poradny, ambulance) a dělaly se tam třeba i pravidelné odběry. Se službami se dobře spolupracuje, jsou ochotni mi informace, které potřebuji, předat […] Mám třeba matku, co teď měla relaps, tak se společně s terapeutem domlouváme, jak dále postupovat a vedeme tu matku stejně, jsme sladění, aby to k něčemu vedlo, a ne třeba k odebrání dítěte*.“ (OSPOD 2)

Nicméně, co se nejvíce opakovalo, bylo, že hodně **záleží na daných lidech/pracovnících**, kteří v té druhé službě/instituci pracují. Nelze tedy paušalizovat, s kým se dobře spolupracuje a s kým ne. Avšak během rozhovorů jsem identifikovala problém toho, že jedna služba může danému klientovi kontakt předat, ale tím to pro jednu službu končí a zůstává to na klientovi. V České republice není služba, která by klienta sledovala ve smyslu, aby nevypadl ze systému a aby sledovala jeho pokrok, tzn. určitá forma case managementu[16]. Ten se děje primárně v případě orgánů sociálně-právní ochrany dětí, u kterých je ale závislá osoba vedlejší a jde o to, aby se dokázala postarat o své dítě, ale nejde o to, aby se mu usnadnilo jeho trápení apod. (spolupráce je zaměřena spíše na abstinenci, ale hledání hlubších důvodů závislosti už není předmětem pomoci), to už závisí na něm samotném. Zajímavá myšlenka byla v případě respondenta 3, který pracuje v organizaci, která zahrnuje jak adiktologickou ambulanci, tak kontaktní centrum a dochází tam ke spolupráci, sdílení klientů aj. Navíc spousta pracovníků

[16] Agentura pro sociální začleňování (2018) case management definuje jako "*nástroj pro zefektivnění týmové práce na řešení problému klienta. Pro řešení situace klienta je často zapotřebí spolupráce několika institucí (organizací), jejichž služby je třeba koordinovat*.“ Jako příklad dobré praxe týmového case managementu v ČR dává Agentura případové konference. Case management může být i individuální, kdy „*terénní sociální pracovník vede sám klientův případ a ručí za kvalitu zvolených postupů, společně s klientem volí, kdy a jaká sociální služba, instituce, organizace „vstoupí“ do řešení klientovy zakázky*“ (ibid.).
Příkladem dobré praxe ze zahraničí je například Intensive Case Management program (USA; n.d.), který pomáhá lidem závislým na alkoholu v oblastech bydlení, zaměstnání, rodinná situace aj. Dalším příkladem je služba Homeless Hub (Kanada; 2021), která se zaměřuje na osoby bez domova, ale pomocí intenzivního case managementu. Navíc bezdomovectví je velice komplexní problém, kdy osoby řeší bydlení, zaměstnání, závislosti atd., proto je case management vhodnou volbou sociální práce.

v organizaci pracuje v obou zařízeních a klienti k nim pak mohou mít větší důvěru, protože je znají.

Další příklad dobré praxe se objevil u respondenta 5, kdy v rámci propagace jejich služby, která byla ve městě nová, chodili do pobytových zařízení a šířili povědomí o jejich službě a možnostech pro osoby závislé, aby se měli kam po ukončení pobytu obrátit. Klíčové je totiž, že klient o službě musí vědět, aby tam začal chodit, a povědomí o službách tohoto typu není příliš rozšířené (**nízké povědomí a informovanost**):

„*On (klient) se o tom musí nejdřív dozvědět, pak se rozhodnout a následně se nám ozvat a může sem začít chodit, nepotřebuje žádné doporučení z léčebny. […] Před Covidem každých 6 týdnů k nim (pobytové služby) kolegové chodili a byla tam taková velká setkání, kdy jim rozdávali letáky, a kdo se chtěl ozvat, tak se ozval, a ty pracovníci to tam vítali*.“ (Respondent 5)

Velkým problémem, který zmiňovali všichni respondenti pracující v adiktologické ambulanci či poradně, je **převis zájemců**. Čekací doba v těchto službách může být podle respondenta 3 až dva měsíce, a to může být pro spoustu osob kritické a může dojít ke ztrátě motivace či vypadnutí ze systému. Na tento problém poukazuje například projekt Úřadu vlády na podporu rozvoje adiktologických služeb (2018), nadace Sirius s prognózou vývoje situace pro rodiny s dětmi a podpůrné služby (2020) či Odborný panel Zdravotnického deníku (2020). Respondent 6 uvádí, že v tomto případě odkazují, buď na další ambulance v jejich městě, svépomocné skupiny, krizové linky, webové stránky, nebo na soukromé terapeuty, kteří ale už nejsou zadarmo, a může to být pro někoho překážkou. Zároveň uvádí, že nabízí krátké telefonní konzultace právě pro rychlejší dosažení pomoci:

„*My máme příjmovou službu jako recepci, kde jsou fakt šikovní lidé, kteří jako podrobným vyptávání třeba vyhodnotí a doptají se […] Nabízí, že se jim i třeba do týdne ozveme aspoň jednou po telefonu, že to neznamená, že předběhnou těch 20 lidí v tom v pořadníku, ale že se jim ozveme a my jako odborníci vyhodnotíme, co teď by bylo pro ně nejlepší nebo aspoň jim dáme to základní uklidnění nebo základní intervenci*.“ (Respondent 6)

Spolupráci sociálních služeb či institucí bych na závěr kapitoly shrnula následovně - všeobecně vzato se potíže ve spolupráci objevují převážně v komunikaci na tzv. zdravotně-sociálním pomezí. Spolupráci sociálních služeb navzájem hodnotí dotazovaní experti jako vyhovující. Zároveň se objevila i problematika nízkého povědomí o službách a informovanosti, které brání využívání služeb. Tento problém je takovým přemostěním k další kapitole bariér služeb.

6.7 Bariéry

Se službami se podle expertů pojí také určité bariéry, navíc tyto bariéry si uvědomuje i česká vláda a tvůrci odpovídajících politik (Úřad vlády, MPSV, Ministerstvo zdravotnictví), a proto se je snaží řešit tvorbou národních strategií a akčních plánů. Současná národní strategie (Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027) si mimo jiné jako cíle stanovuje „*posílení prevence a zvýšení informovanosti, zajištění kvalitní a dostupné sítě adiktologických služeb*“ (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky 2019a, s. 23). V případě **nedostatku adiktologických služeb** se tento problém projevil i v rozhovorech (respondenti 1, 2, 3, 6) a potvrzují ho i další experti pohybující se v této oblasti (Institut projektového řízení 2017; Kuda 2021; Zdravotnický deník 2020). Tento problém se pak projevuje na dlouhé čekací době, jak jsem již zmiňovala v předchozí kapitole 6.6 Spolupráce s dalšími službami či institucemi. Dalším problémem již zmíněným v předchozí kapitole je neinformovanost či nízké povědomí. Tato problematika je zohledněna také v současné národní strategii (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky 2019a, s. 23), a to potvrzuje i mezinárodní srovnání, podle něhož „*až 60 % Čechů nemá dostačující zdravotní gramotnost na to, aby byli schopni postarat se o své zdraví a orientovat se v systému zdravotních služeb*“ (Sørensen et al. 2013 in Alkohol pod kontrolou 2020).

Nicméně na poli českých služeb zaměřených na pomoc rodinám v případě alkoholismu někoho z rodičů hrají **velkou roli oddělené sociální a zdravotnické systémy** - “*je důležité ty služby zdravotní a sociální propojit, ale tady okolo nás už to ty léčebny dělají a poskytují třeba párové terapie*” (Respondent 1). Samo MPSV (2009a) si je tohoto problému vědomo – „*zdravotně sociální péče je péčí na rozhraní mezi sociálním a zdravotnickým sektorem. V některých případech nemůžeme přesně říct, co je péče zdravotní a kdy se již jedná o péči sociální*.“ Z úryvku je zcela přesně vidět, v čem je na poli českých služeb na pomoc rodinám problém. Tím, že v České republice existují dvě ministerstva (MZ a MPSV) a dva systémy financování služeb a systému (zdravotní a sociální pojištění, zdravotní pojišťovny, sociální služby jsou primárně financované z veřejných rozpočtů, více v kapitole 4.1 a 4.2), nelze bez nějaké větší legislativní změny situaci zlepšit.

Problém adiktologických služeb je ale také v tom, že nejsou dostatečně ukotveny v systému. Odborníci se v posledních dvaceti letech snaží o vytvoření sítě adiktologických služeb (Zdravotnický deník 2020). Bohužel se ale tento systém nedaří prakticky ukotvit a důvodem je

podle expertů „*nízká míra koordinace a ochoty spolupracovat mezi odpovědnými resorty, nekoncepčnost ve financování...*“ (Miovský, Popov, Zatřepálek in Zdravotnický deník 2020).

