

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra Sociální pedagogiky

**Volný čas jako součást kvality života závislých na
alkoholu po léčbě závislosti**

Diplomová práce

Autor: Bc. Kateřina Trnková
Studijní program: N7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální pedagogika
Vedoucí práce: Mgr. Leoš Šebela

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta

Zadání diplomové práce

Autor: Bc. Kateřina Trnková

Studijní program: N7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální pedagogika

Název závěrečné práce: **Volný čas jako součást kvality života závislých na alkoholu po léčbě závislosti**

Název závěrečné práce AJ: Leisure as a part of the quality of life of alcohol dependent people after detoxification

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Diplomová práce je zaměřena na způsob trávení a využívání volného času závislých na alkoholu po léčbě závislosti. V teoretické části práce jsou vymezeny pojmy volný čas, kvalita života a popsána specifika závislosti na alkoholu. Praktická část je věnována interpretaci výsledků výzkumného šetření, jehož cílem je popsat změny v oblasti trávení volného času, které nastaly v životě člověka závislého na alkoholu po léčbě závislosti a význam, který těmto změnám přiřkládá v souvislosti s úspěšným udržením abstinence.

Garantující pracoviště: Katedra sociální pedagogiky, Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. Leoš Šebela

Konzultant:

Oponent: Mgr. Jan Sýkora

Datum zadání závěrečné práce: 6. 1. 2012

Datum odevzdání závěrečné práce:

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala pod vedením vedoucího diplomové práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 5. 11. 2014

Bc. Kateřina Trnková

Anotace

TRNKOVÁ, Kateřina. *Volný čas jako součást kvality života závislých na alkoholu po léčbě závislosti*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2014. 76 s. Diplomová práce.

Diplomová práce je zaměřena na způsob trávení a využívání volného času závislých na alkoholu po léčbě závislosti. V teoretické části práce jsou vymezeny pojmy volný čas, kvalita života a popsána specifika závislosti na alkoholu. Praktická část je věnována interpretaci výsledků výzkumného šetření, jehož cílem je popsat změny v oblasti trávení volného času, které nastaly v životě člověka závislého na alkoholu po léčbě závislosti a význam, který těmto změnám přikládá v souvislosti s úspěšným udržením abstinence.

Klíčová slova: volný čas, kvalita života, závislost na alkoholu, léčba závislosti, životní styl.

Annotation

TRNKOVÁ, Kateřina. *Leisure as a part of the quality of life of alcohol dependent people after detoxification*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2014. 76 pp. Master Degree Thesis.

The thesis focuses on the ways of spending leisure time by the people dependent on alcohol misuse after finishing the detoxification process. In its theoretical part the concepts of leisure and quality of life were defined, as well as the specifics of alcohol dependence were described. Practical part of thesis is devoted to interpreting the results of research aiming to describe changes in leisure time spending, which occurred in the life of a person dependent on alcohol misuse after finalizing his/her detoxification process, as well as the importance he/she assign to these changes for successful maintenance of abstinence.

Key words: leisure, quality of life, dependence on alcohol, addiction treatment, style of life.

Obsah

Úvod.....	8
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 Volný čas.....	10
1.1 Objem a struktura volného času.....	11
1.1.1 Objem volného času.....	11
1.1.2 Struktura volného času.....	12
1.2 Faktory působící na rozvoj volného času.....	15
1.2.1 Zkracování pracovní doby	15
1.2.2 Rozložení obyvatel a jejich věkové a etnické rozvrstvení	16
1.2.3 Migrace obyvatel do měst.....	17
1.3 Volný čas jako součást kvality života	18
2 Kvalita života.....	21
2.1 Vývoj pojetí.....	21
2.2 Vymezení pojmu kvalita života	22
2.3 Dimenze kvality života	23
2.4 Různá pojetí kvality života – multidisciplinární přístupy	25
2.4.1 Kvalita života z medicínského pohledu	26
2.4.2 Kvalita života z psychologického pohledu	27
2.4.3 Pojetí kvality života ze sociologického pohledu.....	27
3 Závislost na alkoholu.....	29
3.1 Diagnostické kategorie nadužívání alkoholu	30
3.2 Vznik závislosti na alkoholu	31
3.3 Vývoj a typy závislosti na alkoholu	33
4 Léčba závislosti na alkoholu	37
4.1 Přístup k léčbě závislosti.....	37
4.2 Ústavní léčba závislosti.....	40
4.3 Ambulantní léčba	43
4.4 Následná péče – doléčování	44
EMPIRICKÁ ČÁST	47
5 Metodologie výzkumného šetření	47
5.1 Výzkumný problém.....	47
5.2 Cíl výzkumného šetření.....	47

5.3	Základní výzkumná otázka	47
5.4	Volba strategie výzkumného šetření	48
5.5	Výběr a popis výzkumného vzorku.....	49
5.6	Technika sběru dat	50
5.7	Organizace dat a jejich analýza.....	51
6	Výsledky výzkumného šetření	54
6.1	Naplňování volného času	55
6.2	Překážky.....	56
6.2.1	Péče o blízké	56
6.2.2	Nepochopení	57
6.2.3	Pracovní vytíženost – pracovní překážky	57
6.2.4	Finanční závazky/problémy	57
6.2.5	Vlastní iniciativa	58
6.2.6	Osamocení	58
6.2.7	Abstinence jako omezení – volný čas s přáteli	58
6.2.8	Zdravotní problémy	58
6.3	Způsob řešení – taktika, strategie.....	59
6.3.1	Aktivní a smysluplné zaplnění volného času.....	59
6.3.2	Změny postoje.....	60
6.3.3	Doléčování	61
6.3.4	Organizace pracovních povinností.....	61
6.3.5	Využití dalších zdrojů sociální opory	62
6.4	Zájmové činnosti.....	63
6.4.1	Původní zájmy	63
6.4.2	Nové zájmy	63
6.5	Vliv na udržení abstinence	64
7	Shrnutí	66
	Závěr	68
	Použitá literatura	71
	Příloha č. 1	74

Úvod

Téma práce jsem zvolila s ohledem na oblasti působnosti studovaného oboru sociální pedagogika a jejímu zájmu o sféru volného času, a zároveň z důvodu, že jsem několik let pracovala s lidmi, kteří se s problémem závislosti na alkoholu potýkali. Další okolností, která mě k tomuto rozhodnutí vedla, bylo to, že i v mém osobním životě je téma způsobu trávení a využívání volného času velmi aktuální. Volný čas je pro mě významnou hodnotou, o kterou cítím potřebu pečovat. Mezi mnohými povinnostmi a tlakem, který na nás často vyvíjí naše okolí, není vždy snadné si nalézt čas pro sebe.

Proč se zabývat otázkou trávení volného času právě u závislých? Člověk, který začal nadužívat alkohol a závislosti propadl, nahradil svůj volný čas a zájmy pitím. Léčba závislosti pak představuje určitý mezník v jeho životě. Po léčbě přichází rozhodnutí nastartovat svůj život jiným směrem, udělat v něm určité změny. Ty se mohou týkat různých oblastí. V práci se soustředím na oblast volného času jako na specifickou součást kvality života, která se podílí na celkové spokojenosti člověka. Na způsob trávení volného času se pokouším nahlédnout jako na jeden ze základních stavebních kamenů nového přístupu k životu, se kterým souvisí udržení abstinence v budoucnosti.

Cílem práce je postihnout změny v oblasti trávení volného času, které nastaly v životě člověka závislého na alkoholu po léčbě závislosti a zjištění významu, který těmto změnám příkládá v souvislosti s úspěšným udržením abstinence.

Základem zkoumání je kvalitativní analýza, která s využitím metody *zakotvené teorie* sleduje otázky vlivu volného času a volnočasových aktivit na udržení abstinence po léčbě závislosti na alkoholu. Cílem je vytvoření teorie, která odpovídá zkoumanému problému a vysvětluje jej. Získané údaje jsou interpretovány způsobem aplikovatelným na podobné situace spojené se sledovaným jevem. Jedním z procesů použitých v rámci zakotvené teorie je kódování, v případě předložené práce otevřené kódování.

Diplomová práce je rozdělena na dvě hlavní části: teoretickou a empirickou. Teoretickou část tvoří čtyři kapitoly. První z nich je věnována fenoménu volného času jako jedné z významných kvalit života, jeho náplni a struktuře i faktorům, které působily na jeho rozvoj. Ve druhé kapitole je vymezen pojem kvalita života a je pojednáno o širokém spektru jeho pojetí a možného chápání. Třetí kapitola se soustředí na téma závislosti na alkoholu, především pak na její vznik a vývoj. Čtvrtá kapitola je

zaměřena na průběh léčby závislosti a možnosti, které poskytuje lidem, kteří se rozhodli se svou závislostí bojovat.

Následuje empirická část. Zde je v páté kapitole popsána a zdůvodněna strategie výzkumného šetření a jeho průběh. V šesté kapitole jsou interpretovány výsledky. Výzkumné šetření je orientováno na zkoumání významu volného času z hlediska kvality života lidí, kteří bojují se závislostí na alkoholu. Shrnutí výsledků výzkumného šetření je uvedeno v sedmé kapitole, která obsahuje hlavní celkové závěry šetření v konfrontaci se stanovenými výzkumnými otázkami.

Celá práce ústí do závěru, ve kterém jsou uvedeny konečné výsledky a z nich vyplývající doporučení.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Volný čas

Volný čas představuje v individuálním vývoji jedince prostor výrazně působící na formování lidského charakteru. Samotná důležitost volného času je daná z jeho postavení v opozici k termínu povinnost. Povinnost označuje závazná, často vynucená jednání v rámci nějakého řádu. Naopak volný čas je principiálně rozprostřen na tu část života, která není svázána s povinnými aktivitami. Je možné říci, že se tedy jedná o prostor uplatnění individuální svobody v rámci nějakého sociálního společenství (od rodinného kruhu po celostátní rozsah), kdy dochází k zásadnímu vlivu na formování charakteru jednotlivce. Tyto aktivity jsou specifické mírou své intence, obsahem, hodnotovým spektrem, účinkem a cílením. Jako obecnou definici lze použít např. tuto (l.c.): *„Za volný čas je považován čas, v němž jedinec svobodně na základě svých zájmů, nálad a pocitů, volí svou činnost.“*¹

Ve většině případů neexistuje volný čas v ryzí čisté formě, ale v mutacích, kdy dochází k vzájemnému prolínání, slučování a podporování/odporování různých prvků a činností. Proto je důležité zkoumat jejich reálný dopad a míru flexibility s konverzí: tím, že je poznáme, jsme schopni předvídat, nebo alespoň rámcově odhadnout společenský vývoj dané skupiny či daného regionu. Aby byla obtížnost jednotné definice volného času patrnější, podívejme se na typologii významu pojmu uváděnou Bedřichem Hájkem:

- Volný čas je prostor, v němž může jedinec svobodně rozhodovat o vlastní náplni vymezeného času.
- Volný čas představuje určitý časový prostor mezi dvěma aktivitami.
- Volný čas je prostorem, který jedinci zůstane poté, co odečteme od 24 hodin dobu věnovanou povinnostem (práce) a fyzickým potřebám (spánek...). Tento výsledný „rozdíl“ vymezuje prostor pro volnočasové aktivity.
- Volný čas je prostor pro záliby, koníčky a jim podobné aktivity, která nejsou povinností.²

¹ *Volný čas a prevence u dětí a mládeže*. Praha: MŠMT – odbor pro mládež, 2002. S. 6. Dostupné na: <http://aplikace.msmt.cz/PDF/Volnycas.pdf>. [cit. 2014-05-08].

² HÁJEK, B.; HOFBAUER, B.; PÁVKOVÁ, J. *Pedagogické ovlivňování volného času: současné trendy*. Praha: Portál, 2008. S. 198. ISBN 978-80-2620-030-7.

Samotný volný čas (a s ním spojené aktivity) představuje řadu specificky odvozených a zřetězených příčin a důsledků, často od sebe odlišených převážně vnitřní podstatou. Obecnými znaky těchto faktorů jsou: dynamičnost, flexibilita a svobodná vůle při souhlasu s konáním dané aktivity.

Pokud přihlédneme k postavení volnočasových aktivit v rámci dějin lidstva, zjistíme, že je s nimi spojen od počátku civilizace (či lépe písemnictví). V současnosti se vyprofiloval do postavení, které je významně závislé na společenských situacích (rodina, škola, parta, atp.).

V průběhu analýzy volného času je nutné brát zřetel k různorodým souvislostem a vazbám, v nichž se volný čas realizuje. V rámci mezinárodního a celospolečenského bádání vedou poznatky z jednotlivých regionů k formulování obecných zákonů, pravidel a k formování jakési pomyslné „sociokulturní mapy“ společností (např. celé Evropy). Specifický faktor představuje vlastní sociální a kulturní prostředí. Je například rozdíl mezi ČR dnes a před 30 lety: došlo k proměně politických hodnot, k výměně kulturních stereotypů, k inklinaci k multikulturalismu atp.³

1.1 Objem a struktura volného času

1.1.1 Objem volného času

Jak bylo naznačeno v předchozí kapitole, představuje „volný čas“ vymezení od práce a času nutného k uspokojení základních životních potřeb. To znamená, že jeho bližší definování je odvozené od délky trvání v rámci rozvržení denního, týdenního či měsíčního harmonogramu a od jeho obsahového naplnění. Navíc je nutné brát v potaz postavení jednotlivce, tedy zda se jedná o pracujícího nebo nepracujícího (nezaměstnaný, důchodce, student, žák). Nepracující část společnosti není primárně časově vázaná na rozvržení volného času po času práce, ale i přesto mají její možnosti volnočasových aktivit jisté mantinely.

Za prvé je to míra náročnosti aktivity a za druhé schopnost vybrat „čas“ na naplňování příslušné aktivity. Podle Tučka a Dufkové, Urbana a Dubského představuje náplň volného času individuálně a specificky strukturovaný systém, který autoři shodně

³ HOFBAUER, B. *Děti, mládež a volný čas*. Praha: Portál, 2004. S. 9-12. ISBN 80-7178-927-5. HÁJEK, B.; HOFBAUER, B.; PÁVKOVÁ, J. *Pedagogické ovlivňování volného času: současné trendy*. Praha: Portál, 2008. S. 28. ISBN 978-80-2620-030-7.

označují jako „objem volného času“. Pod tento termín spadá náplň prostoru, který zbude po splnění všech povinností.⁴

Odvozování objemu volného času vedlo Duffkovou ke snaze vytvořit typologii náplně volného času u pracujícího člověka. Se svými spolupracovníky přišla s rozvržením na denní volný čas, víkend a dovolenou.

Denním volným časem myslí každodenní volný čas odvozený od závislosti na pracovní době, který pracovní dobu v pravidelných, často krátkých intervalech nahrazuje. Víkendem je myšlen pravidelný, dvoudenní a nepřerušovaný volný čas, který je možné věnovat volnočasovým aktivitám.⁵ Dovolena je definována jako (l.c.): „...*delší úsek volna vyznačující se změnou životního stylu, který nepravidelně několikrát do roka přerušuje pracovní zaběhnutí.*“⁶

1.1.2 Struktura volného času

Pod pojmem „*struktura volného času*“ máme na mysli vlastní náplň volného času, tedy různé aktivity, kterým se jednotlivci věnují mimo pracovní dobu. Může jimi být prakticky všechno. Z důvodu jejich nepřehledného množství záleží pouze na jednotlivci jakou z činností z množství, které mu je nabízeno, bude provozovat. Pokud přihlédneme k reálnému uspořádání společnosti a k faktorům ovlivňujícím vlastní volný čas (viz kap. 1.2), tak nám vyvstanou určité meze. Ty nejzásadnější jsou sociálního charakteru a odráží v sobě možnosti jednotlivců určité sociální skupiny. Tak například dítě běžného úředníka bude jen těžko moci reálně uvažovat o soukromém učitelství, či o profesio-
nální kariéře golfisty. Jeho možnosti budou dány mírou bohatství jeho rodiny a v návaznosti na to i postavením v rámci společenské hierarchie. Poněkud nehumánně můžeme říci, že jsou lidé, pro něž je určen golf a jsou lidé primárně předurčení pro hru na flétnu či kytaru, pro modelářství nebo regionální turistiku.

⁴ TUČEK, M. *Dynamika české společnosti a osudy lidí na přelomu tisíciletí*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. S. 75. 80-86429-22-9. DUFFKOVÁ, J.; URBAN, L.; DUBSKÝ, J. *Sociologie životního stylu*. Vyd. 2. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2008. S. 43. ISBN 978-80-7380-123-6.

⁵ DUFFKOVÁ, J.; URBAN, L.; DUBSKÝ, J. *Sociologie životního stylu*. Vyd. 2. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2008. S. 45-46. ISBN 978-80-7380-123-6.

⁶ DUFFKOVÁ, J.; URBAN, L.; DUBSKÝ, J. *Sociologie životního stylu*. Vyd. 2. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2008. S. 47. ISBN 978-80-7380-123-6.

Na základě poměrně širokého uchopení pojmu vznikla celá řada kategorizací vnitřní struktury volného času. Pro lepší orientaci uvádíme dvě. Jedna pochází od již citované Duffkové, druhou přebíráme z interního dokumentu MŠMT ČR.