Odborný panel Stálé konference Zdravotnického deníku (2020) poukazuje na to, že právě z důvodu absence sítě adiktologií a lékařské pomoci začaly vznikat nízkoprahové služby (terénní služby, kontaktní centra, poradenská centra, stacionáře aj.), čímž se do péče o závislé osoby zainteresovali i nezdravotničtí pracovníci (sociální pracovníci, psychologové) a tyto sociální služby se postupně profesionalizovaly. Opět se diskutovala i nedostatečná provázanost sociálních a zdravotních služeb, která je podle primáře Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN Popova (in Zdravotnický deník 2020) klíčová pro efektivitu a potřeby klientů, které spadají do obou sfér.

Mimoto někteří z respondentů se vyjádřili, že spolupráce mezi službami je skvělá, dokud se jedná o sociální sféru, ale v dalších oborech už není nutně taková. Prohloubení mezioborové spolupráce patří i mezi doporučení Analýzy inovativních postupů a služeb pro rodiny a děti v ČR (Institut projektového řízení 2017, s. 20), která v ní kromě dalších oblastí vidí potenciál ke zlepšení. Příkladem dobré praxe mezioborové spolupráce jsou například případové konference:

“*V rámci sociální sféry je komunikace super, ale jakmile přesahujete do jiného resortu, třeba MŠMT nebo Ministerstvo zdravotnictví, tak je to velký problém. Jak nejsou sociální, tak často nechápou, co po nich chceme. Super jsou nástroje případové konference, kde se sejdou všichni zainteresovaní. Hrozně záleží na lidech, o těch odbornících, jak chtějí té rodině pomoct. Někdy může být té pomoci až moc, měli jsme učitelky, které dělaly nad rámec svých povinností, až se to proti nim otočilo. Jsou hrozně důležité hranice a mantinely, u všeho.”* (Respondent 4)

Oddělenost zdravotnického a sociálního systému se prokazuje i v tom, že rodinní příslušníci nemohou do zdravotnické služby docházet sami na sebe[17] a musí volit buď varianty placených terapií nebo využít sociální služby: „*protože jsme zdravotnická služba, tak terapie pro rodinné příslušníky nejsou hrazené a stojí 800 korun na 45 minut. Klienti o tom vědí, vždy jim říkáme, že je možnost i sociálních služeb tady v Olomouci, které jsou zdarma.“* (Respondent 2)

Velkou bariérou se prokázala velikost města a případná **vzdálenost** (**dostupnost**) od krajského (či velkého) města, protože ne v každém městě jsou logicky všechny typy služeb, nicméně pro spoustu potenciálních klientů je pak nemožné dojíždět někam ve všední pracovní den. Respondent 1 proto navrhoval jako náhradní řešení diskuzní fóra či webové stránky:

[17] Tento problém jsem již zmiňovala výše v předchozích kapitolách. Důvodem je, že zdravotnické služby jsou vedené na rodné číslo a zdravotní pojištění. Protože je to služba zaměřená na alkoholiky (či jiné závislosti), tak by daná osoba blízká musela být diagnostikována, aby tam mohla také docházet.

"*V tom našem městě je to logisticky nedostupné. Ty rodiny třeba chtějí pomoct, ale když jim někdo nabídne konzultaci 50 km daleko, tak je to pro ně tolik překážek, že to nejsou schopni udělat. Pro ně je to moc složitá situace a pak z toho vypadávají. V tom jsou zase dobré online diskuze, weby, pro někoho to může být zajímavé, jsou tam příběhy a zkušenosti jiných lidí, ale není to pro všechny."* (Respondent 1)

Zajímavé je, že v případě menších měst může být ta dostupnost něčím negativním v tom slova smyslu, že v menších městech je pravděpodobnější, že klient při návštěvě služby může potkat někoho, koho zná. V těchto situacích pak hraje roli určitý stud a stigmatizace závislostí. **Stigmatizace** nejen závislostí, ale mentálních problémů či onemocnění je v České republice velký problém, který se v posledních letech dostává do popředí. Destigmatizace duševního zdraví se velice skloňuje i v rámci reformy psychiatrické péče a věnuje se jí například Národní ústav duševního zdraví (MZČR 2019). Nicméně destigmatizace duševního zdraví má před sebou ještě dlouhou cestu a stud ze závislosti, ať už svojí nebo člena rodiny, stále přetrvává:

„Ta bariéra… ba naopak může být v té dostupnosti, představme si, a to teďka opravdu hypoteticky. Někoho, kdo vedle té adiktologie má třeba jeho známý firmu, že se tam ostýchá jít, zase na druhou stranu, pro takového člověka by bylo lepší, aby vážil tu cestu dejme tomu do naprosto anonymní Prahy." (OSPOD 3)

Zároveň velkou bariérou pro využívání určitého druhu služeb může být **pohlaví** klienta, to je zejména důležité u azylových domů – „*bohužel se stávají i situace, že musíte dlouho hledat, abyste tu službu našli, protože někde je kontraindikace závislost, někde že je to muž […] a azylový dům osamoceného otce s dítětem nevezme, protože tam muži nemají přístup třeba*" (OSPOD 4). Problematika genderových stereotypů z pohledu muže se v české společnosti příliš nediskutuje, protože v ČR je jako hlavní pečovatel o dítě viděna žena a ne muž. Nicméně tento problém už je spíše celospolečenský a dotýká se všech obyvatel, protože se jedná o markantní změnu ve smýšlení české společnosti.

V souvislosti s **mezirezortní/mezioborovou spoluprací** experti zmiňovali nedostatečnou spolupráci s praktickými lékaři, a celkově komunikace není tak propojená, jak by ideálně mohla být. Následující citaci respondenta 5 potvrzují i experti Kuda a Csémy (in Kuda 2021), kteří upozornili na problémy zneužívání léků na spaní či léků jiných:

„*Co bych řekla, kde je prostor pro zlepšení, tak to je s praktickými lékaři, to se týká míň alkoholu než těch návykových léků. Že tam často nevidí takový problém v těch návykových lécích jako my. U lidí, kteří už jsou závislí na alkoholu, takže tam je potřeba na to dát pozor,*

aby ty léky na spaní nebyly nějaké hypnotika se závislostním potenciálem. Takže ta provázanost s praktickými lékaři by se mohla zlepšit, ale jinak mám pocit, že ta spolupráce funguje dobře." (Respondent 5)

Kuda (2021) dále jako bariéru uvádí také **nedostatek psychiatrů**, kteří jsou pro léčbu závilostí klíčoví (diagnostika, předepisování léků), a tento problém potvrdil i respondent 3, čímž se zpět vrací k problému nedostupnosti služeb a jejich přeplněnosti. Nedostupností psychiatrů a naplněností služeb se oddaluje léčba závislého a riskuje se, že vypadne ze systému, tím více se pak může prohlubovat problém rodiny:

„*Velký problém je nedostupnost, speciálně řady psychiatrů, že se dlouho čeká na vyšetření. Adiktologická péče musí být indikována psychiatrem, takže ten pacient musí nejdřív k psychiatrovi, pak teprve k tomu adiktologovi a musí každé 3 měsíce na kontrolu. Tím se zvyšuje ten práh vlastně a ty zasekaný psychiatři, to není jako jejich vina, prostě vina systému, že jich je málo a pacientů hodně, tak opravdu třeba dneska kdybyste zavolala k nám do ordinace, tak dostanete termín za jeden a půl až dva měsíce*." (Respondent 3)

Využívání sociálních služeb s sebou podle výpovědí expertů nese i jisté bariéry. Jak již bylo řečeno v předchozí kapitole, tak se objevuje problém nízkého povědomí ve společnosti o dostupných službách Mezi další problémy dostupných zdravotních a sociálních služeb patří stigma ze závislosti, vzdálenost a dostupnost služeb, pohlaví klienta (v případě například azylových domů), převis zájemců - nedostatek adiktologických služeb a psychiatrů.

6.8 Potenciál

Tato podkapitola se zaměřuje na potenciál služeb, který se týká spolupráce nebo překonání bariér, které se se službami pojí. V rámci rozhovorů jsem se některých respondentů explicitně na potenciál služeb ptala, avšak u spousty to vyplynulo na povrch v rámci popisování situace, služeb, bariér atd. Jedna z možností pro pomoc rodinám, která byla zmiňována víckrát, byly **svépomocné skupiny** a jejich rozšíření – „*Osobně bych v rámci kraje viděla více svépomocných skupin a odborníků ve smyslu terapeutů, kteří se specializují na alkoholismus. Dost se toto drží pod pokličkou a všichni sedí v Praze*." (OSPOD 1 – ze středočeského kraje) Respondent 1 vyzdvihoval přínos svépomocných skupin:

"*Hodně odkazuji na svépomocné skupiny, lidé se tam podporují, ukazují způsoby řešení, předávají si zkušenosti. A to je nepřenositelné, to já jim jako pracovník nemohu nabídnout [...] Vidím obrovský potenciál motivace, kdy ty lidi vidí příběhy, řešení, a že to jde a může to být pro ty lidi zajímavá inspirace."* (Respondent 1)

Zajímavou myšlenku přináší respondent 6 ,a to je zavedení **sezení, kde se potkají terapeut-klient-OSPOD/Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi,** aby spolupracovali společně a společně se na tom domluvili právě i s klientem. Sezení, které respondent 6 dělá jsou příkladem dobré praxe individuálního case managementu. Dále navrhuje **služby, které by se nezaměřovaly pouze na jeden problém**, jako je například alkohol, protože problémy rodin jsou komplexní (v rámci analýzy jsem již zmiňovala, že i dopady jsou komplexním problémem a nedějí se izolovaně) a často může být kontraproduktivní, že se služba zaměřuje pouze na jeden aspekt:

„*Já i třeba iniciuji trojstrannou schůzku já, klientka a OSPOD/ sociálně aktivizační služba pro rodiny s dětmi, abychom si to vyjasnili. Mám pocit, že tohle ještě není standardem. Vyplácí se mi to, a není to, že si každý jedeme na svým. […] Mně by se to moc líbilo, kdyby byly velké terapeuticko-sociální služby pro celé rodiny, nezávisle na tom podnětu. Jestli je to domácí násilí, špatná komunikace, alkohol, závislost. Závislost je dost často symptomem nebo doprovodným jevem nějaké složité situace. […] Kdyby se ten systém celý pootočil v tom, že nám jde o totéž, a to je ta rodina uprostřed toho dění.“* (Respondent 6)

Současně využívaným řešením, které reaguje na výpověď respondenta 6, jsou případové konference, které uváděly všechny pracovnice OSPOD (i respondent 4), a jejichž užití si chválily. Jejich názor koresponduje i se „*Zprávou o příčinách umisťování dětí mimo vlastní rodinu z perspektivy orgánů sociálně-právní ochrany dětí*“ (SocioFactor 2017, s. 195), ve které jsou případové konference viděny jako nejefektivnější metoda práce s rodinami ohroženými odebráním dítěte, navíc Analýza inovativních postupů a služeb pro rodiny a děti v České republice (Institut projektového řízení 2017) uvádí rodinné a případové konference i celkově mezioborovou spolupráci jako potenciál ke zlepšení systému a situace rodin.

Na závěr podkapitoly uvedu shrnutí potenciálu služeb podle výpovědí dotazovaných expertů. Nejčastěji se objevoval potenciál svépomocných skupin, které odborníci hodnotili jako velice nápomocné. Dále se projevil potenciál rozšíření case managementu, který je pro komplexní péči o klienta potřeba, a myšlenka vytvoření služeb, které by se nezaměřovaly pouze na jeden problém, protože rodiny ve většině řeší více problému najednou a není zcela efektivní zaměření služeb pouze na jednu problematiku (např. alkohol nebo jen drogy atd.).

Závěr

V rámci mé diplomové práce jsem se zaměřovala na dopad alkoholu na rodiny, primárně pokud je jeden z rodičů závislý. Na problematiku jsem se dívala optikou teoretického konceptu AHTO (Alcohol's harm to others). Pro naplnění výzkumného cíle „*zjistit jaké formy AHTO se u rodin, ve kterých je jeden z dospělých závislý na alkoholu, vyskytují, jaké jsou strategie při vypořádávání se s AHTO a jak pomáhá český zdravotně-sociální systém*" jsem zvolila rešerši literatury a poté jsem navázala kvalitativními rozhovory s experty z řad pracovníků sociálních a zdravotních služeb a OSPOD. Tito respondenti mi dokázali poskytnout nepřeberné množství cenných informací, které jsem poté v rámci analýzy a diskuze výsledků rozebrala.

Je nutno uvést, že alkoholismus je velmi individuální nemoc, která může každého jednotlivce, natož jeho rodinu, zasáhnout jinak, a ne každý dopad na rodinu se nutně objevuje i v jiné rodině apod. Formy AHTO se podle dotázaných expertů (koresponduje s výzkumy a dalšími odborníky) v rodinách objevují následovně – vztahové problémy (až partnerský či rodinný rozpad), psychická újma (nedůvěra, pocit bezmoci, nízká sebedůvěra, pocit viny, stud, odmítání či nepřiznávání si vážnosti situace), finanční potíže, domácí násilí. V případě dětí navíc hrozí psychická újma, která ovlivňuje jejich rozvoj (nízká sebedůvěra, špatně naučené vzorce chování, agresivita, pocit viny, úzkosti, posunuté „hranice", problémy s autoritami), poruchy pozornosti, zhoršené studijní výsledky, vztahové problémy, odmítnutí rodiče nebo alkoholu a může vést k parentifikaci.

Tematická analýza rozhovorů vyústila v přehled strategií při řešení dopadů, které volí jednak rodiny samy a které jsou rodinám doporučovány odborníky. Řešení na úrovni rodiny se odvíjí od osobnosti a vlastností iniciátora. Experti se nejčastěji setkávají se strategiemi řešení jako je kontrola, domlouvání či hra na city, vyhrožování, snaha pomoci (hledání řešení), snaha řešit situaci za závislého, zlehčování situace, skrývání situace, odmítnutí člověka. Nicméně to, co dělají rodiny, není vždy správné a experti rodinným příslušníkům pro řešení situace doporučují jiné, na důkazech založené (tzv. „evidence based"), strategie jako je zaměření se na sebe a co mohu já dělat, nedělat plané sliby, odmítnout alkohol, ale ne osobu, stanovení hranic a bariér, pochopení závislosti jako nemoci, nabídnutí pomoci závislému.

Výzkum se dále zaměřoval na analýzu dostupné profesionální pomoci rodinám s členem závislým na alkoholu, tj. na zdravotní a sociální služby, které rodinní příslušníci mohou navštěvovat. Mezi ty patří z řad zdravotnických služeb adiktologické ambulance, pobytové léčebny a poradny pro alkoholové závislosti. Tyto služby většinou nabízí možnost partnerských

či rodinných poraden. Mimoto je v České republice i možnost svépomocných skupin, které jsou na pomezí zdravotnického a sociálního sektoru. Dále jsou na poli služeb pro rodiny i sociální služby, u kterých je výhodou to, že může docházet kdokoliv bez ohledu na to, zda je diagnostikován jako alkoholik nebo ne. Mezi tyto služby patří kontaktní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, krizová pomoc, intervenční centra, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, p-centra, terénní sociální služby zaměřené na alkoholové závislosti, terapeutické komunity. Zároveň je tu vždy možnost docházet i k soukromým poskytovatelům - terapeutům či psychologům.

Z analýzy spolupráce služeb a institucí vyplynulo, že spolupráce závisí na konkrétních lidech, ale všeobecně vzato se potíže objevují převážně v komunikaci na tzv. zdravotně-sociálním pomezí. Příkladem dobré praxe, jak zdravotní a sociální služby vzájemně propojit, jsou např. případové konference (meziresortní spolupráce), které pořádají OSPOD. Mezi další problémy dostupných zdravotních a sociálních služeb patří nízké povědomí a informovanost, stigma ze závislosti, vzdálenost a dostupnost služeb, převis zájemců - nedostatek adiktologických služeb a psychiatrů. Problém adiktologických služeb je podle odborníků (Zdravotnický deník 2020) také v tom, že nejsou dostatečně ukotveny v systému a jako důvod uvádí „*nízká míra koordinace a ochoty spolupracovat mezi odpovědnými resorty, nekoncepčnost ve financování, chybějící odborné vzdělávání pro lékaře nebo lepší příprava pedagogů*.“ Navíc primář Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN Popov (in Zdravotnický deník 2020) poukazuje na nedostatečnou provázanost sociálních a zdravotních služeb, která je podle něj klíčová pro efektivitu a potřeby klientů, které spadají do obou sfér. Tato provázanost se projevuje i v rozhovorech s experty, musí odkazovat na specializovanou službu nebo klient musí chodit ještě k psychiatrovi a efektivnější by tedy byla služba, která by byla víceoborová a dokázala naplnit potřeby klienta.

Pro budoucí zkoumání této problematiky by bylo vhodné rozšířit výzkum o perspektivu cílové skupiny uživatelů zmíněných služeb. Uživatelé služeb by do problematiky vnesli další rovinu pohledu na systémové nedostatky, na bariéry služeb apod. Mimoto jejich zkušenosti jsou nepřenositelné a v rámci správného procesu tvorby politik či strategií je nutné znát i názor přímých klientů, aby politika reagovala na jejich potřeby a nic nezanedbávala.

Na závěr bych chtěla uvést hlavní strategii vypořádávání se s AHTO, kterou doporučují výzkumy v této oblasti i odborníci zmínění v této práci. Rodina, rodinný příslušník či osoba blízká se musí zaměřit sama na sebe. Musí si uvědomit, že emoce, které v situacích s vypořádáváním se s AHTO prožívají, jsou běžné a prožívají je i jiní lidé. Přijetí emocí může

přinést úlevu a uvědomění, že není nutné emoce potlačovat. Je nutné dát sám sebe na první místo, aby nedošlo k nějakému hlubšímu narušení duševního zdraví.

Summary

As part of my master thesis, I focused on the impact of alcohol on families if one of the parents is addicted. At the same time, I looked at the issue from the perspective of the theoretical concept of AHTO (Alcohol's harm to others). To fulfil the research goal „*to find out what forms of AHTO occur in families in which one of the adults is dependent on alcohol, what are the strategies for dealing with AHTO and how the Czech health and social system helps*" I chose a desk research and then I followed up with qualitative interviews with experts from the ranks of social and health services workers and OSPOD. These respondents were able to provide me with an inexhaustible amount of valuable information, which I then analyzed as part of the analysis and discussion of the results.