Duffková, Urban a Dubský dělí strukturu volného času dle povahy jednotlivých činností na tyto aktivity: kulturní, sportovní, sociální a společenské, vzdělávací, veřejné, rekreační, pěstování koníčků a manuálních aktivit, a hry.

Kulturní aktivity představují soubor činností směřovaných na přijímání nebo tvorbu kulturních hodnot. Pokud se hodnoty přijímají (návštěvy divadelních představení, koncertů, výstav atp.), mluvíme o receptivních aktivitách, a pokud samy kulturní hodnoty produkujeme, mluvíme o perceptivních aktivitách. Sportovní aktivity jsou různé druhy činností od turistiky, přes plavání, hraní míčových her po bojové sporty. Sociální aktivity jsou primárně představovány činnostmi zaměřenými na budování společenských vztahů a kontaktů (od dobročinných akcí, přes práce pro dobrovolnické neziskové organizace po různá setkání typu tanečních plesů atp.). Vzdělávací aktivity jsou z povahy svého názvu zaměřeny na rozšiřování individuálních vědomostí (proto mohou místy splývat s kulturními aktivitami). Formálně se dělí podle míry osobního zapojení na individuální a institucionalizované. Veřejné aktivity převážně představují činnosti spojené s dobrovolnickou činností v neziskových organizacích atp. (skauti, armáda spásy, červený kříž, atd.). Ze své povahy mívají podobné založení jako sociální či sportovní aktivity. Pěstování koníčků je poměrně široká kategorie, která může být obsažena v jakékoli z ostatních. Pro někoho je koníčkem sbírání autogramů, pro jiného chození po lese, malování, atp. Kategorie her je asi nejsvébytnější, přičemž můžeme pozorovat možné propojení se sociálními aktivitami, ale to jen ve vybraných případech (např. tzv. Dračí doupě, či RPG – role-playing game, tzv. rolové hry). Po formální stránce se dělí na hry společenské (Monopoly, Sázky a dostihy, různé karetní hry), počítačové a virtuální (zmíněné RPG hry či Dračí doupě).⁷

V rámci přístupu MŠMT ČR je volný čas dělen na aktivní a pasivní. Princip aktivního volného času vychází z předpokladu, že aktivní odpočinek je základním předpokladem pro zdravý životní styl a tím představuje prevenci před společenskými patologickými

⁷ DUFFKOVÁ, J.; URBAN, L.; DUBSKÝ, J. *Sociologie životního stylu*. Vyd. 2. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2008. S. 63-65. ISBN 978-80-7380-123-6.

jevy. Významný podíl na jeho vlivu má pozitivní přístup rodiny a školy. Tyto dvě instituce mají prvořadou povinnost samy za sebe dítěti hledat a zprostředkovávat tvůrčí aktivní volnočasové aktivity.

Aktivní volný čas by měl splňovat tyto funkce:

- vybízet k aktivnímu provádění vybraných činností,
- kompenzovat monotónnost pracovních činností, školní výuky a domácího života, tzn.: měl by obohacovat život,
- posilovat zdravý způsob života a samotné zdraví.

Dále jsou tyto aktivity členěny podle míry interesování jednotlivce či organizace na:

- fyzické aktivity realizované organizovanou tělovýchovou a sportovní činností a neorganizovanou tělovýchovou a sportem,
- zájmovou činnost s účastí na práci ve výtvarných, přírodovědných, technických, hudebních a jiných kroužcích,
- pohyb na čerstvém vzduchu spojený s fyzickou aktivitou (turistika, zahrádkářství, atp.),
- společenskou činnost prováděnou pokud možno venku a s pohybovou aktivitou,
- zábavu kompenzující duševní napětí a přispívající k rozvoji osobnosti.⁸

Pasivní trávení volného času představuje v pojetí MŠMT ČR negativní protiklad k pozitivnímu aktivnímu trávení. Tento způsob náplně je prováděn prostřednictvím tzv. „*akčního vaku*“, jehož vliv je nejzásadnější na část populace, která má potřebu (l.c.) „*mimořádných zážitků bez schopnosti získat uspokojující prožitky vlastní aktivní činností a vlastním přičiněním*“.⁹ Jedná se převážně o tyto typy:

- chroničtí sledovači televize, filmů a počítačových her,
- mládež, která převážnou část svého volného času pobývá v hospodách, barech, nebo na ulicích,

⁸ *Volný čas a prevence u dětí a mládeže*. Praha: MŠMT – odbor pro mládež, 2002. S. 6-7. Dostupné na: <http://aplikace.msmt.cz/PDF/Volnycas.pdf>. [cit. 2014-05-08].

⁹ *Volný čas a prevence u dětí a mládeže*. Praha: MŠMT – odbor pro mládež, 2002. S. 11. Dostupné na: <http://aplikace.msmt.cz/PDF/Volnycas.pdf>. [cit. 2014-05-08].

- mládež, která vyhledává dramatické, dobrodružné aktivity s použitím násilí, kriminality, drog, alkoholu a jiných patologických jevů.¹⁰

1.2 Faktory působící na rozvoj volného času

Z výše předložené definice vyplývá, že „volný čas“ představuje široký a na okolních faktorech závislý prostor. Během posledního více než století měly vliv na utváření volného času: zkracování pracovní doby, nerovnoměrné rozložení obyvatel a jejich věkové a etnické složení, migrace lidí z venkova do měst. Působily na něj i hodnotové a kulturní změny.

1.2.1 Zkracování pracovní doby

Zkracování pracovní doby představuje jednu ze specifických složek lidských dějin, která doprovázela sociální vývoj jednotlivých národů. Pokud se podíváme na dějiny pracovní doby, zjistíme, že trend primárního postupného snižování je pouze zdánlivý. Stručně si načrtněme historii: ve středověku zabíral roční objem práce 2 800 hodin na člověka, což tvořilo 28,5% z počtu hodin za rok a počet pracovních dní se pohyboval v závislosti na velkém počtu církevních svátků mezi 190 až 215. Oproti tomu v novověku, v 18. století ve Francii za vlády Ludvíka XIV., odpracoval průměrný poddaný jen na robotě 3 167 hodin ročně, což vychází na 8,5 hodin denně. V první polovině století devatenáctého se pohybovala průměrná pracovní doba mezi 12 – 14 hodinami denně. Ta se postupně změnila v důsledku sociálních bouří na 8 hodin denně a celkově 48 hodin týdně, přičemž tento rozsah nebyl dán plošně, ale pouze u jednotlivých států. Počátkem 20. století byla průměrná pracovní doba v Evropě 60 hodin týdně a k jejímu snížení došlo až na nátlak po první světové válce, kdy byl ve 30. letech stanoven limit na 40 hodin týdně se snahou jej postupně snižovat. Tento trend zastavila válka a požadavek na 40 hodinový pracovní týden se znovu objevil až koncem 50. let, kdy byly dopady války částečně eliminovány. V západních zemích začal postupný přechod k pětidennímu pracovnímu týdnu a později k omezení na 35 pracovních hodin za týden. V USA vývoj přinesl průměrnou pracovní dobu 5,9 hodin za den, ve Velké Británii 6,4 hodiny a ve Francii 7,7 hodin denně.¹¹

¹⁰ *Volný čas a prevence u dětí a mládeže*. Praha: MŠMT – odbor pro mládež, 2002. S. 11-12. Dostupné na: <http://aplikace.msmt.cz/PDF/Volnycas.pdf>. [cit. 2014-05-08].

¹¹ HOFBAUER, B. *Děti, mládež a volný čas*. Praha: Portál, 2004. S. 25-26. ISBN 80-7178-927-5.

Součástí tohoto vývoje byla proměna života obecně, faktory, které ji představují, mají stejný význam pro vývoj volného času jako jeho spíše politická sféra. V první řadě se jednalo o osvobození dětí od námezdní práce v průmyslu, zemědělství, řemeslech a službách, o zavedení povinné školní docházky, o zlepšení zdravotní péče a následné prodlužování délky života, o demokratizaci společnosti a o vznik fenoménu „volný čas“.

Jak se výše popsané změny promítly do podílu a náplně volného času? Průměrná délka mimopracovního života se rozšířila o více než 50 % původní doby. Čas věnovaný uspokojení životních potřeb se stabilizoval na 40 %. Počet odpracovaných hodin za život se snížil z 150 000 na 40 000 (což je o více než 2/3), objem volného času vzrostl z 110 000 na 360 000 hodin za život. Přičemž dnes, na počátku 21. století, čelí novému trendu, kdy je naopak vlivem ekonomické krize v nemálo evropských zemích žádáno více pracovních hodin na úkor času určeného pro volný čas a uspokojení základních životních potřeb.¹²

1.2.2 Rozložení obyvatel a jejich věkové a etnické rozvrstvení

Schopnost úspěšně vytvářet náplň volného času je přímo závislá na složení a rozložení obyvatel. Shodně s předchozí kapitolou můžeme i zde spatřovat v rámci západní civilizace jakousi pomyslnou „sinusoidu“. Tzn., že po pozvolném nárůstu dochází k mírnému a postupnému poklesu. Pokud přihlédneme k historickému vývoji počtu obyvatel, kde jsou data určována na základě zjištění historiků a archeologů, zjistíme, že v prvním století našeho letopočtu, bylo na světě pouze okolo 250 milionů obyvatel. Postupným vývojem (neustálým zlepšováním lékařské péče, pracovních technologií, potravinářského průmyslu, atp.) došlo během následujících staletí k nárůstu na 1 miliardu (počátek 19. století) a během dalšího 20. století na šest miliard, a to i přes dva masivní celosvětové konflikty. Tento celosvětový trend, který dále pokračuje (v současnosti žije na zemi 7 miliard lidí), není shodný po celém světě. V Evropě začalo počátkem 90. let 20. století docházet k postupnému a neustále trvalému poklesu porodnosti. Například v České republice pokles počet dětí do 14. let z 2,1 milionu na 1,6 milionu, což je v globálním měřítku pokles populace o 6 % (jednalo se o nejméně dětí narozených za posledních dvě stě let). V návaznosti na sníženou porodnost a narůstající průměrný věk obyvatele došlo k vzrůstu počtu seniorů, jejichž počet stoupl od roku 1950 v Evropě z 213 na 600

¹² HOFBAUER, B. *Děti, mládež a volný čas*. Praha: Portál, 2004.S. 27-28. ISBN 80-7178-927-5.

milionů a v současnosti tvoří celých 35 % obyvatel Evropy. V České republice jsou čísla odlišná, přičemž nárůst je také patrný. V období 1950 až 1991 se počet starších 60. let navýšil z 12,5% na 17,8% a v roce 2005 na 20,3%, přičemž se odhaduje, pokud nedojde k navýšení porodnosti, že v roce 2030 budou tvořit senioři necelou třetinu obyvatel ČR. Významným prvkem pro udržení alespoň stejných stavů obyvatel jednotlivých evropských států je migrace ze zemí třetího světa, které oproti nám mají vysokou porodnost.¹³

V důsledku takto proměněné situace je nutné organizovat politiku volného času s přihlédnutím k nárůstu multikulturního rozrůznění zájemců o volnočasové aktivity (v pozitivním i negativním smyslu).

1.2.3 Migrace obyvatel do měst

Třetí z faktorů s přímým vlivem na volný čas, získal na důležitosti až v druhé půli 20. století, kdy obyvatelstvo venkova začalo ve výrazně větší míře migrovat do měst, které se jejich příchodem začaly rozšiřovat co do počtu obyvatel, tak plochy (vznikaly tzv. *megapole*). V návaznosti na to docházelo k postupné proměně možností náplní volného času, které nutily zainteresované strany hledat neustále nová alternativní řešení. Město, jako subjekt vnitřně obsahující různé množství kultur, podporuje vybudování takového množství volnočasových aktivit, jehož šíře by pokryla poptávku. Navíc tím, že je ve městě oproti vesnici společnost více členěná, dochází k obohacování společenského života prostřednictvím navazování nových kontaktů, známostí a přátelství během volného času. V protikladu k tomu, a zde jsou pozitiva na straně života na vesnici, s touto bohatou možností vyplnění volného času vzniká ve městě prostředí, které vytváří (přímo i nepřímo) jistou anonymitu individua a nepřímo tak podporuje odtažitost člověka od celku, čímž dává prostor ke vzniku patologických jevů tvořených kriminalitou.¹⁴

Historii migrace do měst můžeme díky dobovým pramenům sledovat od 19. století. Dobová známá data dokládají, že ve městech tehdy žila pouhá 3 % obyvatel. Toto množství se postupně s průmyslovou revolucí začalo navyšovat. Na počátku 20. století už ve městech žilo 13 % obyvatel, v jeho půli 30 % na jeho konci už 45 %, přičemž pro

¹³ HOFBAUER, B. *Děti, mládež a volný čas*. Praha: Portál, 2004. S. 29-30. ISBN 80-7178-927-5.

¹⁴ HOFBAUER, B. *Děti, mládež a volný čas*. Praha: Portál, 2004. S. 32. ISBN 80-7178-927-5.

současnost se odhaduje již 50% hranice. Uvedme si příklady rozvoje některých metropolí: na počátku 19. století měl Londýn 800 000 obyvatel a dnes má něco přes 11 milionů, Paříž měla okolo půl milionu obyvatel a dnes má okolo 9,5 milionů a Praha, ve které bydlelo v první polovině 19. století 38 tisíc obyvatel, má dnes 1,2 miliony. Tato data jsou směrodatná pouze orientačně a navíc pro evropskou západní civilizaci. Např. v USA, či Japonsku žilo v polovině 20. století ve městech okolo $\frac{3}{4}$ populace. Popsané rozdíly jsou dány především rozdílným vývojem osídlování (v USA, oproti Evropě, vznikala města z nově budovaných osad kolonizátorů, a tyto metropole existují dodnes).¹⁵

Problém s prudkým nárůstem obyvatel metropolí má zásadně sociální charakter. Tím, že dochází k míšení chudších s bohatými, které není vyvažováno přímo úměrným zvyšováním životní úrovně nově příchozích, dochází k rozšiřování rozdílů mezi bohatými a chudými. Tyto rozdíly nejsou velké aglomerace schopny úspěšně řešit. To je jedním ze základních problémů, kdy pro většinu dětí jsou určeny pouze „ulice“ a život na nich. Oproti negativním faktorům aglomerací stojí vesnické „tradiční“ způsoby trávení volného času – užší propojení s přírodou, vztah ke zvířatům, k půdě k majetku, který často bývá „vydřen“ atp. Přesto snižování potřeby lidské práce v zemědělství, možnosti lepšího pracovního, ale i společenského a kulturního vyžití a uplatnění můžeme považovat za klíčové důvody, které vedou k migraci do měst.¹⁶

1.3 Volný čas jako součást kvality života

Volný čas je obecně vnímán jako nezbytná součást plnohodnotného a spokojeného života, protože člověk v něm má možnost vrátit se ke svému plnému, autentickému životu.¹⁷ Podle Duffkové je volný čas jednou z pěti oblastí, které se podílí na kvalitě života: zdraví; volný čas a osobní rozvoj; práce a profesní rozvoj; bydliště, komunita a okolí; rodina a sociální život.¹⁸

Pokud se týká definice kvality života, můžeme říci, že v této oblasti panuje několik různých názorů a každá filozofie tento pojem vnímá odlišně. V teoretické rovině můžeme

¹⁵ HOFBAUER, B. *Děti, mládež a volný čas*. Praha: Portál, 2004. S. 31. ISBN 80-7178-927-5.

¹⁶ HOFBAUER, B. *Děti, mládež a volný čas*. Praha: Portál, 2004. S. 32. ISBN 80-7178-927-5.

¹⁷ SPOUSTA, V. A KOL. *Teoretické základy výchovy ve volném čase*. Brno: MU v Brně, 1994. S. 23. ISBN 80-210-1007-X.

¹⁸ DUFFKOVÁ, J.; URBAN, L.; DUBSKÝ, J. *Sociologie životního stylu*. Vyd. 2. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2008. S. 159. ISBN 978-80-7380-123-6.

rozdělit kvalitu života na subjektivní a objektivní. Subjektivní zahrnuje jedincovo emocionální vnímání a jeho všeobecnou spokojenost se svým životem, to, jak vnímá své postavení ve společnosti, jak jsou uspokojeny jeho zájmy, očekávání a osobní cíle.¹⁹

Objektivní kvalita života se týká podmínek ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních, které ovlivňují rozvoj a bytí jedince ve společnosti.²⁰

Nejjednodušeji vysvětluje kvalitu života Jaro Křivohlavý, který přímo definuje pojmy kvalita a život. Kvalitou míní žádoucí stav či jakost, život je existence jedince nebo smysl samotné existence.²¹

Jinou definici stanovila skupina vytvořená WHO pro zkoumání kvality života²² (l.c.): „...kvalita života je jedincova percepce jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekávání, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí.“²³

Volný čas je kategorie, která nemá jasně daný časový horizont a hovoříme o něm až poté, co jedinec splnil všechny své povinnosti a úkony nezbytné k zajištění své vlastní existence, své rodiny a domácnosti. Množství volného času tedy odvozujeme od délky pracovní doby a mimopracovních závazků (domácí práce, péče o děti apod.)²⁴

Za nejčastější přínosy volného času jsou v odborné literatuře označovány následující funkce: odpočinek, rekreace, zábava a rozvoj osobnosti, které přinášejí člověku regeneraci po pracovním zatížení, obnovu duševních sil a spoluúčast v kulturním dění.

¹⁹ VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. S. 198-199. ISBN 80-7178-740-X.

²⁰ VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. S. 19. ISBN 80-7178-740-X.

²¹ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2001. S. 84. ISBN 80-7178-551-2.

²² Světová zdravotnická organizace.

²³ Převzato z: VAĐUROVÁ, H.; MÜHLPACHR, P. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: MU v Brně, 2005. S. 11. ISBN 80-210-3754-7.

²⁴ TUČEK, M. *Dynamika české společnosti a osudy lidí na přelomu tisíciletí*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. S. 186. ISBN 80-86429-22-9. DUFFKOVÁ, J.; URBAN, L.; DUBSKÝ, J. *Sociologie životního stylu*. Vyd. 2. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2008. S. 131. ISBN 978-80-7380-123-6.

Tyto oblasti by měly být ve vzájemném poměru vyrovnané, aby nedocházelo k jednostrannému zaměření člověka.²⁵

Asi nejznámější vymezení funkcí volného času sestavil Opaschowski:

- rekreace – zotavení, osvěžení,
- kompenzace – vyrovnává potřebu vyvážení se, rozptýlení, odstranění námahy,
- výchova a další vzdělávání – uspokojuje potřebu poznání, sociálního učení,
- kontemplace – hledání smyslu života, rozjímání, nalezení sebe sama,
- komunikace – sociální kontakty, uspokojuje touhu po lidech,
- participace – uspokojuje touhu angažovat se, podílet se na společenském dění,
- integrace – uspokojuje potřebu být součástí společnosti, společného prožívání,
- enkulturace – potřeba účastnit se na kulturním životě, uspokojit vlastní tvůrčí touhy.²⁶

²⁵ DUFFKOVÁ, J.; URBAN, L.; DUBSKÝ, J. *Sociologie životního stylu*. Vyd. 2. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2008. S. 145. ISBN 978-80-7380-123-6. VÁŽANSKÝ, M.; SMÉKAL, V. *Základy pedagogiky volného času*. Brno: Paido, 1995. S. 105-107. ISBN 80-901737-9-9.

²⁶ Převzato z: VÁŽANSKÝ, M.; SMÉKAL, V. *Základy pedagogiky volného času*. Brno: Paido, 1995. S. 96. ISBN 80-901737-9-9.

2 Kvalita života

2.1 Vývoj pojetí

Se zájmem o kvalitu života se můžeme setkat již v dávné historii lidstva, i ve zcela primitivních společnostech si jedinci uvědomovali a uvědomují svoji společenskou pozici a s ní související pocity spokojenosti či nespokojenosti. Kdy však začal být používán samotný pojem kvality života, již dnes nelze spolehlivě zjistit. Někteří autoři uvádějí období řecké a římské mytologie, porovnávání kvality života se však objevuje již v předklasických textech sumerských, babylonských, chetitských a dalších. V pozdějších dobách je zájem o zkoumání kvality života spojován zejména s problematikou víry a s prodlužováním života, které souvisí s kulturní, společenskou a politickou vyspělostí daných zemí. Do popředí vědeckého zájmu se dostává koncept kvality života na počátku 20. století v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji. Problému se věnoval J. A. Schumpeter,²⁷ ve svých převážně ekonomicky orientovaných pracích se jím zabýval také A. C. Pigou.²⁸ Jeho studie byly věnovány zejména otázkám dopadu podpory státu na život sociálně slabších vrstev obyvatel. Měření kvality života se v té době provádělo téměř výlučně prostřednictvím ekonomických ukazatelů.²⁹

Na sklonku 20. let minulého století zavádí pojem *kvality života* do psychologie významný americký autor E. Thorndike.³⁰ Otázce však v té době ještě nebyla věnována soustavnější pozornost. Vaňurová a Mühlpachr ukazují, že další vývoj byl podmíněn reakcí na rostoucí sociální nerovnost v šedesátých letech. Patrně pod tímto vlivem také WHO rozšířila svoji definici zdraví o duševní a sociální pohodu.³¹

Na sklonku šedesátých let minulého století byly zpracovány nové analýzy ekonomických problémů. Jejich účelem bylo mimo jiné sledování zvětšujících se rozdílů v blahobytu mezi jednotlivými státy a ekonomickými oblastmi i uvnitř těchto entit mezi jednotlivými sociálními vrstvami. Sledována byla i nerovnoměrnost distribuce zdrojů ve

²⁷ SCHUMPETER, J. A. On the Concept of Social Value. In *Quarterly Journal of Economics* vol. 23, 1908-9. 213-232. ISSN 0033-5533.

²⁸ PIGOU, A. C. *The Economics of Welfare I., II.* London : MacMillan & Co., 1920. 2 sv. ISBN sine.

²⁹ VAĐUROVÁ, H.; MÜHLPACHR, P. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska.* Brno: MU v Brně, 2005. S. 7. ISBN 80-210-3754-7.

³⁰ THORNDIKE, E. L. *The Measurement of Intelligence.* New York: Bureau of Publications, Teacher's College, Columbia University, 1927. 616 s. ISBN sine.

³¹ VAĐUROVÁ, H.; MÜHLPACHR, P. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska.* Brno: MU v Brně, 2005. S. 7. ISBN 80-210-3754-7.

společnosti. Více než deset let byly používány indikátory kvality života z oblasti ekonomické a později i environmentální. „Výrazněji se dostala problematika kvality života do popředí ze dvou příčin: ekonomický růst a rozvoj vědy a techniky vytváří pro občany možnost bezproblémově uspokojovat primární materiální potřeby, zároveň se však objevuje dopad tohoto ekonomického růstu, který s sebou nese ohrožení zdraví a lidské existence.“ (l.c.)³²

V průběhu posledních dvaceti let se do centra pozornosti dostávají subjektivní indikátory kvality života a zkoumání se obrací k člověku jako jedinci, jeho vnímání vlastního života a postavení, nikoli už tolik k jeho ekonomickým nebo sociálním podmínkám.³³ Těžištěm výzkumu se stává koncept kvality života, který souvisí se zdravím. V České republice se pojem dostává do popředí zájmu po roce 1989 a zásluhy o jeho rozšíření jsou spojovány především s Jarem Křivohlavým a Evou Dragomireckou.

2.2 Vymezení pojmu kvalita života

V odborné literatuře nalezneme celou řadu definic. Obecně je však pro všechny platné, že se opírají o údaje o fyzickém, psychickém a sociálním stavu (statusu) jedince. Zahrnují tedy nejen pocit fyzického zdraví a absenci symptomů somatického onemocnění nebo léčby, ale v globálním pohledu také psychickou kondici, míru společenského uplatnění, náboženské a ekonomické aspekty apod. „Kvalita života bývá vymezována různými způsoby, od velmi obecných definic, např. ‚schopnost vést normální život‘, ‚seberealizace‘, atp. až po komplexnější definice, které se zaměřují na jeden určitý aspekt života.“ (l.c.)³⁴ Definice vychází v podstatě z Maslowovy hierarchie lidských potřeb, tj. od naplnění základních fyziologických potřeb, přes potřeby bezpečí a jistoty, potřeby lásky, přijetí a sounáležitosti až po potřebu uznání a úcty a potřebu seberealizace. „Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému

³² VAĐUROVÁ, H.; MÜHLPACHR, P. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: MU v Brně, 2005. S. 8. ISBN 80-210-3754-7.

³³ RAPLEY, M. *Quality of Life Research: A Critical Introduction*. London: SAGE Publications, 2003. S. 36. ISBN 978-0-76-195457-6.

³⁴ VAĐUROVÁ, H.; MÜHLPACHR, P. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: MU v Brně, 2005. S. 13. ISBN 80-210-3754-7.

snažení druhých lidí. Kvalita života je definována s ohledem na spokojenost daného člověka s dosahováním cílů určujících směřování jeho života.” (l.c.)³⁵

Kvalitu života nezkoumáme jen u nemocných, ale je často používaným konceptem při výzkumu jednotlivců nebo společenských skupin v různých životních situacích. V širším kontextu jde o udržení nebo růst kvality života s ohledem na osobnost člověka a její složky, které lze v dané chvíli úspěšně rozvíjet.

Definice kvality života užívaná WHO chápe kvalitu života jako jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu jeho kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám.³⁶

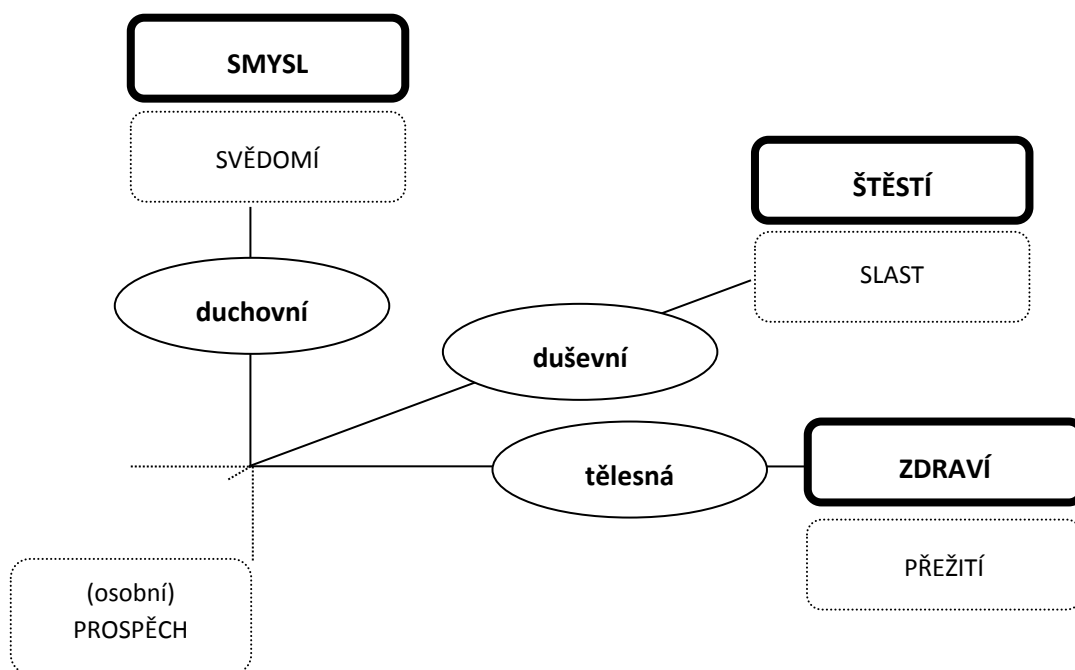
2.3 Dimenze kvality života

Z celostního pohledu představuje kvalita života složitý a široký pojem. Pro svou mnohorozměrnost a komplexnost je v tomto celku obtížně uchopitelný. Odráží samotnou lidskou existenci, smysl života člověka a vlastního lidského bytí, vyžaduje jejich pochopení. Proto v sobě nutně obsahuje nejen popis skutečnosti, ale i hledání klíčových faktorů bytí a pochopení sebe sama. Holistický přístup vyžaduje zkoumání materiálních, psychologických, sociálních, duchovních a dalších podmínek významných pro zdravý a šťastný život člověka. Tento komplexní pohled na člověka a jeho život se snaží postihnout současně vnější podmínky, ale také vnitřní rozměry člověka. Karel Balcar předkládá (l.c.) „*obraz člověka jako vícerozměrné bytosti, vnějšně spjaté s jejím okolím vzájemným vlivem, jehož prostředím z hlediska člověka je jeho vlastní chování, a vnitřně nabývající tři základních kvalit – hmotné v tělesném rozměru, prožitkové v duševním a volné v duchovním čili existenciálním. Tyto různé kvality lidského života lze rozlišit vedle jiných hledisek i jejich rozdílným zakotvením pomocí vůdčích pohnutek a nástrojů, které se v jejich rozměru uplatňují – tedy tím, oč člověku po této stránce v životě obecně jde. Zde vybrané znaky jsou ovšem jen výběrem z řady dalších, které jsou pro každý lidský rozměr příznačné.*“³⁷ (Viz následující schéma č. 1)

³⁵ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. S. 40. ISBN 80-247-0179-0.

³⁶ Definice kvality života podle WHO: „*Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům*“ (l.c.).

³⁷ BALCAR, K. Realita svědomí: psychologická nebo existenciální? In PAYNE, J. A KOL. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. S. 70-83. ISBN 80-7254-657-0.



- Tělesné zdraví** = soulad a výkonnost tělesných funkcí; převládá docilování rovnováhy mezi nároky a výkony tělesných funkcí
- Duševní štěstí** = radost ze života a úspěšnost vněm; převládá prosazování převahy vlastních záměrů vůči prostředí
- Duchovní smysl** = účinné uplatňování vůle a svědomí; převládá uplatňování odvahy při volbě a uskutečňování hodnot ve světě

Schéma č. 1: Vnitřní rozměry člověka.

Zdroj: Balcar³⁸

Koncept kvality života lze v zásadě hodnotit ze dvou pohledů: subjektivního a objektivního. „V současné době se odborníci ve všech oborech výrazně přiklánějí k subjektivnímu hodnocení kvality života jako zásadnímu a určujícímu pro život člověka.“ (l.c.)³⁹

Subjektivní stránka vyjadřuje psychickou pohodu a spokojenost člověka, vliv na ni mají také momentální emoce a nálady. Je výsledkem vlastního úsudku, životních hodnot a hodnocením sebe samého. Souvisí tedy se schopností vlastního náhledu a posouzení sebe sama. „Subjektivní kvalita života se týká jedincova vnímání svého postavení ve

³⁸ BALCAR, K. Realita svědomí: psychologická nebo existenciální? In PAYNE, J. A KOL. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. S. 71. ISBN 80-7254-657-0.

³⁹ VAĐUROVÁ, H.; MÜHLPACHR, P. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: MU v Brně, 2005. S. 17. ISBN 80-210-3754-7.

společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového systému. Výsledná spokojenost je závislá na jeho osobních cílech, očekáváních a zájmech.“ (l.c.)⁴⁰

Objektivní stránka kvality života odráží především ekonomické a materiální zajištění jedince, jeho sociální podmínky, status a fyzické zdraví. Vaňurová a Mühlpachr ji chápou jako (l.c.) „*souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek, které ovlivňují život člověka.*“⁴¹

Chápání pojmu kvality života osciluje mezi životní úrovní a spokojeností. Objektivnímu pohledu je blíže jeho chápání v politice a ekonomii – subjektivnímu pohledu je blíže jeho užívání v medicíně, sociologii a psychologii. Podle Engela a Bergsma je možné kvalitu života mapovat ve třech hierarchicky odlišných úrovních, a to v makrorovině, mezorovině a osobní neboli personální rovině (mikrorovině).

Z nich makrorovina se soustředí na kvalitu života velkých společenských celků, např. ekonomických oblastí, jednotlivých států apod. Problematika kvality života se zde stává základní součástí politických úvah, které se zabývají celospolečenskými problémy, např. boje s terorismem, epidemiemi nebo také obsahem základní výuky apod.⁴²

Na úrovni mezoroviny se mapuje kvalita života malých sociálních skupin, např. pracovních kolektivů, nemocnic, léčeben. Zde je sledováno především sociální klima, vzájemné vztahy mezi členy skupiny, sdílení a uspokojování základních hodnot, existence sociální opory apod.

Zájem v rámci personální roviny je soustředěn na život jednotlivce. Při hodnocení kvality života konkrétního jedince vystupují do popředí zájmu jeho subjektivní hodnocení, představy a očekávání, které výsledná zjištění významně ovlivňují.

2.4 Různá pojetí kvality života – multidisciplinární přístupy

Kvalita života je v současné době velmi frekventovaným pojmem, je předmětem výzkumů napříč mnoha obory, od medicíny, psychologie a pedagogiky, až po ekonomii a sociologii. Vzhledem k tomu, že sám pojem přesahuje rámec jediného vědního oboru,

⁴⁰ VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. S. 198-199. ISBN 80-7178-740-X.

⁴¹ VAĐUROVÁ, H.; MÜHLPACHR, P. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: MU v Brně, 2005. S. 17. ISBN 80-210-3754-7.