First of all, I want to state that alcoholism is a very individual disease that can affect every individual, let alone his family, differently, and not every impact on the family necessarily occurs in another family, etc. According to the interviewed experts (corresponds to research and other experts), forms of AHTO appear in families as follows - relationship problems (even partner or family breakdown), mental harm (distrust, feeling helpless, low self-esteem, guilt, shame, rejection or not acknowledging seriousness) situation), financial difficulties, domestic violence. Then, in the case of children, psychological harm (low self-confidence, poorly learned patterns of behaviour, aggression, guilt, anxiety, shifted boundaries, problems with authorities), attention disorders, parenting, impaired learning outcomes, relationship problems, parent or alcohol rejection.

I have also focused on strategies for dealing with AHTO, which are chosen by the families themselves and which are recommended to families by experts. The solution style on the family level depend very much on the person, their personality and characteristics, which are then reflected in the solution of the situation. Experts most often encounter solution strategies such as control, negotiation or playing on emotions, threats, trying to help (finding a solution), trying to solve the situation of a dependent, downplaying the situation, hiding the situation, refusing a person. However, what families do is not always right, and experts recommend other evidence-based strategies, such as self-focus and what I can do, not make false promises to family members to deal with the situation, reject alcohol, but not a person, setting boundaries and barriers, understanding addiction as a disease, offering help to an addict.

The research also focused on the analysis of available professional assistance to families with an alcohol dependent member, i.e. the health and social services that family members can

attend. These include the health services of the addictology clinic, residential hospitals and counselling centres for alcohol addictions. These services usually offer the possibility of partner or family counselling. In addition, there is the possibility of self-help groups in the Czech Republic, which are on the border of the health and social sector. Furthermore, there are also social services in the field of services for families, for which the advantage is that anyone can attend, regardless of whether they are diagnosed as an alcoholic or not. These services include contact centres, low-threshold facilities for children and young people, crisis assistance, intervention centres, social activation services for families with children, p-centres, field social services focused on alcohol addiction, therapeutic communities. At the same time, there is always the opportunity to visit private providers - therapists or psychologists.

Regarding the cooperation of services and institutions, experts mentioned that the cooperation depends on specific people, yet in general, the difficulties appear mainly on the so-called health and social border. Examples of good practice on how to interconnect health and social services are, for example, case conferences (inter-ministerial cooperation) organized by OSPOD. Other problems of available health and social services include low awareness and information, the stigma of addiction, the distance and availability of services, the excess of applicants - the lack of addictology services and psychiatrists.

Použitá literatura

KREBS, Vojtěch. *Sociální politika*. 5., přeprac. a aktual. vyd. Praha: Wilters Kluwer ČR, 2010. ISBN 978-80-7357-585-4.

MIŠOVIČ, Ján. Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor. Slon, 2019. ISBN 978-80-7419-285-2.

STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN. Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie. Vyd. 1. Brno :, Boskovice: Sdružení Podané ruce ; Albert, 1999, 196 s. SCAN, 2. ISBN 80-85834-60-X.

REICHEL, Jiří. Kapitoly metodologie sociálních výzkumů [online]. Praha: Grada, 2009 [cit. 2021-4-28]. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6. Dostupné z: https://books.google.cz/books?id=1rO-AgAAQBAJ&pg=PA83&lpg=PA83&dq=v%C3%BDb%C4%9Br+%C3%BAsudkem&source=bl&ots=-pA6C6ied5&sig=ACfU3U1pgDubBP_kaiUVoK18EO1pjG5Uug&hl=cs&sa=X&ved=2ahUKEwi4r7fepaHwAhVutIsKHZRMD58Q6AEwCXoECAUQAw#v=onepage&q=v%C3%BDb%C4%9Br%20%C3%BAsudkem&f=false

Zdroje dat

AGENTURA PRO SOCIÁLNÍ ZAČLEŇOVÁNÍ. Case management v sociálních službách. *Sociální-začleňování.cz* [online]. 2018 [cit. 2021-04-26]. Dostupné z: https://www.socialni-zaclenovani.cz/oblasti-podpory/socialni-sluzby/case-management-v-socialnich-sluzbach/

ALKOHOL POD KONTROLOU. Zdravotní gramotnost ve vztahu k alkoholu. Alkoholpodkontrolou.cz [online]. 2019 [cit. 2021-03-30]. Dostupné z: https://www.alkoholpodkontrolou.cz/zdravotni-gramotnost-ve-vztahu-k-alkoholu/

BERNARD, Josef. Komunitní plánování sociálních služeb a problémy participace. *Sociální práce* [online]. Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2010, 2010(3) [cit. 2021-4-25]. ISSN 1213-6204. Dostupné z: https://socialniprace.cz/wp-content/uploads/2020/11/2010-3.pdf

BOYATZIS, Richard E. Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development [online]. Sage: Thousand Oaks, 1998 [cit. 2020-12-03]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/242364922_Transforming_Qualitative_Information_Thematic_Analysis_and_Code_Development

BRAUN, Virginia a Victoria CLARKE. Using thematic analysis in psychology [online]. Qualitative Research in Psychology, 2006, 3(2), 77-101 [cit. 2021-02-19]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/235356393_Using_thematic_analysis_in_psychology

CAAN, Woody. Alcohol and the family [online]. *Contemporary Social Science*. 2013 8:1, 8-17 [cit. 2021-02-12]. Dostupné z: 10.1080/21582041.2012.745594

ČERMÁKOVÁ, Anežka. Vedlejší efekt epidemie. Domácí násilí v Česku narostlo o 50 procent. Seznam zprávy [online]. 2021 [cit. 2021-04-18]. Dostupné z: https://www.seznamzpravy.cz/clanek/vedlejsi-efekt-epidemie-domaci-nasili-v-cesku-narostlo-o-50-procent-142397

ČSÚ. Graf - Spotřeba alkoholických nápojů na 1 obyvatele v České republice. In: *Český statistický úřad* [online]. 2019 [cit. 2021-02-15]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/graf-spotreba-alkoholickych-napoju-na-1-obyvatele-v-ceske-republice

DEPARTMENT OF HEALTH. National Alcohol Strategy 2019–2028. [online]. 2019 [cit. 2019-12-30]. Dostupné z: https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2019/12/national-alcohol-strategy-2019-2028.pdf

DROGY-INFO. Čeští teenageři užívají návykové látky stále méně, ukazují výsledky české části mezinárodní studie ESPAD. In: Drogy-info.cz [online]. 2020 [cit. 2021-03-07]. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/article/press-centrum/cesti-teenageri-uzivaji-navykove-latky-stale-mene-ukazuji-vysledky-ceske-casti-mezinarodni-studie-espad/

EASLEY, Margaret J. a Norman EPSTEIN. Coping with Stress in a Family with an Alcoholic Parent. Family Relations [online]. 1991, 40(2) [cit. 2021-4-24]. ISSN 01976664. Dostupné z: doi:10.2307/585485

HALL, Cathy W. a Raymond E. WEBSTER. Multiple stressors and adjustment among adult children of alcoholics [online]. Addiction Research & Theory, 2007, 15.4: 425-434 [cit. 2020-12-09]. Dostupné z: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/16066350701261865

HANZLÍK, Kryštof. Analýza systémů zajištění dostupnosti adiktologických služeb v České republice [online]. Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2018 [cit. 2021-04-23]. Dostupné z: https://www.rozvojadiktologickychsluzeb.cz/wp-

content/uploads/2018/09/Analyza-systemu-zajisteni-dostupnosti-adiktologickych-sluzeb-v-ceske-republice.pdf

HNILICOVÁ, Helena a Karolína DOBIÁŠOVÁ. „Second hand drinking“ neboli škody, které alkohol způsobuje druhým lidem [online]. Prakt. Lék. 2020, 100(1), 8-12, v tisku [cit. 2020-12-21].

HNILICOVÁ, Helena a Karolína DOBIÁŠOVÁ. Alkohol z pohledu veřejného zdraví v ČR: fakta a souvislosti. Časopis lékařů českých [online]. 2018, 157, 248-253 [cit. 2021-01-30]. Dostupné z: https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2018-5-3/alkohol-z-pohledu-verejneho-zdravi-v-cr-fakta-a-souvislosti-105837

HOMELESS HUB. Intensive Case Management (ICM) Teams. *Homelesshub.ca* [online]. 2021 [cit. 2021-04-28]. Dostupné z: https://www.homelesshub.ca/solutions/supports/intensive-case-management-icm-teams

HUSSONG, ANDREA M. a LAURIE CHASSIN. Stress and coping among children of alcoholic parents through the young adult transition. *Development and Psychopathology* [online]. 2004, **16**(04) [cit. 2021-4-24]. ISSN 0954-5794. Dostupné z: doi:10.1017/S0954579404040106

INSTITUT PROJEKTOVÉHO ŘÍZENÍ A.S. Analýza inovativních postupů a služeb pro rodiny a děti v České republice [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2017 [cit. 2021-4-26]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225508/Analyza_inovativnich_postupu_a_sluzeb_pro_rodiny_a_deti_v_Ceske_republice_2017_.pdf/c8ed1afa-46a2-a4dc-98d1-05420fe8aca8

INTENSIVE CASE MANAGEMENT PROGRAM. What is Intensive Case Management?. *County of Cumberland, Pennsylvania* [online]. Nedatováno [cit. 2021-04-27]. Dostupné z: https://www.ccpa.net/2636/What-is-Intensive-Case-Management

JŮZOVÁ KOTALOVÁ, Kristýna. Nástroje sociálně-právní ochrany dětí v praxi. *Sociální práce* [online]. Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2015, 2015(2): 23-27 [cit. 2021-4-25]. Dostupné z: https://socialniprace.cz/wp-content/uploads/2020/11/2015-2-pril.pdf

KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003 [cit. 2020-12-03]. ISBN 80-867-3405-6. Dostupné také z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1648/743/drogy_a_drog_zavislosti_dil2.pdf

KAPLAN, Lauren M., et al. Alcohol's Harm to Children: Findings from the 2015 United States National Alcohol's Harm to Others Survey [online]. *The Journal of Pediatrics*, 2017. 184: 186–192 [cit. 2021-01-05]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5403548/

KARLSSON, David. Alcohol policy and local democracy in Sweden [online]. Nordic Studies on Alcohol and drugs, 2012, 29.3: 233-252 [cit. 2021-01-06]. Dostupné z: https://journals.sagepub.com/doi/10.2478/v10199-012-0016-9

KOHOUTOVÁ, Jana. Nejvíce pijí Rakušané, hned po nich Češi. Spotřeba alkoholu celosvětově, v Česku je tomu naopak. Ihned.cz [online]. 2016 [cit. 2021-01-06]. Dostupné z: http://domaci.ihned.cz/c1-65484840-nejvic-piji-rakusane-hned-po-nich-cesi-spotreba-alkoholucelosvetove-klesa-v-cesku-je-to-naopak

KUDA, Aleš. Češi se topí v alkoholu, pivo se často podceňuje, čísla jsou alarmující, říká Kuda In: *DVTV* [online]. 7. 2. 2021 [cit. 2021-04-23]. Dostupné z: https://video.aktualne.cz/dvtv/cesi-se-topi-v-alkoholu-pivo-se-casto-podcenuje-cisla-jsou-a/r~514af240684f11ebb1110cc47ab5f122/?utm_source=mediafed&utm_medium=rss&utm_campaign=mediafed

LASLETT, Anne Marie, Janette MUGAVIN, Heng JIANG, Sarah CALLINAN, Sarah MACLEAN a Robin ROOM. The hidden harm: Alcohol's impact on children and families [online]. Canberra: Foundation for Alcohol Research and Education, 2015 [cit. 2021-01-05]. Dostupné z: https://www.drugsandalcohol.ie/25251/

LASLETT, Anne Marie, Robin ROOM, Jason FERRIS, Claire WILKINSON, Michael LIVINGSTON a Janette MUGAVIN. Surveying the range and magnitude of alcohol's harm to others in Australia [online]. Addiction. 2011, 106(9): 1603-1611 [cit. 2021-01-30]. ISSN 09652140. Dostupné z: doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03445.x

LOTOS. *Lotos - doléčovací centrum, o. p. s.* [online]. nedatováno [cit. 2021-02-20]. Dostupné z: https://www.lotos-brno.cz/

MCLAUGHLIN, Katie A., et al. Socioeconomic status and adolescent mental disorders [online]. American journal of public health, 2012, 102.9: 1742-1750 [cit. 2021-01-30]. Dostupné z: https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2011.300477?casa_token=tND3Dw7ZKC0AAAAA%3Amk4585mElvkxv3EwyUyS9CFDztTrBag3PYkuGhFKfC8J3QlplbkOUtUQIQ6S6eEKVCbEHBuQXUHc

MONICO, Nicolle. How to Deal with an Alcoholic Family Member. American Addiction Centers [online]. 2021 [cit. 2021-4-26]. Dostupné z: https://www.alcohol.org/helping-an-alcoholic/family-member-or-relative/

MPSV a. Expertní panel k sociálně zdravotní péči. *MPSV.cz* [online]. 2009 [cit. 2021-03-11]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/web/cz/expertni-panel-k-socialne-zdravotni-peci

MPSV b. Metodické doporučení MPSV č. 9/2009 k sociální práci s ohroženou rodinou. *MPSV.cz* [online]. 2009 [cit. 2021-03-11]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225508/Metodicke_doporuceni_MPSV_c-9.pdf/ba7a119a-a609-3383-dbaa-76ee24b356ee

MPSV c. Národní strategie ochrany práv dětí 2021-2029. *MPSV.cz* [online]. 2020 [cit. 2021-04-11]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225508/NARODNI+STRATEGIE+OCHRANY+PRAV+DETI+2021_2029_FINAL.pdf/4d20b44e-a8c5-6882-d46f-a8d0fb7695d5

MPSV d. Sociální služby. *MPSV.cz* [online]. 2020 [cit. 2021-03-11]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby-1

MPSV e. Tisková zpráva: Vláda schválila krizové opatření s cílem ochránit zdraví klientů a zaměstnanců sociálních služeb. *MPSV.cz* [online]. 2020 [cit. 2021-04-27]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/1248138/TZ+opatreni+pro+soc.+sluzby.pdf/6e13408d-9ddd-c23f-7215-1074a8ef91f9

MPSV f. Doporučený postup č. 13/2020. *MPSV.cz* [online]. 2020 [cit. 2021-04-27]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/1443715/Dp_13_2020_Dop_pro_poskytovatele_s_s_poradenstvi_a_prevence_v_dobe_pandemie.pdf/

MPSV. Národní strategie ochrany práv dětí. *MPSV.cz* [online]. 2012 [cit. 2021-04-03]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225508/NSOPD.pdf/bb0782db-dabb-4710-0689-ec3bf0b7dca5

MPSV. Statistiky. *MPSV.cz* [online]. 2021 [cit. 2021-04-21]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/web/cz/statistiky-1

MRAVČÍK, Viktor, ed. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019 [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2020 [cit. 2021-01-30]. ISBN 978-80-7440-254-

8. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/vyrocni-zpravy/VZdrogy2019_v02_s-obalkou.pdf

MZČR. Akční plán č. 4c K omezení škod působených alkoholem v České republice pro období 2015 – 2018 [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2015 [cit. 2021-01-30]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub-upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2004c_rev%20AV.pdf

MZČR. Průvodce reformou psychiatrické péče. *Mzcr.cz* [online]. 2019 [cit. 2021-04-21]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18149/39439/Pr%C5%AFvodceReformou_komplet.pdf

NADACE SIRIUS. Prognóza vývoje situace pro rodiny s dětmi a podpůrné služby [online]. Praha: Obecně prospěšná společnost Sirius, 2020 [cit. 2021-4-28]. ISBN 978-80-906468-6-5. Dostupné z: https://www.nadacesirius.cz/soubory/aktuality/2020_prognozaNadaceSirius.pdf

NEOCENTRUM. Mgr. Aleš Kuda [online]. 2020 [cit. 2021-4-28]. Dostupné z: https://neocentrum.cz/nas-tym/mgr-ales-kuda-2/

NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY. Závislost na alkoholu a jeho zneužívání u rodičů přináší rizika pro jejich děti [online]. Dr.nespor.eu, nedatováno [cit. 2019-12-30]. Dostupné z: https://www.drnespor.eu/addictcz.html

NEŠPOR, Karel. Karel Nešpor: Každý střízlivý den je skvělý, natož celý měsíc. In: *i60.cz* [online]. 23. 1. 2020 [cit. 2021-04-23]. Dostupné z: https://www.i60.cz/clanek/detail/24825/karel-nespor-kazdy-strizlivy-den-je-skvely-natoz-cely-mesic

NOVÁKOVÁ, Elizabeth. Dopady užívání alkoholu na okolí uživatele [online]. Praha, 2018 [cit. 2021-5-3]. Dostupné z: https://www.adiktologie.cz/file/497/novakova-dp.pdf. Diplomová práce. Univerzita Karlova. Vedoucí práce Doc. MUDr. Viktor Mravčík, Ph. D.