⁴² KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologická pojetí a způsoby zjišťování kvality života. Dostupné na: http://mujweb.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kvalita.html. [cit. 2014-06-11].

jde o pojem interdisciplinární, velmi dobře se uplatňuje všude tam, kde je předmětem zkoumání člověk a jeho život. „OSN ve svém programu ‚Agenda on Ageing for the 21st Century‘ rozeznává šest základních oblastí QOL:⁴³ psychologickou, fyziologickou (medicínskou), ekonomickou, sociální, duchovní a environmentální.“ (l.c.)⁴⁴

2.4.1 Kvalita života z medicínského pohledu

Pojetí pojmu kvality života se v medicíně vztahuje především k pojmu zdraví. V medicíně se používá pojem „*Health-related Quality of Life*“ – HRQOL tedy kvalita života týkající se zdraví. Takto specificky vymezená kvalita života je posuzována z hlediska vlivu nemoci z jedné strany a z pohledu působení léčebných postupů na nemocného ze strany druhé. Medicínský přístup se nejpřesněji odráží v projektu WHOQOL Světové zdravotnické organizace (WHO). Kvalita života je v tomto projektu definována jako (l.c.) „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, ne pouze absence choroby“.⁴⁵

Z této definice vyplývá, že není možné orientovat se pouze na ukazatele, které udávají změny v souvislosti s nemocí, ale na celkovou spokojenost člověka. Sledování kvality života ve vztahu ke zdravotnímu stavu také charakterizuje, co daný člověk prožívá jako následek nemoci.

Jak již bylo uvedeno výše,⁴⁶ WHO v definici kvality života zdůrazňuje vlastní vnímání pozice člověka v rámci svého života, svých hodnot, holistický přístup k celému problému, zahrnující jak otázky zdraví, tak i faktory ekonomické, sociální a otázky životního prostředí. Chceme-li hodnotit kvalitu života jednotlivce, potřebujeme zjišťovat údaje o jeho fyzickém, psychickém i sociálním a ekonomickém stavu.

Vaďurová a Mühlpachr uvádějí jako pět základních dimenzí kvality života pacienta následující (l.c.):

- „aktuální zdravotní stav (jak se pacient cítí, jak hodnotí svůj stav),
- soběstačnost,
- akceptace a pomoc nejbližší rodiny a okolí,
- individuální funkční norma a využívání možností pacienta,

⁴³ QOL „*Quality of Life*“ – kvalita života (z angl.)

⁴⁴ Převzato z: VAĐUROVÁ, H.; MÜHLPACHR, P. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: MU v Brně, 2005. S. 24. ISBN 80-210-3754-7.

⁴⁵ Publikováno WHO. Dostupné z: http://www.who.int/topics/mental_health/en/ [cit. 2014-04-27].

⁴⁶ Viz kap. 1.3 Volný čas jako součást kvality života.

- ekonomická situace.⁴⁷

2.4.2 Kvalita života z psychologického pohledu

Psychologický přístup pracuje s pojmem „*well-being*“, který označuje pocit duševní pohody a spokojenosti. Psychologickými indikátory zkoumání kvality života jsou oblasti týkající se prožívání, myšlení, hodnot jednice, jeho potřeb a přání, sebehodnocení a seberealizace. Psychologický přístup se na rozdíl od medicínského daleko více zaměřuje na subjektivní stránku kvality života. Příkladá větší význam vlastnímu subjektivnímu hodnocení jednotlivce, preferuje jej před hodnocením odborníky. „*Kvalita života však bývá spojována také s problémem autenticity, případně odcizení, s problémem smyslu života, se zdravím nebo spokojeností se životem.*“ (l.c.)⁴⁸

Mezi další základní složky psychologického přístupu patří podle Vaňurové a Mühlpachra (l.c.)⁴⁹:

- autonomie (možnost rozhodovat se a schopnost sebeřízení),
- autenticita (jedinec je sám sebou – jeho projev a život jsou ve shodě se sebezpojetím a hodnotovou orientací),
- kompetentnost člověka (jeho porozumění světu a možnost ovlivňování dění).

2.4.3 Pojetí kvality života ze sociologického pohledu

Sociologický přístup se dříve zaměřoval spíše na odlišení podmínek života např. v materiální nebo ekonomické oblasti. Dnes se pro tento účel používají tzv. sociální indikátory. Ty se zaměřují nejen na objektivně měřitelné podmínky života, ale také na další oblasti života jedince. „*Z pohledu sociologie se jedná o velice komplexní oblast, ve které je třeba kvalitu života hlouběji vymezit vůči životní úrovni, způsobu života a životnímu stylu, které s QOL přímo souvisejí, ale nemohou s ní být ztotožňovány.*“ (l.c.)⁵⁰

- životní úroveň – je vyjádřena především materiálními a ekonomickými podmínkami člověka,

⁴⁷ VAĐUROVÁ, H.; MÜHLPACHR, P. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: MU v Brně, 2005. S. 28. ISBN 80-210-3754-7.

⁴⁸ KUBÁTOVÁ, H. *Sociologie životního způsobu*. Praha: Grada, 2010. S. 21. ISBN 978-80-247-2456-0.

⁴⁹ VAĐUROVÁ, H.; MÜHLPACHR, P. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: MU v Brně, 2005. S. 29. ISBN 80-210-3754-7.

⁵⁰ VAĐUROVÁ, H.; MÜHLPACHR, P. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: MU v Brně, 2005. S. 30. ISBN 80-210-3754-7.

- způsob života – charakterizuje život člověka jako celek v souvislosti s jeho charakterem, obsahem a strukturou, váže se k životnímu stylu jednotlivce i k životní úrovni,
- životní styl – souhrn životních návyků, způsobů chování, každodenních činností, hodnot a zájmů jednotlivce,
- potřeby,
- hodnoty.

Sledování kvality života se v sociologii zpravidla zaměřuje na rozdíly v životě různých sociálních skupin a jejich srovnávání.

3 Závislost na alkoholu

Alkohol je jednou z nejstarších a nejrozšířenějších legálních drog. Tato opojná látka vzniká chemickým procesem kvašení převážně ovoce nebo obilovin. Příprava alkoholu má hlubokou historickou tradici sahající nejméně do období neolitické revoluce. Alkohol plnil ve společnosti řadu funkcí, které se postupně vyvíjely. Kraus a Hroncová uvádějí:

- „fyziologickou (používá se jako nápoj, ale i jako lék),
- psychologickou (je euforikum, zlepšuje náladu, pomáhá k úniku z reality),
- sociální (ve většině kultur je projevem pohostinnosti, napomáhá k lepší adaptaci, komunikaci),
- ekonomickou (sloužil jako platidlo, daně z jeho výroby a prodeje jsou značným zdrojem příjmu pro stát),
- rituální (součást různých oslav, obřadů včetně náboženských).“ (l.c.)⁵¹

Podle Fischera a Škody je v současné době alkohol (l.c.) „nejrozšířenější, nejčastěji užívanou a v našem (evropském a anglosaském) sociokulturním prostředí značně akceptovanou psychoaktivní látkou. Ve většině částí světa je alkohol běžně dostupnou látkou a spolu s cigaretami je propagován prostřednictvím pasivních reklam zaměřených především na mladé lidi.“⁵² Mühlpachr ho označuje jako (l.c.) „drogu, která je přehlížena, podceňována a schvalována.“⁵³

Alkohol působí na lidskou psychiku, proto je řazen mezi látky s psychotropním účinkem. Nadměrná a pravidelná konzumace alkoholických nápojů se v naší zemi běžně označuje jako „alkoholismus“. Vznik tohoto termínu je spojen se švédským lékařem Magnussem Hussem, který jej prvně použil již v roce 1849. Za medicínský problém začal být alkoholismus oficiálně považován díky Světové zdravotnické organizaci (WHO) v roce 1951. V Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN – 10. revize) jsou poruchy vyvolané nadměrným užíváním alkoholu uvedeny v oddílu F10.⁵⁴ Při diagnostice se rozlišuje mezi různými typy zneužívání alkoholu v závislosti na míře somatického a duševního poškození.

⁵¹ KRAUS, B.; HRONCOVÁ, J. A KOL. *Sociální patologie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. S. 83. ISBN 978-80-7041-896-3.

⁵² FISCHER, S.; ŠKODA, J. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada, 2009. S. 99. ISBN 978-80-247-2781-3.

⁵³ MÜHLPACHR, P. *Sociální patologie*. Brno: MU v Brně, 2002. S. 18. ISBN 80-210-2511-5.

⁵⁴ *MKN-10*. Dostupné na: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/seznam.html>. [cit. 2014-05-18].

3.1 Diagnostické kategorie nadužívání alkoholu

Akutní intoxikací nazýváme „přechodný stav po aplikaci alkoholu nebo jiné psychoaktivní látky, vedoucí k poruchám na úrovni vědomí, poznávání, vnímání, emotivity nebo chování, nebo jiných psychofyziologických funkcí a reakcí.“ (l.c.)⁵⁵ Tato diagnóza se užívá pouze v případech, kdy se intoxikace objeví bez dalších vážnějších problémů v souvislosti s užíváním těchto látek.

Škodlivé užívání definují Nešpor a Csémy jako (l.c.) „vzorec užívání, který poškozujee zdraví“⁵⁶ a podle Popova většinou několik let předchází vzniku samotné závislosti na alkoholu.⁵⁷ V tomto případě již dochází k poškozování tělesného nebo duševního zdraví a mohou se objevit opakované problémy v oblasti sociálního života jedince.

Syndrom závislosti na alkoholu, který je označován jako alkoholismus, je chronické recidivující onemocnění, které člověka postihuje nejen v oblasti zdravotní, ale také v dalších důležitých složkách jeho života. Nešpor a Csémy definují závislost jako (l.c.) „skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více.“⁵⁸ Primárním rysem syndromu závislosti je touha brát tuto látku.

Dále Nešpor uvádí, že kritériem pro stanovení diagnózy syndromu závislosti na alkoholu jsou projevy nejméně tří z následujících jevů (l.c.):

- a) „**silná touha nebo pocit puzení** užívat látku;
- b) **potíže v sebeovládání** při užívání látky, a to pokud jde o začátek nebo ukončení, nebo množství látky;
- c) **tělesný odvykací stav**: látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku;

⁵⁵ NEŠPOR, K.; CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. S. 31. ISBN 80-85121-52-2.

⁵⁶ NEŠPOR, K.; CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. S. 32. ISBN 80-85121-52-2.

⁵⁷ POPOV, P. Alkohol. In KALINA, K. A KOL. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. Sv. 1, s. 152. ISBN 80-86734-05-6.

⁵⁸ NEŠPOR, K.; CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. S. 32. ISBN 80-85121-52-2.

- d) **průkaz tolerance k účinku látky** jako vyžadování vyšších dávek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami;
- e) **postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů** ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku;
- f) **pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.** ⁵⁹

Nadměrná konzumace alkoholu a s ní spojený vznik závislosti je nebezpečný jak pro člověka samotného, tak z hlediska celé společnosti. Jak uvádí Kraus a Hroncová, poškozuje zvýšená konzumace alkoholu fyzické zdraví (onemocnění jater, vysoký krevní tlak, změny na trávicím ústrojí, v nervovém systému a další somatické komplikace), a může být příčinou dalších psychických onemocnění.⁶⁰ Z celospolečenského hlediska riziko spočívá v nárůstu trestné činnosti, častějších úrazech a dopravních nehodách. V sociální oblasti alkoholismus může vést k prohlubování problémů v rodině, na pracovišti i v sousedských vztazích. Ve stále větší míře se objevují i finanční problémy.

3.2 Vznik závislosti na alkoholu

Dodnes není jednoznačně prokázáno, které okolnosti jsou pro vznik závislosti rozhodující. Většina odborných názorů se shoduje v tom, že se na vzniku závislosti podílí více různých faktorů. Tento přístup se označuje jako bio-psycho-sociální model vzniku závislosti. K základním faktorům patří podle Hellera genetická transmise,⁶¹ dalšími rozhodujícími činiteli jsou pak:

- biochemické zvláštnosti organismu,
- osobnostní struktura daného člověka,
- prostředí a tolerantní postoje společnosti,
- droga a její dostupnost,
- podnět – startér.

⁵⁹ NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 4. vyd. Praha: Portál, 2011. S. 10. ISBN 978-80-7367-908-8.

⁶⁰ KRAUS, B.; HRONCOVÁ, J. A KOL. *Sociální patologie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. S. 83. ISBN 978-80-7041-896-3.

⁶¹ HELLER, J.; PECINOVSKÁ, O. *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga, 2011. S. 9. ISBN 978-80-87258-62-0.

Popov popisuje „dispozičně-expoziční model“ vzniku závislosti (l.c.): „čím výrazněji jsou uplatněny dispoziční faktory (biologické, genetické, osobnostní, zdravotní stav jedince aj.), tím menší podíl expozice je nutný, a naopak, čím větší je expozice (dostupnost alkoholu, míra a frekvence konzumace, kvalita, koncentrace alkoholických nápojů), tím menší dispozice stačí ke vzniku závislosti.“⁶² Na vzniku a vývoji závislosti se ale vždy spolupodílí řada biologických i psychosociálních faktorů. Na základě dlouholetých výzkumů (rodinné studie, studie dvojčat, sledování adoptovaných dětí aj.) lze tvrdit, že významnou úlohu hrají genetické vlivy. Naopak doposud nebyla prokázána souvislost vzniku a rozvoje závislosti se žádnou specifickou osobnostní strukturou.

Nešpor a Csémy vysvětlují vznik závislosti pomocí systémové teorie. Ta předpokládá, že všechny jevy, tedy i zdraví a nemoc, jsou důsledkem trvalé a stále pokračující interakce různých systémů. „Jedná se o systémy intrapersonální (psychické i somatické), interpersonální (rodina, vrstevníci apod.), sociální a jiné.“ (l.c.)⁶³ Na úrovni těchto systémů se pak vyskytují rizikové i protektivní faktory, jak názorně ukazuje schéma č. 2 níže.

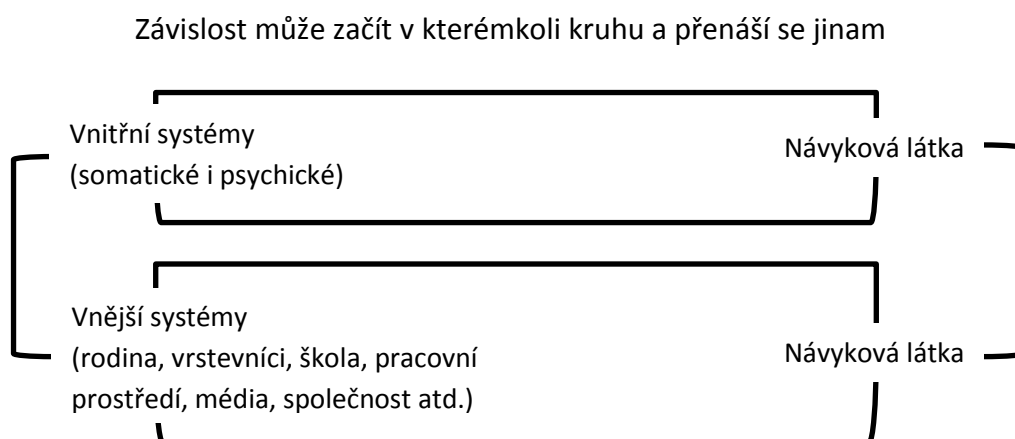


Schéma č. 2: Bludné kruhy vzniku závislosti.

Zdroj: Nešpor; Csémy⁶⁴

⁶² POPOV, P. Alkohol. In KALINA, K. A KOL. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. Sv. 1, s. 152. ISBN 80-86734-05-6.

⁶³ NEŠPOR, K.; CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. S. 15. ISBN 80-85121-52-2.

⁶⁴ NEŠPOR, K.; CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. S. 16. ISBN 80-85121-52-2.

3.3 Vývoj a typy závislosti na alkoholu

Rozhodujícími prvky v dynamice vývoje závislosti jsou podle Hellera tolerance a kontrola.⁶⁵ Tyto dva mechanismy se typicky mění v jednotlivých stádiích vývoje závislosti. *Tolerance* je nárůst snášenlivosti alkoholu při jeho opakovaném požívání. Projevuje se nutností zvyšování množství užitého alkoholu k dosažení určité typické reakce. Tolerance organismu se v průběhu rozvoje závislosti zvyšuje, postupně dokáže lidský organismus tolerovat takové množství alkoholu, které by ho dříve ohrožovalo na životě. V terminálním stadiu závislosti se pak tolerance snižuje. *Kontrola* je (l.c.) „*schopnost kriticky a reálně vyhodnocovat situaci z hlediska potřeb a povinností osobních a společenských*.“⁶⁶ Tato schopnost je ovlivňována množstvím požitého alkoholu. Se zvyšující se hladinou alkoholu v krvi pak dochází ke změnám v psychických procesech a ke změně v kontrole. „*Změna v kontrole tvoří podstatu poruchy organismu a chorobného stavu bez možnosti vyléčení – lze dosáhnout pouze údravy bez odstranění základní poruchy*.“⁶⁷ Interakce mezi změněnou kontrolou a zvýšenou tolerancí tedy vede k nutnosti trvalé abstinence.