NOVÁKOVÁ, Elizabeth a Viktor MRAVČÍK. Dopady užívání alkoholu na okolí uživatele. Hygiena [online]. 2020, **65**(1), 10-16 [cit. 2021-5-3]. Dostupné z: doi:https://doi.org/10.21101/hygiena.a1730

O'CONNELL, Bonnie. Reducing Underage Drinking: A Collective Responsibility [online]. Washington, D.C: National Academies Press, 2004 [cit. 2021-02-24]. ISBN 978-0- 309-08935-7. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20669473/

OECD. *Czech Republic: Country Health Profile 2017* [online]. OECD Publishing, 2017 [cit. 2021-04-28]. ISBN 9789264283336. Dostupné z: https://doi.org/10.1787/9789264283336-en

OUR HEALTH SERVICE. How to cope with a family member's problem drinking. Hse.ie [online]. 2019 [cit. 2021-4-26]. Dostupné z: https://www2.hse.ie/wellbeing/alcohol/coping-with-difficult-situations/how-to-cope-with-a-family-members-problem-drinking.html

P-CENTRUM. *Co poskytujeme a nabízíme?* [online]. 2018 [cit. 2021-04-20]. Dostupné z: http://p-centrum.cz/poradna-pro-alkoholove-a-jine-zavislosti-o-nas/

PREVENCE-INFO.CZ. *Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež* [online]. Nedatováno [cit. 2021-02-23]. Dostupné z: http://www.prevence-info.cz/organizace/nizkoprahove-zarizeni-pro-deti-mladez

RASCH, Martina. Domácí násilí během pandemie zesílilo. Pomoc hledá až o polovinu víc lidí. IROZHLAS [online]. 2021 [cit. 2021-04-18]. Dostupné z: https://www.irozhlas.cz/zivotni-styl/spolecnost/domaci-nasili-obeti-koronavirus-pandemie-studie_2102202002_kro

READING, Richard, et al. *Promotion of children's rights and prevention of child maltreatment* [online]. The Lancet, 2009 [cit. 2021-04-11. 373.9660: 332-343. Dostupné z: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61709-2

ROOM, Robin, Anne-marie LASLETT a Heng JIANG. Conceptual and methodological issues in studying alcohol's harm to others. Nordic Studies on Alcohol and Drugs. 2016, 33(5-6), 455-478. ISSN 14586126. Dostupné z: doi:10.1515/nsad-2016-0038

SANANIM. *Terapeutická komunita Karlov (TKK)* [online]. Nedatováno [cit. 2021-02-20]. Dostupné z: http://www.sananim.cz/o-nas-1/terapeuticka-komunita-karlov-tkk.html

SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY a. Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027. *Vlada.cz* [online]. 2019 [cit. 2021-04-11]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/strategie-a-plany/narodni-strategie-prevence-a-snizovani-skod-spojenych-se-zavislostnim-chovanim-2019_2027-173695/

SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY b. Evaluace Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018. *Vlada.cz* [online]. 2019 [cit. 2021-03-11]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/strategie-a-plany/Evaluace_Narodni_strategie_protidrogove_politiky_2010-2018.pdf

SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY c. Akční plán realizace Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2021. *Vlada.cz* [online]. 2019 [cit. 2021-03-11]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/strategie-a-plany/AP_2019_2021_final-s-ISBN_v20201012.pdf

SMIT, Evelien et al. Family interventions and their effect on adolescent alcohol use in general populations; a meta-analysis of randomized controlled trials [online]. Alcohol and Drug Dependence, 2007, 97: 195-206 [cit. 2021-01-30]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK76190/

SOCIOFACTOR S.R.O., ed. Zpráva o příčinách umisťování dětí mimo vlastní rodinu z perspektivy orgánů sociálně-právní ochrany dětí [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2017 [cit. 2021-4-26]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/637531/Zprava.pdf/86ee24d6-04a5-3b0a-a6ec-d0e4be11336a

STATISTA. Volume of beer consumed per capita in Europe in 2019, by country. In: *Statista.com* [online]. 2021 [cit. 2021-02-15]. Dostupné z: https://www.statista.com/statistics/444589/european-beer-consumption-per-capita-by-country/

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2018. Szu.cz [online]. 2019 [cit. 2019-11-30]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/uzivani_tabaku_alkoholu_cr_2018.pdf

STEMLER, Steve. An overview of content analysis [online]. Practical assessment, research, and evaluation, 2000, 7.1: 17 [cit. 2021-03-13]. Dostupné z: https://scholarworks.umass.edu/pare/vol7/iss1/17/

ŠPECIÁNOVÁ, Šárka. Sociálně-právní ochrana dětí [online]. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007 [cit. 2021-02-14]. ISBN 978-80-86991-27-6. Dostupné z: http://vyzkum-mladez.nidv.cz/zprava/1385375708.pdf

TEDGÅRD, Eva; RÅSTAM, Maria; WIRTBERG, Ingegerd. An upbringing with substance-abusing parents: Experiences of parentification and dysfunctional communication [online]. Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 2018, 36(3): 223-247 [cit. 2020-11-03]. Dostupné z: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1455072518814308

ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY. Projekt „Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky“ [online]. 2018 [cit. 2021-4-28]. Dostupné z: https://www.rozvojadiktologickychsluzeb.cz/

VAN DER VORST, Haske, et al. The role of alcohol-specific socialization in adolescents' drinking behaviour [online]. Addiction, 2005, 100(10): 1464-1476 [cit. 2021-03-14]. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16185208/

VEDRALOVÁ, Jarmila. Alkohol a tabák ve strategii protidrogové politiky. In: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky [online]. 2018 [cit. 2021-04-07]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/koordinace/Vedralova_Alkohol_a_tabak_ve_strategii_protidrogove_politiky.pdf

VERONIE, Linda a David FRUEHSTORFER. Gender, birth order and family role identification among adult children of alcoholics. Current Psychology, 2001, 20.1: 53-67.

VINOPAL, Jiří. Informovanost české veřejnosti o pivu a jeho hodnocení v roce 2013. *Centrum pro výzkum veřejného mínění, Sociologický ústav AV ČR, v.v.i.* [online]. 2013 [cit. 2021-04-11]. Dostupné z: https://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c6/a3757/f77/OR131120d.pdf

VINOPAL, Jiří. Tisková zpráva: Pivo v české společnosti v roce 2018. In: *Centrum pro výzkum veřejného mínění, Sociologický ústav AV ČR, v.v.i.* [online]. 2018 [cit. 2021-04-11]. Dostupné z: https://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c2/a4749/f9/OR181113a.pdf

WARPENIUS Katariina a Christoffer TIGERSTEDT. Positioning alcohol's harm to others (AHTO) within alcohol research: A reinvented perspective with mixed policy implications [online]. Nordic Studies on Alcohol and Drugs. 2016, 33(5-6), 487-502 [cit. 2021-04-11]. ISSN 14586126. Dostupné z: doi:10.1515/nsad-2016-0041

WHO. *Global status report on alcohol and health 2018* [online]. Geneva: World Health Organization, 2018 [cit. 2020-12-03]. ISBN 978-92-4-156563-9. Dostupné z: https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639

WHO a. *Harm to others from drinking: Patterns in nine societies* [online]. World Health Organization, 2019 [cit. 2020-12-03]. ISBN 9789241515368. Dostupné z: https://www.who.int/publications/i/item/harm-to-others-from-drinking-patterns-in-nine-societies

WHO b. *Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019* [online]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2019 [cit. 2021-04-03]. Dostupné z: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/411418/Alcohol-consumption-harm-policy-responses-30-European-countries-2019.pdf

WILSON, Ingrid et al. Living the cycle of drinking and violence: A qualitative study of women's experiences of alcohol-related intimate partner violence [online]. *Drug and Alcohol Review*, 2017, 36, 115-124 [cit. 2021-03-14]. Dostupné z: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/dar.12405

WINKLER, Petr. Deprese a nárůst sebevražd v karanténě? Tak velký nárůst nás překvapil, říká expert. In: *DVTV* [online]. 27. 1. 2021 [cit. 2021-04-23]. Dostupné z: https://zpravy.aktualne.cz/domaci/vice-cechu-pije-v-dobe-pandemie-pravidelne-nadmerne-alkohol/r~06ab1b20607a11eb8b230cc47ab5f122/

ZDRAVOTNICKÝ DENÍK. Odborný panel ZD: Adiktologie má přes tři miliony potencionálních pacientů, ale budoucí lékaři ji studují jeden jediný den. In: *Zdravotnickydenik.cz* [online]. 2021 [cit. 2021-04-27]. Dostupné z: https://www.zdravotnickydenik.cz/2020/05/odborny-panel-zd-adiktologie-ma-pres-tri-miliony-potencionalnich-pacientu-budouci-lekari-studuji-jeden-jediny-den/

Zákon č. 86/1922 Sb. In: Beck-online.cz [online]. 2021 [cit. 2021-04-27]. Dostupné z: https://www.beck-online.cz/bo/chapterview-document.seam?documentId=onrf6mjzgizf6obwfuya#

Zákon č. 87/1948 Sb., o potírání alkoholismu. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2021 [cit. 2021-04-27]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1948-87

Zákon č. 120/1962 Sb., o boji proti alkoholismu. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2021 [cit. 2021-04-27]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1962-120

Zákon č. 37/1989 Sb., České národní rady o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2021 [cit. 2021-04-27]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1989-37

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: Zákony pro lidi.cz [online]. © AION CS 2010-2021 [cit. 2021-04-27]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2021 [cit. 2021-04-27]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1999-359

Zákon č. 257/2000 Sb., o Probační a mediační službě a o změně zákona č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České republiky, ve znění pozdějších předpisů, zákona č. 65/1965 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů, a zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí (zákon o Probační a mediační službě). In: Zákony pro lidi.cz [online]. © AION CS 2010-2021 [cit. 2021-04-27]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-257

Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2021 [cit. 2021-04-27]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-379

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2021 [cit. 2021-04-27]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: Zákony pro lidi.cz [online]. © AION CS 2010-2021 [cit. 2021-04-27]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372

Zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2021 [cit. 2021-04-27]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-65

Teze diplomové práce

Institut sociologických studií

Katedra veřejné a sociální politiky

Teze diplomové práce

Jméno studentky: Martina Holá

Vedoucí práce: PhDr. Karolína Dobiášová, Ph.D.

Akademický rok vypsání: 2019/2020

Typ práce: Diplomová práce

Jazyk práce: český jazyk

Předpokládaný název v českém jazyce: Česká alkoholová politika a dopad alkoholu na rodiny

Předpokládaný název v anglickém jazyce: Czech alcohol policy and alcohol´s impact on families

Vymezení tématu a vstupní diskuze:

Nadměrná spotřeba alkoholu bezprostředně působí na zdraví a sociálně-ekonomickou situaci obyvatel. Vztah k alkoholu a alkoholová politika jsou v České republice spíše liberální (jednoduchá dostupnost alkoholu, povolený vstup nezletilých do barů a klubů apod.), což ovlivňuje celkovou spotřebu alkoholu ve společnosti a způsobuje umisťování ČR na předních místech mezinárodních srovnání ve spotřebě alkoholu na obyvatele (Hnilicová a Dobiášová 2018, s. 248). Dalším z následků liberální alkoholové politiky je narůstající počet nezletilých pijících alkohol. Studie Recuding Underage Drinking (2004) ukazuje, že mladí, kteří začínají konzumovat alkohol už před 15. rokem života, jsou o 41 % náchylnější k těžké závislosti na alkoholu v dospělosti oproti těm, kteří začínají konzumovat alkohol po dovršení plnoletosti.

Tyto formy rizikového chování nejen mládeže s sebou nesou zdravotní důsledky, ohrožují dané jedince, ale i jejich okolí, popř. celou společnost. Toto zdravotně-rizikové chování je součástí rozsáhlejší celospolečenské situace, která toto chování toleruje i částečně podporuje. Rizikové vzorce chování mládeže jsou obrazem chování dospělých, chování se přenáší z generace na generaci. S rostoucí populací konzumující rizikově alkohol se problém přesouvá na pole veřejně politického problému, který už nelze řešit individuálně, ale vyžaduje celospolečenské řešení.

Výzkumy zaměřené na dopad nadměrné konzumace alkoholu jsou velmi často orientované na perspektivu jedince nebo naopak na perspektivu společnosti. Při zaměření na jedince nedochází k zahrnutí interakce okolí a perspektivu ostatních zúčastněných aktérů (rodina, přátelé atd.) (Room et al. 2016). Avšak při zacílení na rovinu společnosti se výzkumy zaměřují hlavně na objektivní údaje, např. náklady na péči, rehabilitace apod. V posledních letech se začaly realizovat výzkumy, které se zaměřují na obě perspektivy a popisují různé úrovně problematiky, např. jedince, rodina, společnost i stát (Warpenius a Tigerstedt 2016).

Jako teoretický rámec jsem zvolila přístup AHTO neboli „alcohol harm to others". Koncept se zaměřuje na „škody způsobené alkoholem druhým lidem" (Hnilicová a Dobiášová 2020, s. 9). Tento přístup kombinuje rovinu mikro, mezo i makro, tj. úroveň jedince, rodiny, komunity, společnosti i státu (ibid.). V rámci této práce se zaměřím právě na mezoúroveň a na dopad alkoholu na rodiny, resp. dopad na rodinu, pokud je jeden ze členů rodiny alkoholově závislý.

AHTO se často spojuje s negativním dopadem na rodiny a děti, které se stávají nezranitelnější skupinou. Výzkumníci zkoumající dopad rizikového pití alkoholu na rodiny objevili, že se u dětí mimo nedostatečnou péči a jiné aspekty často objevuje emocionální strádání spojené se strachem o daného rodiče (ibid.). Poznatky o AHTO na jednotlivých úrovních v poslední době v České republice zpracovalo několik výzkumníků (Hnilicová a Dobiášová 2020; Nováková 2018; Nováková a Mravčík 2020), proto ve své práci budu navazovat hlavně na tyto přehledové práce. Ráda bych práci rozdělila do dvou částí. V první části se budu věnovat teoretickému ukotvení a ve druhé části, empirické, bych se ráda zaměřila na výzkum.

Předpokládané metody zpracování práce:

V mé diplomové práci bych se ráda věnovala dopadu české alkoholové politiky na rodiny, a to za pomoci kvalitativních rozhovorů s experty v oboru. Zaměření na rodiny, ať už jsou alkoholově závislí rodiče nebo děti, pomůže odhalit souvislosti a vztahy mezi těmito proměnnými. Tato metoda mi pomůže naplnit můj výzkumný cíl, čímž je zjistit jaké formy AHTO se u rodin, ve kterých je jeden z dospělých závislý na alkoholu, vyskytují a jaké jsou strategie při vypořádávání se s AHTO a jak pomáhá český zdravotně-sociální systém.

Tento výzkum bude s ohledem na specifičnost tématu postaven na kvalitativní metodologii. Kvalitativní metody sběru dat mi umožní odhalit získat hlubší vhled do problematiky a porozumění významům vztahující se k tématu. Pro svůj výzkum bych ráda zvolila expertní šetření, resp. kvalitativní rozhovory v polostrukturované formě. Rozhovory budou s experty, kteří se v dané problematice pohybují. Za takové experty v tomto případě považuji pracovníky

v neziskovém sektoru, kteří se s rodinami setkávají přímo a znají danou problematiku z první ruky. Další možností pro rozhovory by byli experti z prostředí tvorby alkoholové politiky, popř. vnější pozorovatelé, avšak z povahy práce jsem se rozhodla jít výše zmíněnou cestou. Jako způsob analýzy dat jsem si vybrala tematickou analýzu rozhovorů.

Výzkumné otázky:

Rozdělení na dvě části, jedna se týká propojení s teoretickým rámcem AHTO a druhá část se zaměřuje na služby. Otázky částečně vychází z Laslett et al. (2015).

- Jaké formy AHTO se v českých rodinách objevují?
- Jaké jsou dopady na rodinu jako celek?
- Jaké jsou strategie rodin ve vypořádávání se s AHTO?
- Jaké služby jsou k dispozici pro rodiny postižených alkoholově závislým členem rodiny?
- Jaké jsou případné bariéry využívání služeb?
- Jaké služby na trhu chybí?

Předpokládaná struktura práce:

1. Úvod
2. Teoretické ukotvení – systematická rešerše literatury
3. Cíle a výzkumné otázky
4. Kvalitativní výzkum
5. Závěr, hlavní zjištění

Klíčová slova v českém jazyce: alkoholová politika, dopad alkoholu

Klíčová slova v anglickém jazyce: alcohol policy, alcohol‘s impact, alcohol harm to others

Přehled předpokládaných zdrojů:

- BRAUN, Virginia a CLARKE, Victoria. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology, 2006, 3(2), 77-101.
- HNILICOVÁ, Helena a Karolína DOBIÁŠOVÁ. Alkohol z pohledu veřejného zdraví v ČR: fakta a souvislosti. Časopis lékařů českých (online). 2018, 157, 248-253 (cit. 3. 12. 2019). Dostupné z: https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2018-5-3/alkohol-z-pohledu-verejneho-zdravi-v-cr-fakta-a-souvislosti-105837

- HNILICOVÁ, Helena a Karolína DOBIÁŠOVÁ. „Second hand drinking“ neboli škody, které alkohol způsobuje druhým lidem. Prakt. Lék. 2020, 100(1), 8-12, v tisku.
- LASLETT, Anne Marie, Robin ROOM, Jason FERRIS, Claire WILKINSON, Michael LIVINGSTON a Janette MUGAVIN. Surveying the range and magnitude of alcohol's harm to others in Australia. Addiction. 2011, 106(9), 1603-1611. ISSN 09652140. Dostupné z: doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03445.x
- LASLETT, Anne Marie, Janette MUGAVIN, Heng JIANG, Sarah CALLINAN, Sarah MACLEAN a Robin ROOM. The hidden harm: Alcohol’s impact on children and families. Canberra: Foundation for Alcohol Research and Education, 2015.
- NOWELL, Lorelli S., Jill M. NORRIS, Deborah E. WHITE a Nancy J. MOULES. Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. International Journal of Qualitative Methods. 2017, 16(1), 1-13. DOI: 10.1177/1609406917733847.
- O’CONNELL, Bonnie. Reducing Underage Drinking: A Collective Responsibility. Washington, D.C: National Academies Press, 2004. ISBN 978-0- 309-08935-7.
- RODRIGUEZ, Eunice, Kathryn LASCH, Pinky CHANDRA a Jennifer LEE. Family violence, employment status, welfare benefits, and alcohol drinking in the United States: What is the relation? J Epidemiol Community Health 55(3). 2001, 172-178.
- ROOM, Robin, Anne-marie LASLETT a Heng JIANG. Conceptual and methodological issues in studying alcohol’s harm to others. Nordic Studies on Alcohol and Drugs. 2016, 33(5-6), 455-478. ISSN 14586126. Dostupné z: doi:10.1515/nsad-2016-0038
- WARPENIUS Katariina a Christoffer TIGERSTEDT. Positioning alcohol’s harm to others (AHTO) within alcohol research: A reinvented perspective with mixed policy implications. Nordic Studies on Alcohol and Drugs. 2016, 33(5-6), 487-502. ISSN 14586126. Dostupné z: doi:10.1515/nsad-2016-0041

Seznam příloh

1. SCÉNÁŘ ROZHOVORU PRO SOCIÁLNÍ SLUŽBY 78
2. SCÉNÁŘ ROZHOVORU PRO OSPOD 80
3. ZVACÍ EMAIL PRO SOCIÁLNÍ SLUŽBY 81
4. ZVACÍ EMAIL PRO OSPOD 82

1. Scénář rozhovoru pro sociální služby

Otázky na rozehřátí a identifikace pozice dotazovaného

- Popsal byste, prosím, Vaši organizaci, zařízení?
- Jak dlouho pracujete v této oblasti?
- Jakým způsobem pracujete s lidmi závislými na alkoholu, jaká je Vaše pracovní pozice?