Jak se dostat od běžného společenského užívání alkoholu k chronickému alkoholismu, demonstruje velmi dobře v klinické praxi dodnes užívaný Jellinekův popis vývoje závislosti:⁶⁸

- 1. stadium: iniciální, počáteční** – zpočátku se jedinec neliší svým pitím od okolí. Pije při společenských příležitostech, po určité době však zjistí, že se ve chvílích intoxikace cítí lépe a snadněji překonává obtížné situace. Alkohol se mu v těchto situacích osvědčuje a začíná jej využívat častěji, roste tolerance k alkoholu. Omezení pití samotným jedincem v tomto stadiu je možné za předpokladu vyřešení primárních problémů a za pomoci např. psychoterapie.
- 2. stadium: prodromální, varovné** – vzhledem k rostoucí toleranci potřebuje jedinec k dosažení úlevy nebo příjemného pocitu stále větší množství alkoholu. Vyhledává

⁶⁵ HELLER, J.; PECINOVSKÁ, O. *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga, 2011. S. 8. ISBN 978-80-87258-62-0.

⁶⁶ HELLER, J.; PECINOVSKÁ, O. *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga, 2011. S. 10. ISBN 978-80-87258-62-0.

⁶⁷ HELLER, J.; PECINOVSKÁ, O. *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga, 2011. S. 10. ISBN 978-80-87258-62-0.

⁶⁸ HELLER, J.; PECINOVSKÁ, O. *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga, 2011. S. 14-19. ISBN 978-80-87258-62-0.

příležitosti k pití. Začíná si uvědomovat svou potřebu alkoholu a za svůj stav se stydí, proto také mnohdy pije potajmu. Častěji se také dostávají tzv. „*alkoholická okénka*.“ Roste pocit viny a snaha ovládnout své pití, což se ale nedaří. Toto období může trvat i několik let. Druhé stadium je na hranici možnosti řešení situace kontrolovaným pitím, opět za předpokladu vyřešení původních problémů.

3. stadium: kruciólní, rozhodné – i v tomto stadiu nadále roste tolerance. Jedinec se opíjí stále častěji, jeho snaha mít pití pod kontrolou je bezúspěšná. Dochází k jevu, který se nazývá „*změna kontroly v pití*“ – alkohol se již stal součástí základních metabolických dějů a změnila se reakce organismu na jeho určitou dávku. S rostoucí frekvencí zřetelných opilostí přibývá i konfliktů s rodinou a okolím. Jedinec si buduje „*racionalizační systém*“, kterým sobě i svému okolí zdůvodňuje a omlouvá své pití. Přestává se věnovat dosavadním zálibám a myšlenky na alkohol se stávají ústředními – jde to tzv. „*alkoholocentrické myšlení a chování*.“ Jedinec se uzavírá v bludném kruhu pocitů viny a studu, vlastní neschopnosti a cizích křivd. Začíná se měnit jeho osobnostní struktura a vystupují negativní stránky jeho osobnosti. Vzhledem k rostoucí vztahovačnosti a strachu, že okolí odhalí jeho stav, se konflikty s nejbližšími stupňují. V tomto stadiu přestává být jedinec věrný značce, pije jakýkoli dostupný alkohol a nedbá o správnou výživu, což zhoršuje jeho zdravotní stav. Jeho cílem není nepít, ale neopít se, pokusy o kontrolované pití však bývají neúspěšné. Původní problémy, které odstartovaly jeho pití, nyní ustupují za problémy způsobené vlastním pitím a slouží již jen jako racionalizace dalšího pití. Pití je již projevem nemoci, která má svůj vývoj a bez odborné pomoci ji není možné zastavit. Většina pacientů v tomto stadiu odbornou pomoc nevyhledá a pokračuje v pití dál.

4. stadium: terminální, konečné – pro toto stadium jsou charakteristické abstinenční příznaky, které jedinec „*léčí*“ tzv. „*ranními doušky*.“ V pití pak většinou pokračuje dál, pije i v několikadenních tazích. Tolerance k alkoholu v důsledku vyčerpání organismu a poškození jater v tomto období již klesá, k opití stačí menší dávka alkoholu než dříve. Po somatické stránce se objevují nejrůznější potíže – poškození jater, slinivky břišní, oběhového či nervového systému včetně duševních poruch. V důsledku degradace osobnosti, pro niž je alkoholem středobodem jejího vesmíru, upřednostňuje jedinec alkohol před nejzákladnějšími životními hodnotami – zanedbává péči o děti, sebe, profesi apod. Přichází stav, kdy to „*nejde bez alkoholu*, ale

ani s alkoholem.“ Většinou až v této fázi vyhledají postižení, často vlivem tlaku okolí, odbornou pomoc.

Přechod mezi jednotlivými fázemi není zřetelný. Pro vývoj závislosti jsou typické postupné a zpočátku méně nápadné změny v chování a myšlení. Postupně se tedy zvyšuje tolerance k alkoholu, dochází ke změnám kontroly užívání alkoholu a k zanedbávání dosavadních potěšení a zájmů. Ve třetím a čtvrtém stadiu závislosti může dojít ke vzniku chronické závislosti na alkoholu, kdy se následky nadužívání stanou trvalými a neodstranitelnými.

V odborné literatuře se můžeme setkat s dále upravovanou Jellinekovou typologií, která rozlišuje pět typů závislosti na alkoholu.⁶⁹

- **Typ alfa** – je možné definovat jako „*problémové pití*“. Jde o nadužívání alkoholu s cílem potlačit tenzi, úzkost, depresivní pocity. Tito konzumenti nevyhledávají společnost a často pijí osamoceně.
- **Typ beta** – označuje se také jako „*společenské pití*“. Příznačný je pro jedince, kteří upřednostňují pití ve společnosti a příležitosti sami vyhledávají. Typickým projevem jsou časté somatické potíže v důsledku nadužívání alkoholu.
- **Typ gama** – bývá označován jako „*anglosaský typ*“. Jedná se o pijáky, kteří preferují pivo a destiláty. Charakteristickým znakem je postupné zvyšování tolerance a ztráta kontroly. Důsledkem bývají somatická i psychická poškození. Výrazněji se projevuje psychická závislost.
- **Typ delta** – také označován jako „*románský typ*“. Patří sem konzumenti upřednostňující víno, pro něž je typická celodenní konzumace alkoholu v menších dávkách. Opilost ani ztráta kontroly v pití není příliš patrná. Výrazněji se rozvíjí somatická závislost a v jejím důsledku pak dochází ke zdravotním potížím.
- **Typ epsilon** – je nazýván „*kvartálním pijáctvím*“. Tito jedinci pijí ve více či méně pravidelně se opakujících tazích, často mezi jednotlivými epizodami abstinují. Intervaly mezi jednotlivými excesy se postupně zkracují a v důsledku nadužívání také hrozí vážné somatické komplikace.

⁶⁹ POPOV, P. Alkohol. In KALINA, K. A KOL. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. Sv. 1, s. 151. ISBN 80-86734-05-6.

Problémem této Jellinekovy klasifikace je, že v praxi se častěji vyskytují spíše smíšené typy, u kterých se jednotlivé znaky závislosti prolínají, přičemž jeden z nich většinou převládá.

Z hlediska vývoje závislosti se projevují odlišnosti mezi ženami a muži. Heller je shrnuje do těchto tezí:⁷⁰

- důsledky nadužívání alkoholu jsou u žen vážnější a jejich úprava obtížnější,
- důsledky závislosti se u žen projevují na tělesném i psychickém zdraví rychleji a výrazněji,
- ženy často pijí tajně a jejich okolí zareaguje na jejich problém opožděně,
- u žen je výrazně vyšší procento duševních onemocnění předcházejících rozvinutí závislosti,
- ženy často nedokážou aktivně odpočívat ve formě relaxace.

⁷⁰ HELLER, J.; PECINOVSKÁ, O. *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga, 2011. S. 36. ISBN 978-80-87258-62-0.

4 Léčba závislosti na alkoholu

Pokud problémy s konzumací alkoholu přesáhnou určitou hranici a ze zneužívání se vyvine chorobná závislost, dostávají se, jak bylo popsáno v předchozí kapitole, somatické i psychické problémy. Postižený není schopen zvládnout vlastními silami svou nemoc a jediným východiskem se stává léčba. Základní podmínkou pro úspěšné léčení je dobrovolnost, motivace a vytvoření náhledu na svoji chorobu. V důsledku rozvinuté závislosti a neschopnosti racionálního myšlení však tyto předpoklady často chybí a je nutná součinnost s blízkými osobami, nejčastěji rodinnými příslušníky. Zde je nutno podotknout, že ne všichni závislí mají to štěstí, že jejich blízcí přes všechny problémy způsobené jejich pitím vytrvají ve snaze jim pomoci a zůstanou jim oporou při léčbě i po ukončení léčení.

4.1 Přístup k léčbě závislosti

Přístup k léčbě závislosti vychází z bio-psycho-sociálního modelu závislosti. Zahrnuje tedy jak lékařské intervence, které se zaměřují na stabilizaci somatických funkcí, tak intervence psychologické, směřované k ustálení psychického stavu a současně péči v oblasti sociální. Heller shrnuje hlavní úkoly léčebného postupu takto:⁷¹

- detoxifikace – odstranění návykové látky z organismu,
- obnovení a rehabilitování somatických funkcí organismu,
- obnovení psychických funkcí a vytvoření pozitivní struktury psychiky – schopnosti náhledu, motivace, sebevědomí apod.,
- odstranění základního problému – budování schopnosti řešit problematické situace bez užití návykové látky,
- přijetí trvalé abstinence a s ní související změna životního stylu,
- resocializace.

Před zahájením samotné léčby musí většina pacientů překonat tzv. „odvykací stav.“ Tento stav se objevuje především u jedinců, kteří dlouhodobě a intenzivně nadužívali alkohol. Dochází k němu po několika hodinách až dnech od ukončení nebo přerušení konzumace alkoholu a projevuje se třesem, pocením, závratěmi, úzkostí, nespavostí a neklidem. Pokud nedojde ke komplikacím (u pokročilejších forem závislosti hrozí

⁷¹ HELLER, J.; PECINOVSKÁ, O. *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga, 2011. S. 124. ISBN 978-80-87258-62-0.

epileptické záchvaty nebo *delirium*⁷²), odeznívá obvykle během čtyř až pěti dnů. Některé zmíněné potíže mohou přetrvávat i několik měsíců.⁷³

Klíčovým prvkem v léčbě závislostí je psychoterapie. Obecně lze říci, že existuje celá řada psychoterapeutických směrů a forem psychoterapie. Nešpor a Csémy uvádějí, že v léčbě závislosti jsou vhodnějšími a častěji užívanějšími behaviorálně-kognitivní přístupy než psychoterapie dynamická.⁷⁴ Podle Hellera se dále využívá také integrativní psychoterapie v kombinaci s prvky racionální, sugestivní, abreaktivní, psychoanalytické a interpersonálně korektivní psychoterapie.⁷⁵ Taktéž skupinová forma je využívána častěji než forma individuální. Nelze jednoznačně určit, která forma či přístup je nejvhodnější, proto odborníci většinou užívají kombinaci různých technik a postupů v různých stádiích léčby s přihlédnutím k individuálním potřebám pacienta. Takto diferencovaný systém péče se označuje jako tzv. *matching*.

Pro představu o základních principech léčby závislostí uvádíme dále ty psychoterapeutické postupy, které Nešpor a Csémy považují za účinné a experimentálně doložené:⁷⁶

Vytváření, posilování a udržování motivace ke změně – je považováno za nezbytnou součást účinné léčby. Probíhá v rámci skupinových i individuálních terapií za užití různých technik a postupů. Vhodné a prospěšné je také pracovat na motivaci ke změně s podporou blízkých a pro pacienta důležitých osob.

Skupinová terapie – při skupinové terapii bývají využívány techniky a prvky různých psychoterapeutických přístupů. Přesto vykazují některé společné rysy: skupiny bývají strukturované; terapeut bývá zpočátku aktivnější, přináší podněty a skupinu podněcuje

⁷² *Delirium tremens* – závažný, život ohrožující stav, který u alkoholiků nastává po přerušení užívání alkoholu. Projevuje se poruchami vědomí, kognitivních funkcí, vizuálními, taktilními, čichovými nebo sluchovými halucinacemi, paranoidními bludy, dezorientací, výrazných psychomotorickým neklidem, vegetativními poruchami (tachykardií, pocením), hrubým třesem a záchvaty křečí. Nutné je včasné zahájení farmakologické léčby.

⁷³ POPOV, P. Alkohol. In KALINA, K. A KOL. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. Sv. 1, s. 153. ISBN 80-86734-05-6. NEŠPOR, K.; CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. S. 42. ISBN 80-85121-52-2.

⁷⁴ NEŠPOR, K.; CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. S. 74. ISBN 80-85121-52-2.

⁷⁵ HELLER, J.; PECINOVSKÁ, O. *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga, 2011. S. 127. ISBN 978-80-87258-62-0.

⁷⁶ NEŠPOR, K.; CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. S. 75-92. ISBN 80-85121-52-2.

k práci, postupem času využívá skupinové dynamiky a stahuje se do pozadí. Skupina by měla představovat pro pacienta bezpečný prostor, kde může bez obav svěřit. Skupinová koheze pak přináší pacientům vzájemnou emoční podporu.

Psychodrama a nácvik obtížných situací – využívají se jak při skupinové, tak při individuální terapii. K technikám psychodramatu patří záměna rolí, alter ego, monolog v obtížné situaci, zrcadlo a další. Nácvik zvládnání obtížných situací je behaviorální technika, při které mají pacienti možnost předem se připravit na budoucí kritické situace, jakými mohou být např. návrat do zaměstnání po léčbě, přijímací pohovor, setkání s bývalými partnery, ale i rozhovory na téma pití a abstinence. Velmi užitečnou technikou je nácvik způsobů odmítání alkoholu.

Ke **kognitivně-behaviorálním postupům** patří další řada prospěšných technik, z nichž mezi často používané a odborníky v mnoha zemích oblíbené patří *Marlattova koncepce prevence recidivy* a *Vícestupňová obrana*. Součástí těchto technik je strategie zvládnání touhy po návykové látce, která se označuje jako „*bažení*“ nebo *craving*.

Užitečnou strategií při prevenci recidiv je **nácvik intrapersonálních a interpersonálních dovedností**. První zmíněné se zaměřují na zvládnání myšlenek na alkohol, řešení problémů, schopnost rozhodovat se, relaxační trénink, uvědomování si a zvládnání hněvu a negativních myšlenek, zvládnání krizí apod. Interpersonálními dovednostmi jsou míněny umění odmítat alkohol, navazovat hovor, schopnost chválit a přijímat chválu, asertivní trénink a další.

K využívaným technikám a postupům patří arteterapie, muzikoterapie, poetoterapie, Gestalt terapie a strategická terapie.

V léčbě závislosti se využívá i dalších psychoterapeutických postupů:

Práce s motivací – představuje významný prvek při léčbě návykových nemocí. Motivační rozhovor prostřednictvím kladení vhodných otázek vede k pochopení situace a může pomoci lepšímu vnímání rizik užívání alkoholu a výhod abstinence. Bývá nejdůležitější v momentě, kdy u pacienta ještě nedošlo k rozhodnutí abstinovat. Pokud

je pacient rozhodnut, přispívá radou, jak změn dosáhnout. Nejefektivnějším způsobem motivačního rozhovoru je práce s motivacemi, které jsou pro pacienta důležité.⁷⁷

Prevence recidiv – recidiva je návrat nebo opakování nemoci. V případě závislosti na alkoholu je jí míněn návrat k užívání alkoholu. V odborné literatuře se setkáváme se dvěma pojmy: recidiva a relaps. Recidivou (lapse) je míněna krátká, spíše jednorázová epizoda, zatímco relaps označuje recidivu protrahovanou, která má dlouhodobější charakter.⁷⁸ Podle Nešpora je dále třeba pracovat s identifikací vnitřních i zevních podnětů aktivujících závislost, tzv. spouštěči, a hledat způsoby, jak jim předcházet a jak je zvládat. Dále by se měl pacient při porušení abstinence vyvarovat sebeobviňování, pocitů viny atd., recidivu za pomoci dalších lidí zastavit a využít ji jako zkušenosti.⁷⁹

V návaznosti na popis odlišností mezi vývojem závislosti u žen a mužů⁸⁰ uvádíme také rozdíly projevující se v průběhu léčby a doléčování. Podle Hellera jsou následující:⁸¹

- ženy na počátku léčby nespolupracují tak ochotně jako muži,
- nutnost abstinence přijme v průběhu léčby více žen než mužů,
- ženy lépe spolupracují v individuálních formách terapie,
- ženy jsou ochotné a schopné více investovat do doléčovacích programů, což se pak projeví na stabilitě abstinence.

4.2 Ústavní léčba závislosti

Pobytovou neboli ústavní léčbou je nazývána dlouhodobá hospitalizace v chráněném prostředí nemocničního zařízení. První specializované lůžkové oddělení pro léčbu alkoholismu bylo v naší zemi založeno roku 1948 u Apolináře a po jeho vzoru vznikala další samostatná oddělení v psychiatrických léčebnách ve Šternberku, Dobřanech, Praze-Bohnicích, Havlíčkově Brodě, Opavě, Brně, Černovicích, Jihlavě, Beřkovicích a Kro-

⁷⁷ NEŠPOR K. Závislosti na alkoholu – diagnostika a léčba dnes. In *Psychiatrie* 2011; 15(3):154-159. ISSN 1211-7579. Dostupné též z: <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>. [cit. 2014-05-21].