Rodiny

- S jakými klienty setkáváte? – celé rodiny i s dětmi, pouze partner apod.
- Setkáváte se s alkoholem žen? Jak se liší od alkoholismu u mužů z hlediska projevů a dopadů?
- Jak se k vám klienti dostávají? (soud, iniciuje partner, iniciuje závislý)
- Mohl/a byste popsat, s jakými dopady alkoholu na rodiny (partner, pak i děti) se setkáváte a jak tyto dopady pomáháte řešit? Jaké se objevují problémy?
    - Ekonomické dopady, domácí násilí, škody na majetku, psychická újma, vztahové problémy, zhoršené studijní výsledky dětí, parentifikace
- Jaké jsou strategie rodin s vypořádáváním se dopadů alkoholu? Jak k závislému přistupují? A děti?
- Jaké strategie řešení jim doporučujete vy?
- Dochází k vám na sezení i děti? Nebo někdo další z rodiny?
- Jaký je přístup rodiny k vám? A dětí?
- Co na závislého funguje?
- Jak situaci rodin ovlivnil covid-19? Více zasažených rodin?
- Liší se nějak přístup v případě, že závislou na alkoholu je žena/matka?

Služby

- Spolupracujete i s jinými službami na pomoc rodině či závislému?
    - Jak tato spolupráce probíhá?
- Existují nějaké problémy v návaznosti služeb, jaké?
- Kde vidíte potenciál ke zlepšení služeb?
- Jaké vidíte bariéry při využívání služeb / bariéry pro využívání služeb?
- Co nejvíc rodině pomáhá? A co nejméně?
- Existují nějaké služby specificky zaměřené na problematiku žen závislých na alkoholu?
- Či reflektují současné služby genderové hledisko?

Závěr: Je ještě něco, co je ve vztahu k rodinám, kde se vyskytují závislosti, dle Vašeho názoru důležité a dosud jsme to nezmínili?

Je ještě něco důležitého ve vztahu k ženám závislým na alkoholu, co jsme dosud nezmínili?

Mohl/a byste mi doporučit někoho dalšího z praxe či nějakého experta, který by mi mohl pomoci zjistit o problémech rodin, kde je někdo závislý na alkoholu, ještě více?

2. Scénář rozhovoru pro OSPOD

Otázky na rozehřátí a identifikace pozice dotazovaného

- Jak dlouho pracujete v této oblasti a na jaké pozici?
- Jakým způsobem pracujete s lidmi závislými na alkoholu?

Rodiny

- S jakými rodinami pracujete (např. samoživitelé, vícegenerační, oba rodiče atd.)?
- Jak se k vám klienti dostávají?
- Setkáváte se s alkoholem žen - matek? Jak se liší od alkoholismu u mužů z hlediska projevů a dopadů?
- Mohl/a byste popsat, s jakými dopady alkoholu na rodiny (pak i konkrétně děti) se setkáváte a jak tyto dopady pomáháte řešit?
    - Ekonomické dopady, domácí násilí, škody na majetku, psychická újma, vztahové problémy, zhoršené studijní výsledky dětí, parentifikace
- Jaké jsou strategie rodin s vypořádáváním se dopadů alkoholu kromě kontaktování vás?
- Jaké strategie řešení jim doporučujete vy (pro děti či partnery)?
- S jakým přístupem rodiny se nejčastěji setkáváte? Jsou otevření změnám? Vymlouvají se? Zlehčují situaci?
- Je řešení nějak odlišné v případě, že závislou osobou v rodině je žena/matka?
- Jaký je přístup dětí? Mladších i pak starších?
- Děláte i rodinné terapie? Nebo jen sezení s dětmi?
- Co na rodiny funguje? A na děti? Jaký přístup pracovníka zvolit?
- Jak situaci rodin ovlivnil covid-19? Více zasažených rodin?

Služby

- Spolupracujete i se sociální či zdravotními službami na pomoc rodině či závislému?
    - Jak tato spolupráce probíhá?
- Existují nějaké problémy v návaznosti služeb, jaké?
- Kde vidíte potenciál ke zlepšení služeb?
- Jaké vidíte bariéry při využívání služeb / bariéry pro využívání služeb?
- Co podle vás nejvíc rodině pomáhá? A co nejméně?
- Existují nějaké služby specificky zaměřené na problematiku žen závislých na alkoholu?
- Či reflektují současné služby genderové hledisko?

Závěr: Je ještě něco, co je ve vztahu k rodinám, kde se vyskytují závislosti, dle Vašeho názoru důležité a dosud jsme to nezmínili?

3. Zvací email pro sociální služby

Dobrý den,

Obracím se na vás s prosbou o zapojení do výzkumu v rámci mé diplomové práce. Jsem studentkou 2. ročníku magisterského studia Veřejná a sociální politika na Fakultě sociálních věd Univerzity Karlovy a má diplomová práce se zaměřuje na dopad alkoholu na rodiny. V práci se zaměřuji na problematiku v případě, že je jeden z rodičů závislý na alkoholu (či rizikově pije alkohol), a myslím si, že rozhovor s někým z vaší organizace by pro mě byl nesmírně přínosný. Toto téma považuji za v České republice nepříliš probádané a často opomíjené, avšak klíčové, proto se na něj i zaměřuji.

Byla bych vám nesmírně vděčná, kdyby bylo možné předat mi kontakt na někoho, kdo by se mnou byl ochoten provést rozhovor, popřípadě předat dané osobě můj email. Pro rozhovor sháním pracovníka (sociálního pracovníka, terapeuta, adiktologa apod.), který s rodinami/rodinnými příslušníky závislého klienta pracuje a má alespoň 4 roky praxe.

Součástí rozhovoru by byly otázky na expertní pohled na věc, zkušenosti, případně příběhy. Samozřejmě bych dopředu zaslala okruhy rozhovoru. Rozhovor bych z důvodu současné situace ráda provedla pomocí online platformy (Zoom, Skype, Google Hangouts…), jméno pracovníka by v práci nebylo zveřejněné a byla by zachována naprostá anonymita.

Předem děkuji moc za spolupráci. V případě jakýchkoliv otázek se na mě neváhejte obrátit.

4. Zvací email pro OSPOD

Dobrý den,

Obracím se na vás s prosbou o zapojení do výzkumu v rámci mé diplomové práce. Jsem studentkou 2. ročníku magisterského studia Veřejná a sociální politika na Fakultě sociálních věd Univerzity Karlovy a má diplomová práce se jmenuje dopad alkoholu na rodiny. V práci se zaměřuji na problematiku dopadu alkoholu na rodiny v případě, že je jeden z rodičů závislý na alkoholu, a myslím si, že rozhovor s někým z orgánu sociálně právní ochrany by pro mě byl nesmírně přínosný. Toto téma považuji za v České republice nepříliš probádané a často opomíjené, avšak klíčové, proto se na něj i zaměřuji.

Byla bych vám nesmírně vděčná, kdyby bylo možné udělat s vámi, případně s někým jiným z vašeho oddělení rozhovor. Pro rozhovor sháním pracovníka, který s rodinami/rodinnými příslušníky závislého klienta pracuje a má alespoň 3 roky praxe.

Součástí rozhovoru by byly otázky na expertní pohled na věc, zkušenosti, případně příběhy, jak se rodiny s problémem vypořádávají, propojenost se sociálními službami atd. Samozřejmě bych dopředu zaslala okruhy rozhovoru. Rozhovor bych z důvodu současné situace ráda provedla pomocí online platformy (Zoom, Skype, Google Hangouts…), jméno pracovníka by v práci nebylo zveřejněné a byla by zachována naprostá anonymita.

Předem děkuji moc za spolupráci. V případě jakýchkoliv otázek se na mě neváhejte obrátit.

S pozdravem

Martina Holá