⁷⁸ NEŠPOR, K.; CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. S. 80. ISBN 80-85121-52-2.

⁷⁹ NEŠPOR K. Závislosti na alkoholu – diagnostika a léčba dnes. In *Psychiatrie* 2011; 15(3):154-159. ISSN 1211-7579. Dostupné též z: <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>. [cit. 2014-05-21].

⁸⁰ Viz kapitola 3.3 Vývoj a typy závislosti na alkoholu.

⁸¹ HELLER, J.; PECINOVSKÁ, O. *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga, 2011. S. 37. ISBN 978-80-87258-62-0.

měříži.⁸² Léčba alkoholismus v naší zemi je spjata především se jménem Jaroslava Skály,⁸³ jehož přístup byl založený na předpokladu trvalé abstinence. Skála sestavil a postupně prosadil speciální léčebný režim, který (l.c.) „*izoluje pacienta od alkoholu, vede jej, aktivizuje, stále jej kontroluje, pečuje o jeho tělesnou i duševní rehabilitaci, učí jej správné životosprávě a prospěšným návykům, aktivními léčebnými metodami vytváří u něho nesnášenlivost a odpor k alkoholickým nápojům, používá prostřednictvím spoluprávy a pracovní terapie jeho schopností a práce a zejména odvádí jeho pozornost od vlastních individuálních zájmů k zájmům celku, a to celku malého (světnice spolupacientů a rodina), většího (kolektiv všech pacientů a pracoviště) a velkého (společnost).*“⁸⁴ S drobnými obměnami jsou principy Skálova modelu protialkoholní ústavní léčby užívány dodnes.

„*Základními složkami léčebného programu jsou detoxifikace s navazující psychoterapií včetně rehabilitačních a resocializačních technik a podpůrné farmakoterapie*“ (l.c.)⁸⁵

O formách psychoterapie jsme hovořili v předchozí kapitole. Farmakoterapie se využívá především při detoxifikaci, u pacientů s duálními diagnózami,⁸⁶ při somatických obtížích a u jedinců trpících chronickou formou závislosti. Existuje také řada postupů *averzivní terapie*,⁸⁷ od jejího užívání ale ustoupilo v devadesátých letech. V současné době více užívanou možností ovlivnění vztahu k alkoholu je *senzibilizující terapie*⁸⁷ s použitím disulfiramu, jejímž cílem je změna v reaktivitě organismu na alkohol.⁸⁸

⁸² SKÁLA, J. *Alkoholismus: terminologie, diagnostika, léčba, prevence*. Praha: SZN, 1957. S. 97. ISBN sine.

⁸³ *Doc. MUDr. Jaroslav Skála, CSc.* – český lékař a psycholog, odborník na léčbu alkoholismu, zakladatel první protialkoholní záchytné stanice. Podílel se na vzniku systému protialkoholní léčby v tehdejší Československu, který zahrnoval síť protialkoholních poraden, záchytných stanic a síť protialkoholních léčeben při psychiatrických klinikách nebo léčebnách, a některá doléčovací zařízení.

⁸⁴ SKÁLA, J. *Alkoholismus: terminologie, diagnostika, léčba, prevence*. Praha: SZN, 1957. S. 127. ISBN sine.

⁸⁵ HELLER, J.; PECINOVSKÁ, O. *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga, 2011. S. 126. ISBN 978-80-87258-62-0.

⁸⁶ *Duální diagnóza – v psychiatrii znamená přítomnost dvou diagnóz u jednoho jedince. Nejčastěji se pojem užívá v souvislosti s přítomností nadužívání či závislosti na návykových látkách a přítomnosti další psychické poruchy.* (l.c.) <http://www.bohnicebezhranic.cz/cs/pribehy-nemoci/dualni-diagnoza/popis-nemoci/>. [cit. 2014-07-05].

⁸⁷ *Averzivní terapie* – vytváří se na základě podmíněného reflexu a spojuje nežádoucí aktivity (napítí se alkoholu) s nepříjemnými pocity (zvracení, nevolnost). *Senzibilizující terapie* – po požití alkoholu při současném užívání disulfiramu (*Antabus*) prožije pacient zvýšenou vnímavost svého organismu na alkohol (nevolnost, bušení srdce) a posílí se jeho poškozené obrany vůči této návykové látce.

⁸⁸ HELLER, J.; PECINOVSKÁ, O. *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga, 2011. S. 126-127. ISBN 978-80-87258-62-0.

V psychiatrických léčebnách bývá program oddělení pro léčbu závislostí strukturován jako režimový. To znamená, že každý den má pevnou časovou skladbu a předem daný program. V režimové léčbě platí vnitřní pravidla, jejichž dodržování je přísně kontrolováno a porušení sankcionováno ve stanoveném bodovacím systému. Udělování kladných a záporných bodů má význam motivační a zároveň informativní. V rámci denního programu se pacienti účastní skupinových i individuálních terapií. Pravidelná bývají také setkání celé komunity včetně terapeutického týmu, na kterých se například hodnotí, co se kterým členů v uplynulém období povedlo a řeší se i případné prohřešky. Tato vzájemnost poskytuje výhodu možné zpětné vazby od ostatních členů. Do programu jsou jako významná součást zařazeny také pracovní terapie, nechybí ani pohybové a sportovní aktivity. K denním činnostem patří psaní deníků nebo elaborátů z jednotlivých programů. Písemné záznamy slouží ke komunikaci s odborným týmem, jako terapeutický prvek a ke cvičení paměti pacientů. Dalšími složkami programu bývají přednášky na různá témata. Jako terapeutický prvek se také mohou využít návštěvy příbuzných a blízkých osob. Jejich umožnění v průběhu léčby dovoluje pacientům začít pracovat již v prostředí léčebny např. na řešení či stabilizaci narušených vztahů.⁸⁹

Při rozhodování o délce pobytu je třeba individuálně zvážit stav a situaci pacienta, i to je součástí tzv. *matchingu* zmíněného v přechozí kapitole. Za nejkratší smysluplnou dobu terapie považuje Heller období 4-6 týdnů, které je nutné k detoxifikaci, tj. odstranění návykové látky z těla a odstranění následků jejího užívání.⁹⁰ V České republice se obvyklá doba hospitalizace pohybuje okolo 3-4 měsíců.

Jak uvádí Nešpor a Csémy, má ústavní léčba proti ambulantní dvě hlavní výhody: za prvé poskytuje pacientům bezpečné prostředí s minimálním ohrožením návykovými látkami, kde se vyskytuje podstatně méně tzv. spouštěčů než v běžném prostředí, a kde jsou pod nepřetržitým dohledem odborného personálu; za druhé je zde možnost účastnit se intenzivního programu, který ambulantní péče nemá možnost poskytnout. Nevýhodou je pochopitelně cena za léčení, proto je indikována pouze v případech, kdy stav pacienta není možné zvládnout ambulantní cestou. Častým důvodem, proč závislí

⁸⁹ HELLER, J.; PECINOVSKÁ, O. *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga, 2011. S. 129-131. ISBN 978-80-87258-62-0.

⁹⁰ HELLER, J.; PECINOVSKÁ, O. *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga, 2011. S. 125. ISBN 978-80-87258-62-0.

otálejí s nástupem do léčby, bývá s hospitalizací spojená dlouhodobá nepřítomnost na pracovišti.⁹¹

Léčba závislostí probíhá také v *terapeutických komunitách*. Terapeutické komunity jsou pobytová zařízení, ve kterých je lidem závislým na návykových látkách poskytována komplexní péče a pomoc. Délka pobytu se může značně lišit a může přesáhnout i dobu jednoho roku. Tato forma léčby je častější u drogových závislostí.

4.3 Ambulantní léčba

Ambulantní léčení závislosti na alkoholu se nejčastěji realizuje ve specializovaných zařízeních. Tuto péči poskytují především ambulantní léčebná střediska, u nás nazývaná *AT ordinace pro prevenci a léčbu závislosti*, a dále denní stacionáře.⁹²

Krátce se podíváme do historie těchto zařízení. Do roku 1992 tuto péči v naší republice zajišťovala celostátní síť zdravotnických zařízení. Po reorganizacích souvisejících s privatizací ambulantních ordinací se však většina lékařů (psychiatrů) z důvodů, mezi které je možno zařadit náročnost této práce a její nedostatečné finanční ohodnocení, přestala touto problematikou zabývat. Výsledkem je výrazné zhoršení dostupnosti těchto odborných lékařských služeb, což se projevuje zejména ve venkovských oblastech.⁹³ V současné době se tedy kromě specialistů v AT ambulancích na této formě péče o závislé podílejí i různá nízkoprahová zařízení a neziskové organizace.

Profous o ambulantní péči říká, že by (l.c.) „*měla být navýsost specializovaná, profesionálně kvalitní, erudovaná, komplexní a podle potřeby i dostatečně diferencovaná*“ a měla zajistit péči v poměrně širokém spektru: „*od prvního kontaktu do případného zprostředkování ústavní léčby při vyčerpání všech ambulantních možností a nabídku následného dlouhodobého doléčování.*“ Ambulantní zařízení mají tedy podle Profouse nabízet různé formy individuálních a skupinových terapií, opomíjena nemá zůstat ani rodinná či párová terapie, to vše s přihlédnutím ke specifickým potřebám a problémům klienta. Mezi poskytované aktivity má být zařazeno

⁹¹ NEŠPOR, K.; CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí: příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. S. 114. ISBN 80-85121-52-2.

⁹² HAMPL, K. Lékařská ambulantní péče o závislé. In KALINA, K. A KOL. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. Sv. 2, s. 172. ISBN 80-86734-05-6.

⁹³ HAMPL, K. Lékařská ambulantní péče o závislé. In KALINA, K. A KOL. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. Sv. 2, s. 172. ISBN 80-86734-05-6.

doléčování, kterého mají možnost účastnit se nejen odléčení pacienti, ale např. i rodinní příslušníci. V těchto aktivitách bývá vhodné zapojení i speciálně připravených tzv. laických terapeutů, kteří se rekrutují z řad bývalých pacientů.⁹⁴

Nešpor a Csémy spatřují výhody ambulantní léčby v tom, že docházení do ambulance nevyžaduje pracovní neschopnost; také ordinační hodiny bývají přizpůsobeny tak, aby je klienti mohli navštěvovat až po pracovní době. Mezi nevýhody lze zařadit skutečnost, že není vhodná pro každého závislého. Doporučuje se pouze u méně rozvinutých forem závislosti a u jedinců s dostatečnou motivací, bez těžkých somatických a psychických obtíží a s dobrým sociálním zázemím.⁹⁵

Jednou z forem ambulantní léčby je stacionární léčba. Ta bývá krátkodobá, trvá obvykle několik týdnů. Pacient denně dochází do zařízení, kde probíhá celodenní program zaměřený podobně jako v ústavní léčbě. Výhodou je denní kontakt klienta s rodinou a možnost zapojení rodinných příslušníků do procesu léčby. Vyžaduje však od klienta přísnou disciplínu.

4.4 Následná péče – doléčování

Za následnou péči v oblasti léčby závislosti považujeme v širším pojetí všechny dostupné služby, které má pacient po ukončení léčby možnost využít. V užším pojetí je možné ji chápat jako péči zaměřenou na podporu a udržení abstinence. Kuda upozorňuje na různá chápání pojmů následná péče a doléčování. Za následnou péči označuje systém služeb v tomto typu péče. S termínem doléčování pak spojuje konkrétní intervence, které jsou pacientům poskytovány po absolvování základní péče, tzv. doléčovací programy.⁹⁶ Hlavní úkol doléčovacích programů spočívá podle Hellera (l.c.) „*ve stabilizaci změn v životním stylu za podmínek skutečné interakce pacienta se*

⁹⁴ PROFOUS, J. Úvahy o ambulantní léčbě závislosti. In HELLER, J.; PECINOVSKÁ, O. *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga, 2011. S. 141-142. ISBN 978-80-87258-62-0.

⁹⁵ NEŠPOR, K.; CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. S. 161. ISBN 80-85121-52-2.

⁹⁶ KUDA, A. Následná péče, doléčovací programy. In KALINA, K. A KOL. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. Sv. 2, s. 208. ISBN 80-86734-05-6.

svým běžným prostředím a okolím.“⁹⁷ Marlatt a Barrett definují následnou péči jako (l.c.) „intervence zaměřené na udržení navozených změn chování závislého.“⁹⁸

V praxi jde především o pomoc při zvládnání obtížných situací, se kterými se jedinec po návratu z léčby setkává. V té době dochází ke konfrontaci získaných poznatků a dovedností s běžným životem a klient⁹⁹ začíná pracovat na řešení problémů z minulosti, které se mohou týkat řešení existenčních problémů, narušených rodinných vztahů apod. Úkolem pracovníků v doléčovacích programech je proto jak praktická odborná pomoc a vedení v těchto oblastech, tak i poskytování emoční podpory. Kuda zmiňuje častý problém nereálných představ klientů o svém budoucím životě spojený s netrpělivostí při řešení vzniklých obtíží.¹⁰⁰ Heller dále upozorňuje na neměnnost sociálního kontextu, tedy na skutečnost, že se závislý po léčbě vrací do stejného prostředí, ze kterého odešel. Dalším problémem bývá vzájemné pochopení a ocenění mezi závislým a jeho okolím.¹⁰¹

Hlavní složky programů následné péče, které se týkají abstinujících od všech návykových látek, shrnuje Kuda:¹⁰²

- psychoterapie – jde spíše o podpůrnou psychoterapii zaměřenou na zvládnání klientovi emotivity v souvislosti s řešením různých potíží,
- prevence relapsu – je považována za klíčovou složku doléčovacích programů, jejímž cílem je vybavit klienta takovými dovednostmi a vědomostmi, které zvýší jeho sebekontrolu a sníží riziko relapsu,
- sociální práce – pomáhá klientům po stránce praktické s řešením sociálně právních problémů a podílí se také na stabilizaci životního stylu závislého,

⁹⁷ HELLER, J.; PECINOVSKÁ, O. *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga, 2011. S. 132. ISBN 978-80-87258-62-0.

⁹⁸ Převzato z: KALINA, K. A KOL. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. Sv. 2, s. 208. ISBN 80-86734-05-6.

⁹⁹ Pokud jedinec využívá služeb následné péče v organizacích, které nepatří mezi zdravotnická zařízení, pojem *pacient* se nahrazuje pojmem *klient*.

¹⁰⁰ KUDA, A. Následná péče, doléčovací programy. In KALINA, K. A KOL. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. Sv. 2, s. 211. ISBN 80-86734-05-6.

¹⁰¹ HELLER, J.; PECINOVSKÁ, O. *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga, 2011. S. 151-152. ISBN 978-80-87258-62-0.

¹⁰² KUDA, A. Následná péče, doléčovací programy. In KALINA, K. A KOL. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. Sv. 2, s. 209-210. ISBN 80-86734-05-6.

- práce, chráněná pracovní místa a rekvalifikace – úkolem je poskytování odborného poradenství a praktické pomoci spojené s hledáním zaměstnání, doporučení rekvalifikace apod.,
- lékařská péče – služby v této oblasti pomáhají najít klientům adekvátní lékařskou péči, kterou jejich somatický stav vyžaduje, v případě alkoholově závislých může jít např. o doporučení psychiatrické péče,
- práce s rodinnými příslušníky – zainteresování celé rodiny nebo blízkých osob závislého má podle odborníků významný podíl na efektivitě procesu léčby a doléčování,
- nabídka volnočasových aktivit – nezbytným cílem následné péče je naučit klienta užívat si bez návykové látky – drog i alkoholu, doporučuje se nabízet různé alternativy trávení volného času.

Klient má podle Hellera zůstat v aktivním kontaktu se systémem následné péče přibližně 3 roky po ukončení vlastní léčby a doporučuje se i zapojení členů rodiny do tohoto procesu. Přitom je vhodné využít zdroje jako je manželská či rodinná terapie.¹⁰³ Délka kontaktu úzce souvisí s nebezpečím recidivy. Z tohoto hlediska uvádí Profous určitá kritická období: konec třetího měsíce léčby, kdy dařící se abstinence může vyvolat pocit, že léčba byla vlastně zbytečná; konec prvního roku, kdy často dochází k ukončení podpurných aktivit (doléčovacích programů, užívání Antabusu) a navození pocitu, že je klient vyléčen; a konec třetího roku, kdy (l.c.) „*abstinence jakoby zevšední, očarování z ní vyprchá, není již tak nosnou, naopak vzrůstá falešné sebevědomí.*“¹⁰⁴

Služby následné péče jsou poskytovány jak v ambulantní, tak v ústavní formě. Základem ústavní formy bývají krátké, většinou týdenní pobyty na oddělení závislostí, které jsou označovány jako opakovací nebo posilovací kúry. Tyto pobyty mají význam nejen pro bývalého pacienta, ale v mnohém obohacují i pacienty, kteří jsou právě v léčbě. Na zajištění ambulantní následné péče se podílejí AT poradny, neziskové organizace a svépomocné abstinentní kluby, které sdružují klienty včetně jejich rodin a přátel.¹⁰⁵

¹⁰³ HELLER, J.; PECINOVSKÁ, O. *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga, 2011. S. 131. ISBN 978-80-87258-62-0.

¹⁰⁴ PROFOUS, J. *Průvodce alkoholovou závislostí: především pro ženy pijících partnerů*. Praha: Galén, 2011. S. 91. ISBN 978-80-7262-820-9.

¹⁰⁵ HELLER, J.; PECINOVSKÁ, O. *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga, 2011. S. 157. ISBN 978-80-87258-62-0.

EMPIRICKÁ ČÁST

5 Metodologie výzkumného šetření

5.1 Výzkumný problém

Práce sleduje problematiku využívání volného času lidí závislých na alkoholu, kteří prošli léčbou závislosti a to, jak jim způsob trávení volného času pomáhá při udržení abstinence. Na volný čas zde nahlížíme jako na jednu z významných součástí kvality života, jejíž utváření a obsah může závislým jedincům pomoci při udržení abstinence.

Zaměřujeme se přitom na zjištění způsobů, jakými lidé po léčbě závislosti tráví volný čas, jaké rozdíly spatřují mezi tím, co dělali dříve a čemu se věnují nyní a jak se způsob trávení volného času odráží v udržení abstinence. Podstatným bodem je i zjišťování faktorů a překážek, které je v preferovaném způsobu trávení volného času limitují nebo jim brání.

5.2 Cíl výzkumného šetření

Cílem výzkumného šetření je postihnout změny v oblasti trávení volného času, které nastaly v životě člověka závislého na alkoholu po léčbě závislosti a zjištění významu, který těmto změnám přikládá v souvislosti s úspěšným udržením abstinence.

Prvním dílčím cílem je získat od respondentů takové informace, které by mohly v budoucnu pomoci nasměrovat další pacienty a zajistit jejich lepší připravenost na možná úskalí, se kterými se budou setkávat.

Druhým dílčím cílem je zjišťovat, nakolik jsou jednotlivé funkce volného času, jak jsme se jimi zabývali výše,¹⁰⁶ naplňovány v životě respondentů; a z hlediska kvality života zkoumat význam volného času v životě lidí, kteří chtějí se svou závislostí bojovat a hledají smysl života.¹⁰⁷

5.3 Základní výzkumná otázka

V souvislosti s výzkumným problémem a stanovením cíle práce byla definována hlavní výzkumná otázka:

¹⁰⁶ Viz kapitola 1.1.2 Struktura volného času.

¹⁰⁷ Viz kapitola 2.4.2 Kvalita života z psychologického pohledu.

Jak ovlivňuje způsob trávení volného času jako jedna z významných kvalit života udržení abstinence v životě závislého člověka po léčbě závislosti?

Základní výzkumná otázka byla doplněna dílčími výzkumnými otázkami:

- Jaké jsou hlavní faktory, které determinují preferovaný způsob využívání volného času?
- Jak pomáhá způsob trávení volného času odpoutat myšlenky od alkoholu?
- Jaké činnosti realizované ve volném čase přispívají k udržení abstinence?
- Nakolik je třeba změnit životní styl, aby abstinence byla udržitelná?

5.4 Volba strategie výzkumného šetření

S ohledem na povahu výzkumného problému a po stanovení výzkumného cíle jsme zvolili kvalitativní strategii výzkumného šetření. „*Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu*“ (l.c.).¹⁰⁸ Pro získání individuálních názorů, zkušeností, postřehů a motivů od účastníků výzkumného šetření se tato forma jevila jako vhodnější, neboť kvantifikace získaných informací by v tomto případě neměla vypovídající hodnotu (nemohla zodpovědět do hloubky výzkumné otázky). Cílem také není zobecnění zkoumaného jevu, ale získání co největšího množství popisných informací, které podají podrobnější výpověď. Miovský kvalitativní přístup dále vymezuje definováním charakteristik zkoumaného jevu. Jsou jimi jedinečnost, neopakovatelnost, kontextuálnost, procesualnost a dynamika.¹⁰⁹ To znamená, že výzkumník musí brát v úvahu to, že se jev odehrává v určitých souvislostech a v nějakém procesu, který se dále vyvíjí a který je nutno respektovat. Upozorňuje také na reflexivní schopnosti výzkumníka, jehož subjektivní postoj k problematice proces šetření ovlivňuje. „*Kvalitativní výzkum se provádí pomocí delšího a intenzivního kontaktu s terénem nebo situací jedince či skupiny jedinců. Tyto situace jsou obvykle banální nebo normální, reflektující každodennost jedinců, skupin,*

¹⁰⁸ ŠVAŘÍČEK, R.; ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. S. 17. ISBN 978-80-7367-313-0.

¹⁰⁹ MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006. S. 16. ISBN 80-247-1362-4.

společností nebo organizací“ (l.c.).¹¹⁰ Cílem je především podrobně zaznamenat a popsat, co se v průběhu vlastního šetření odehrálo. Pro zodpovězení výzkumných otázek a dosažení výzkumného cíle je podstatný uvážený výběr výzkumného vzorku, od kterého se budou výsledky výzkumného šetření odvíjet.

5.5 Výběr a popis výzkumného vzorku

Výběr vzorku respondentů nebyl náhodný. Pro účely výzkumného šetření byla zvolena metoda záměrného výběru. „*Záměrný výběr se uskutečňuje na základě určení relevantních znaků, tj. těch znaků základního souboru, které jsou důležité pro dané zkoumání“* (l.c.).¹¹¹ Základním souborem byli klienti terapeutického centra, ve kterém autorka dříve pracovala. Z tohoto základního souboru byl před zahájením vlastního výzkumného šetření vybrán vzorek 10 informantů, kteří splňovali následující kritéria: absolvovali léčbu závislosti na alkoholu, abstinovali již nejméně 1 rok a neléčili se s tzv. *duální diagnózou*.¹¹² Jako další kritéria byla zvolena pohlaví, věk, rodinný stav a dosažené vzdělání, a to proto, aby byla zajištěna dostatečná pestrost výzkumného vzorku a tím i určitá objektivita.

Výzkumný vzorek byl sestaven z 10 informantů, z toho polovinu tvořily ženy a polovinu muži. Z celkového počtu měli 3 informanti vysokoškolské vzdělání, 5 středoškolské vzdělání, 1 vyučen s maturitou a 1 vyučen bez maturity. Jednalo se o 7 jedinců žijících v manželském či partnerském svazku, 2 rozvedené a 1 žijícího mimo partnerský vztah. Věk informantů se v době výzkumu pohyboval mezi 28 – 56 lety. Co se týká doby abstinence po léčbě závislosti, byli vybráni jedinci, kteří abstinují nejméně 1 rok a ne více než 2 roky. Tento požadavek se opírá o předpoklad, že zmíněné časové období není příliš vzdálené od ukončení léčby a informanti si lépe pamatují, s jakými obtížemi se po jejím ukončení potýkali. Zároveň jde o dostatečně dlouhou dobu na to, aby mohli posuzovat změny, které po léčbě v jejich životě nastaly. Pacienti s duální diagnózou nebyli zařazeni do výzkumného šetření proto, že jejich obtíže jsou rozsáhlejšího charakteru a vlivy závislosti a další psychické poruchy se mohou navzájem ovlivňovat.

¹¹⁰ HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. S. 49. ISBN 978-80-7367-485-4.

¹¹¹ GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 4. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 2008. S. 79. ISBN 978-80-223-2391-8.

¹¹² Viz kapitola 4.2 Ústavní léčba závislosti.

Výzkumný vzorek v konečném výběru tvořilo 10 informantů. S ohledem na zachování anonymity zúčastněných byla změněna jejich jména, do stručného popisu uvádíme i jejich profesi, ta však nebyla kritériem při výběru.

- Katka – 37 let, 2 děti, vdaná, vzdělání SŠ, asistentka;
- Klára – 32 let, 1 dítě, svobodná, žije s přítelem, vzdělání SŠ, na mateřské dovolené;
- Zuzana – 28 let, bezdětná, svobodná, vzdělání VŠ, účetní – ekonomka;
- Milena – 56 let, 1 dítě (dospělé), vdaná, vzdělání VŠ, učitelka;
- Jana – 41 let, 3 děti, vdaná, vzdělání vyučena s maturitou, pracuje ve službách;
- Petr – 39 let, 2 děti, ženatý, vzdělání SŠ, provozuje obchod;
- Lukáš – 51 let, 2 děti, ženatý, vzdělání SŠ, hudebník;
- Karel – 46 let, 2 děti, ženatý, vzdělání VŠ, ekonom;
- Dan – 37 let, 2 děti, rozvedený, vzdělání SŠ, fotograf;
- Martin – 52 let, bezdětný, rozvedený, vyučen, řemeslné práce.

5.6 Technika sběru dat

K získání informací potřebných k zodpovězení výzkumných otázek byla zvolena explorativní technika, tedy technika postavená na ústní komunikaci s informantem, jmenovitě technika hloubkového rozhovoru. Rozhovor umožňuje respondentovi sdělit vlastní zkušenost, volně vyjadřovat své názory a pohled na zkoumanou problematiku. Podle Gavory mezi výhody rozhovoru patří, že v jeho průběhu lze otázky přeformulovat, pokud se badatel domnívá, že informant otázce neporozuměl nebo odpověděl nedostatečně. Osobní kontakt při realizaci by měl být také zárukou podání pravdivých a dostatečných informací.¹¹³

Z možných typů rozhovoru byl zvolen hloubkový polostrukturovaný rozhovor, který podle Švaříčka a Šedové umožňuje získat (l.c.) „*detailní a komplexní informace o studovaném jevu*“ a zároveň výzkumníkovi dovoluje lépe porozumět pohledu respondentů na danou problematiku.¹¹⁴ Tento typ rozhovoru je částečně veden podle určitého schématu (předem připravených otázek) a současně umožňuje položení doplňujících

¹¹³ GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 4. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 2008. S. 138. ISBN 978-80-223-2391-8.

¹¹⁴ ŠVAŘÍČEK, R.; ŠEDOVI, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. S. 13. ISBN 978-80-7367-313-0.

dotazů. Výzkumník nnesvazuje nutnost dodržení striktního postupu, může snadněji reagovat na respondentovy odpovědi a tím celé situaci lépe porozumět. Na druhou stranu vyžaduje od výzkumníka určité dovednosti. Pelikán zdůrazňuje, že je důležité získání důvěry respondenta a vytvoření optimální atmosféry. Konverzace pak musí být udržována v odpovídající rovině. Významný je i styl vedení rozhovoru, v rámci něhož by měl výzkumník být trpělivý, dát najevo své pochopení a skutečný zájem o respondenta.¹¹⁵

Základní výzkumný soubor byl sestaven již v době autorčina působení v terapeutickém centru v roce 2012. Následně byl v září 2013 proveden konečný výběr informantů do výzkumného vzorku. Byla ověřena jejich současná situace, především to, zda splňují základní podmínku pro zařazení do výzkumného šetření, tzn., zda abstingují. Následně byli informováni o tématu a cílech výzkumného šetření a byli dotázáni, zda jsou ochotni se výzkumného šetření zúčastnit. Současně jim byla položena předběžná otázka o jejich představě o obsahu pojmu *volný čas*.

Samotné výzkumné šetření bylo realizováno v průběhu ledna a února 2014. Vzhledem k tomu, že se autorka s informanty již osobně znala, byl průběh všech rozhovorů plynulý a nenásilný, jen v některých případech bylo nutno rozhovor vracet zpět k tématu. Rozhovory trvaly 30 - 45 minut a byly uskutečněny individuálně. V jejich průběhu byly pokládány připravené otázky a dle potřeby byly doplněny o další, rozšiřující dotazy. Většina rozhovorů se uskutečnila v domácím prostředí informanta, některá setkání se odehrála ve veřejných prostorech (v kavárně, v čajovně). Záznam rozhovoru probíhal písemnou formou, a to tak, že průběžně byly pořizovány zápisky, které byly po oficiálním ukončení rozhovoru doplněny dalšími poznámkami. Na konci setkání bylo vždy ověřeno, zda byla jejich vyjádření zaznamenána věrně.

5.7 Organizace dat a jejich analýza

Zpracování dat bylo založeno na využití kvalitativní výzkumné metody *zakotvené teorie*, která používá (l.c.) „*systematický soubor postupů ke tvorbě induktivně odvozené zakotvené teorie o nějakém jevu*.“¹¹⁶ Předpokladem je existence určitého sociálního problému, který je následně analyzován a popsán. Cílem je vytvoření teorie, která

¹¹⁵ PELIKÁN, J. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2011. S. 119-121. ISBN 978-80-246-1916-3.

¹¹⁶ STRAUSS, A.; CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Albert, 1999. S. 15. ISBN 80-85834-60-X.

odpovídá zkoumané oblasti a vysvětluje ji. Získané údaje jsou pak interpretovány takovým způsobem, který je srozumitelný a aplikovatelný na podobné situace spojené se zkoumaným jevem. Důležitým aspektem je teoretická citlivost, kterou je myšlena schopnost (l.c.) „rozpoznat, co je v údajích důležitého, a dát tomu smysl.“¹¹⁷

Jedním z procesů zakotvené teorie je kódování. „Kódování představuje operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a opět složeny novými způsoby“.¹¹⁸ Autoři popisují tři typy kódování: otevřené, selektivní a axiální. Pro analýzu získaných údajů bylo v této práci využito procesu otevřeného kódování. „Při otevřeném kódování je text jako sekvence rozbit na jednotky, těmto jednotkám jsou přidělena jména a s takto nově pojmenovanými (označenými) fragmenty textu potom výzkumník dále pracuje“ (l.c.).¹¹⁹ Za rozebírání a konceptualizaci je považován rozbor získaného textu po větách nebo odstavcích a přidělování názvů tomu, co má reprezentovat. Kategorizací je nazýváno seskupování podobných pojmů, o kterých máme důvod se domnívat, že patří ke stejnému jevu. Jednotlivým kategoriím pak přidělíme adekvátní název odpovídající příslušnému jevu. Dále pak hledáme vlastnosti kategorií a jejich vzájemné vztahy.¹²⁰

Praktická aplikace uvedených zásad probíhala tím způsobem, že v získaných odpovědích byly pomocí otevřeného kódování vyhledány opakující se pojmy, na jejichž podkladě byly vytvořeny základní kategorie. Dále byly informace analyzovány a byla prováděna konceptualizace a kategorizace. Základním kategoriím, jak byly pojmenovány, pak odpovídají názvy podkapitol v následující kapitole.

Při zpracovávání a interpretaci výzkumného šetření je třeba mít na paměti, že se pokoušíme vysvětlit, jakým způsobem ovlivňuje způsob trávení volného času abstinenci. Je zřejmé, že volný čas je pouze jednou z determinant, které mohou abstinenci ovlivnit. Celkově se na udržení abstinence podílí více faktorů, které se vzájemně prolínají, které ale nebyly součástí zkoumání v této práci, nicméně nelze je od zkoumaného problému –

¹¹⁷ STRAUSS, A.; CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Albert, 1999. S. 31. ISBN 80-85834-60-X.

¹¹⁸ STRAUSS, A.; CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Albert, 1999. S. 39. ISBN 80-85834-60-X.

¹¹⁹ ŠVAŘÍČEK, R.; ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. S. 211. ISBN 978-80-7367-313-0.

¹²⁰ STRAUSS, A.; CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Albert, 1999. S. 44-45. ISBN 80-85834-60-X.

podílu způsobu trávení volného času na udržení abstinence – zcela oddělit. Proto šetření v určitých ohledech přesahuje i do jiných oblastí života informantů. Volnočasové aktivity se v různých případech a v rozdílné míře prolínají například s profesní činností nebo zasahují do budoucího pracovního uplatnění, což od sebe většinou nelze separovat. Jak vyplývá z pojetí volného času, jak jsme se jím zabývali výše,¹²¹ volný čas představuje v životě člověka určitý prostor, který může relativně svobodně využít. Při zpracování výzkumného šetření tedy vycházíme z toho faktu, že volný čas existuje v životě každého člověka, pouze se v závislosti na jiných faktorech (zaměstnání, soubor zájmů a schopností apod.) liší jeho objem a struktura.

¹²¹ Viz kapitola 1 Volný čas.

6 Výsledky výzkumného šetření

Informace získané při zjišťování základních údajů pro výběr informantů ukázaly, jaký význam má jejich subjektivní vnímání samotného pojmu volný čas. Proto věnujeme na tomto místě otázce více pozornosti.

Definice volného času známé z odborné literatury byly uvedeny v teoretické části práce.¹²² Nyní se podíváme na to, co si vlastně pod pojmem volný čas představují jednotliví informanti. Otázka byla položena v duchu techniky volné asociace. V průběhu později uskutečněných rozhovorů se pak pojem dostával do širších souvislostí a nabýval konkrétnějších rozměrů. Přesto je zajímavé podívat se na první krátké odpovědi.

Většina dotázaných ve spojení s volným časem uvádí „čas na sebe“, dále se objevuje doba odpočinku nebo dovolené. „*Tak to je pro mě doba, kdy jsem fakt sama se sebou a můžu co to co mě baví a co chci, ale někdy i třeba nedělat vůbec nic*“ (Katka), podobně vnímá volný čas i Klára: „*kdy si můžu odpočinout, kdy na mě nikdo nemluví a nikdo po mě nic nechce, kdy mám čas sama na sebe*“, Jana: „*asi nejvíc, když odjedou děti s manželem na víkend pryč a já jsem sama doma, já si čtu, něco tvořím nebo třeba i uklízím, ale užívám si to – je to to moje volno*“, Zuzana: „*asi nejvíc se mi vybaví dovolená, to je volný čas, který si užiju nejvíc*“. Z mužů se přidává Lukáš: „*je to doba odpočinku, když se vrátím z cest a potřebuju načerpat síly, dovolená*“. Milena zmiňuje tento pojem v souvislosti s hotovými povinnostmi: „*když se mi podaří něco dokončit, můžu si vydechnout a za to se pak odměním třeba tím, že vyjedu na nějaký výlet a pak samozřejmě prázdniny*“. Volný čas jako prostor k oblíbeným aktivitám spatřuje Petr: „*...když dělám něco smysluplného, ne že se jen tak flákám*“ i Karel: „*pro mě je to čas, kdy nemusím pracovat a můžu si dělat na těch svých věcech*“. Dan pak spojuje trávení volného času se setkáváním s blízkými: „*je to hlavně doba, kdy jsem s dětma a mám na ně čas a taky, když trávíme společný čas*“.

Z pozdějších odpovědí informantů však jasně vyplývá, že odpověď na tuto otázku není zdaleka tak jednoduchá, a že volný čas představuje v jejich životě mnohem významnější prostor, než pouze čas věnovaný odpočinku, dovolené nebo setkáním s přáteli. Právě způsob jakým dokáží naplnit svůj volný čas, považují dotázaní za jednu ze základních změn.

¹²² Viz kapitola 1 Volný čas.

6.1 Naplňování volného času

Co s volným časem je primární otázkou, kterou tak či onak musí řešit všichni informanti. Většina z nich potvrzuje fakt, zmíněný i v teoretické části, a to, že v průběhu rozvoje závislosti dochází k postupnému zanedbávání různých potěšení a zájmů.¹²³

„V době, kdy jsem pila nejvíc, což byl asi poslední rok před léčbou, tak to jsem kromě základních nutných věcí nedělala vůbec nic, maximálně jsem tak seděla u televize a pila“ (Katka), její slova potvrzuje i Klára: „V té nejhorší době mi na žádné zájmy nezbyvala energie, vlastně ani chuť něco dělat jsem neměla“. Karel k tomu dodává: „Byl jsem rád, že dojdu z práce a jedinou starost jsem měl, abych měl dost vína na večer.“ V tomto duchu znějí i odpovědi dalších dotázaných. Po skončení léčby závislosti začíná závislý člověk řešit problémy v klíčových oblastech svého života. V tomto výzkumném šetření jsem se zaměřila na způsob trávení času, a jak je z odpovědí informantů patrné, lze tuto oblast považovat významnou.

Po ukončení léčby se tedy informanti soustředili na řešení potíží a ujasňovali si představy o svém dalším životě bez alkoholu. Jak vyplynulo z rozhovorů se současnými abstinenty, vyvstala po léčbě (u některých již v léčbě) ve spojitosti s tématem volného času zásadní otázka: **Čím naplním svůj volný čas?** Petr: „nevěděl jsem vůbec, co mám dělat třeba po večerech nebo o víkendech, když rodina odjela“, téměř shodně reaguje Karel: „myšlenky na alkohol jsem po léčbě zaháněl hlavně sportem, šel jsem běhat nebo na kolo, ale nevěděl jsem, co mám dělat jiného?“ Martin a Lukáš hovořili o problémech spojených s využitím volného času k odpočinku – Martin: „problém jsem měl v tom, a to řeším doteď, jak se mám uvolnit a nemyslet na všechno, když se člověk napil, pomáhalo to, že ty problémy jako zmizely, ale to vím, že tudy cesta nevede“ a Lukáš: „nemám problém s tím, že ostatní pijí, já jsem pil vždycky až po (skončení nějaké akce) a to pro mě bylo místo toho odpočinku, teď jsem měl čas a tak ho využiju a pořádně se vožeru!... nevím, jak to říct, ale neuměl jsem asi jinak odpočívat... a to jsem řešil hodně i po léčbě.“ Dotázaní se shodli na tom, že již v průběhu léčby na terapiích hovořili o smyslu volnočasových aktivit a hledání nových zájmů. Například Katka: „už v léčbě mě napadalo soustu věcí, co bych mohla dělat“. Zuzana: „už tam jsem si řekla, že nemůžu být pořád v práci a že se musím začít věnovat sama sobě.“ Problém většiny informantů tedy spočíval v nejasné představě o naplnění volného času, který do té doby

¹²³ Viz kapitola 3 Závislost na alkoholu.

z velké části zaplňovali konzumací alkoholu nebo se z jejích následků zotavovali. Zároveň je patrná nejistota, zda budou schopni nalézt takovou formu trávení volného času, která jim nahradí to, co do jisté míry přinášelo požívání alkoholu – určitý způsob uvolnění či zapomnění.

Jak se tyto úmysly podařilo informantům realizovat a jaké je na jejich na jejich cestě čekaly překážky, je popsáno v následujících kategoriích.

6.2 Překážky

Překážky v tom, co chceme dělat, se objevují v životě každého člověka. Léčba závislosti představuje určitý mezník v životě závislého člověka, závislí často hovoří o životě *před a po* léčbě. S nástupem abstinence jako nutné součásti jejich životního stylu dochází i ke změnám ve způsobu trávení volného času. Změny nemusí vždy jejich okolí reflektovat jako pozitivní, neboť se mohou promítnout i do zaběhnutého rodinného života. Preferované činnosti nebo způsob trávení volného času mohou ohrožovat nebo omezovat i další okolnosti. Z uvedeného vyplývá, že ženy se potýkají více s překážkami spojenými s péčí o děti nebo o další blízké osoby, zatímco u mužů se kromě bezradnosti jak naplnit volný čas objevují především pracovní překážky, starosti o finanční zabezpečení rodiny a důležitou se stává otázka místa a formy setkávání s přáteli.

Ve kterých oblastech cítí informanti nejvýznamnější omezení je popsáno v následujících subkategoriích.

6.2.1 Péče o blízké

Starost a péče o blízké osoby se v tomto šetření týká především žen, resp. ty ho pociťují jako omezení pro využívání volného času k aktivitám, kterým by se chtěly věnovat. Mladší ženy v souvislosti s dětmi. Katka: *„tak asi nejvíc mě omezuje, že vždycky musím řešit hlídání, je to někdy organizačně dost náročné“*. Jana: *„rozhodně hlídání dětí, to musím vždycky zajistit já...a pak občas neshody s manželem ohledně toho...že to stojí peníze“*. Pro Milenu je časovou zátěží jak starost o manžela, tak pracovní povinnosti, které však vzhledem ke svému povolání nemá možnost příliš ovlivnit. Milena: *„omezuje mě hlavně péče o manžela, to asi nejvíc...někdy i organizace školního roku, že nemám tu volnost a nemůžu odjet, když cítím, že to potřebuju“*.

6.2.2 Nepochopení

Někteří z dotázaných se setkali s problémem nepochopení ze strany svého okolí. Jak již bylo řečeno, není to neobvyklé vzhledem k tomu, že po léčbě mají abstinující potřebu něco změnit. Klára: *„dost mě překvapilo, že ze začátku mě manžel hodně podporoval, teď už to jakoby opadlo a někdy mám pocit, že ho to vlastně obtěžuje a že mu ty moje věci (zájmy) připadají směšný nebo zbytečný..., že se mu nelíbí, že mám svoje zájmy a že chodím někam pryč“*. Jana: *„manželovi občas připadají ty moje kurzy jako vyhazování peněz.“*

6.2.3 Pracovní vytíženost – pracovní překážky

Mezi další překážkami se objevují pracovní povinnosti. O těch se zmiňují především Lukáš, Karel, Martin a Zuzana. Lukáš si myslí, že k práci utíkal od dalších problémů, zahlcoval se pracovními aktivitami a neuměl pak využít volného času k odpočinku. Karlův a Zuzanin problém spočíval především v organizaci pracovních povinností. Zuzana říká: *„všechno se to na mě valilo, měla jsem pocit, že nic nestíhám... dělala jsem pak hodně i po večerech a tím pádem nechodila mezi lidi“*. Jinou souvislost se zaměstnáním cítí Dan, jehož pracovní život splývá v určitých ohledech s jeho volným časem: *„je to moje práce a k tomu patří ten způsob života, ty akce a tam se pije pořád“*. Danův další problém je, že jeho děti žijí s bývalou manželkou ve vzdáleném městě a vzhledem ke své práci nemá možnost vidat je tak často, jak by chtěl. Ještě jiný problém s pracovní činností se projevil u Martina, který ztratil vlivem dlouhodobého nadužívání alkoholu většinu zákazníků, v současné době obtížně hledá zakázky a musí této činnosti věnovat prakticky veškerý čas.

6.2.4 Finanční závazky/problémy

Jako omezující cítí Petr povinnost finančně zabezpečit rodinu a s tím související problémy: *„hlavně ta hypotéka, pořád kolotoč kolem peněz.“* S finančními problémy se potýká také Martin. Z dotázaných žen pak nedostatek finančních prostředků mezi omezeními uvádí Milena a Jana, ale z jejich vyjádření vyplývá, že jde spíše o subjektivní pocit, že si nemohou z nabízených aktivit vybrat vše, co by rády vyzkoušely. Např. Jana: *„kolikrát bych ráda šla na nějaký kurz, ale nemůžu si to dovolit, peníze na to často od manžela nedostanu.“*

6.2.5 Vlastní iniciativa

Problémy může způsobovat i nedostatek vlastní iniciativy a aktivity. K tomu Katka: *„někdy mně brání v tom, co dělám, taková ta moje lenost, že mám nápady, co bych chtěla dělat, ale nemůžu se k tomu rozhoupat.“* Nedostatek iniciativy zabraňuje závislým v naplňování jejich představ o vlastním životě a o prožívání volného času. Výsledné zklamání pak podlamuje sebevědomí dotyčného a může být jedním z důvodů recidivy.

6.2.6 Osamocení

Problém osamění se netýká výlučně závislých na alkoholu, ale může pro ně mít podstatnější význam. Samota je faktorem bránícím smysluplnému prožívání volného času, který závislý nemá s kým sdílet. Typické vyjádření poskytuje Zuzana: *„pořád jsem ještě nenašla toho chlapa a to mi chybí, trávit ten čas s někým, koho mám ráda.“* Jejím problémem je nedostatek sociálních vazeb, postrádá i kamarádky.

6.2.7 Abstinence jako omezení – volný čas s přáteli

Po absolvování léčby je čerstvým abstinentům důrazně doporučováno, aby nevyhledávali prostory ani situace spojené s konzumací alkoholu. Pro mnohé tím vzniká otázka, jak jinak trávit volný čas s přáteli než způsobem, na který byli doposud zvyklí. Tato spojitost se objevila především u mužů, což vychází z faktu, že muži pijí raději ve společnosti. Petr: *„taky mi chyběl pokec s kamarády v hospůdce“* a Karel: *„a pak taky, kde se mám sejít s přáteli?“* Vazby na původní přátele jsou mnohdy označovány jako ohrožující, nicméně v tomto ohledu je třeba vzít v úvahu, jak jejich přátelé na situaci závislého reagují. Pokud jej budou v abstinenci podporovat, není důvod, aby jejich přítomnost dotyčný nevyhledával.

6.2.8 Zdravotní problémy

Se zdravotním omezením se může člověk setkat v jakémkoli věku. V rámci tohoto šetření zmiňuje zdravotní potíže Milena: *„je to samozřejmě nepříjemné, když zjistíte, že nemůžete dělat to, co chcete nebo jak to chcete.“*

6.3 Způsob řešení – taktika, strategie

6.3.1 Aktivní a smysluplné zaplnění volného času

S otázkou jak naložit s volným časem se potýkali zejména Petr a Karel. Petr postupem času, i díky terapiím, pochopil, že musí svůj čas zaplnit aktivitami, které ho zajímají: *„zjistil jsem, že mě pohání to, když zkoumám nové věci... zaobírám se novými projekty, zkoumám možnosti jak vylepšit vlastní podnikání... je to sice tak trochu práce, ale baví mě to a je to pro mě motivace, když vidím, že se něco hýbe.“* Karel zjistil, že pro něj bylo významné naučit se důsledně oddělit pracovní čas od toho volného: *„když si dělám ty své věci (modely), nemám už pocit, že bych měl dělat něco jiného, že mi něco utíká.“* Lukáš své překážky formuloval jako *„neumění odpočívat,“* ovšem to, co dále vyplynulo z rozhovoru, směřuje k tomu, že si svůj volný čas neuměl představit bez alkoholu: *„učím se relaxovat, ve volném čase se snažím cvičit reiki, zajímám se také o alternativní medicínu“.* Danovi přináší radost zejména čas aktivně strávený s jeho dětmi *„posiluje mě, když zažíváme něco společně a že budou mít děti na co vzpomínat,“* proto hodně času věnuje vyhledávání různých akcí, které by s nimi mohl navštívit nebo vymyšlení výletů, a v době, kdy je sám, cvičí jógu. Martinovi podle jeho slov v těžkých chvílích pomáhá chození na procházky do přírody.

Ženy se zaměřily více na osobnostní růst. Katka absolvovala různé kurzy, navštěvovala semináře, rozhodla se, že si doplní vzdělání. *„Důležité pro mě je ten čas vyplnit něčím, co dělám pro sebe, co mě někam posunuje,“* říká několikrát v průběhu rozhovoru. V současné době je přijata do vysokoškolského studia speciální pedagogiky: *„mám pocit, že rostu,“* komentuje svůj úspěch nejen v souvislosti s očekávaným zahájením studia, ale vyhodnocuje tím i absolvování dalších kurzů a seminářů. Podobnou cestou se vydala i Jana, která se rozhodla, že se v oblasti zaměstnání přeorientuje na pomoc lidem a v rámci kurzu si doplňuje specializaci pracovníka v sociálních službách. I ona zahrnula tuto aktivitu, i když souvisí s pracovní činností, do svých volnočasových aktivit. Také kurzy tvořivých činností jsou pro ni důležité: *„je to pro mě hlavně to, že pak ten čas, když jsem doma, vyrábím různé výrobky, kterými potěším sebe i svoje blízké, hlavně jde o to, že NĚCO dělám, že jen tak nesedím a nekoukám na televizi.“* Zuzana se vrátila k zájmu o esoteriku a ve volném čase navštěvuje kurzy s tímto zaměřením, řeší tím zároveň problém osamocení. Milena spatřuje význam volného času zejména v možnosti aktivního pohybu spojeného s poznáváním nových míst, a zároveň se setkáváním

s přáteli. Klára si vyhradila prostor na upevňování a zdokonalování znalostí cizího jazyka.

Většina mužů i žen uvádí, že k překonání momentálního bažení po alkoholu jim pomáhá jakákoliv fyzická nebo sportovní aktivita.

6.3.2 Změny postoje

Za jeden z nejvýznamnějších posunů považují informanti to, co se jim podařilo v jejich životě změnit. Změny se týkají především přístupu k řešení problematických situací a souvisí také se způsobem trávení volného času a překovávání překážek s tím spojených. Katka cítí, že se jí lépe daří prosadit a obhájit své zájmy, především aktivity v oblasti vzdělávání: *„už i manžel, který ze začátku nevěřil, že mi to k něčemu bude, uznal, že jsem se dostala někam dál.“* Dále pak dodává: *„taky tím, že o sobě dost přemýšlím, pracuju na tom, co mě brzdí.“* Milena přistupuje ke způsobu trávení volného času jako k formě relaxace, ale také jako k odměně za vykonanou nebo dokončenou práci: *„výlety také беру jako odměny za to, že se mi podaří něco dokončit.“* Zdravotní limity vyřešila po svém: *„pochopila jsem, že jsou na tom lidé mnohem hůř, tak dělám to, na co mám (fyzické síly).“*

Pro muže byla podstatná otázka volného času spojená se setkáváním se s přáteli. Řešení tohoto problému mohou být různá, záleží na každém jedinci, jak svou situaci vnímá a na co se sám cítí. Petr zpočátku nechodil mezi své známé do restauračních zařízení vůbec, postupem času jeho abstinentské sebevědomí vzrostlo: *„chodím s klukama, ale jen občas, dám si tonik nebo kolu, a nebývám tam dlouho do noci.“* Zároveň se mu podařilo vyřešit další problém: *„nevím, jak to přišlo, asi tak nějak postupně, ale naučil jsem se být doma a jsem tam rád!“* Podobné řešení zvolil také Karel. Dan začal navštěvovat čajovny, nicméně většina přátel není ochotna setkávat se s Danem v tomto prostředí. K různým akcím, kterých se účastní a které by se daly považovat za zájmové, se snaží přistupovat jako k pracovním, protože je navštěvuje za účelem získávání a udržování kontaktů s lidmi ve své profesi: *„je to moje práce a k tomu patří ten způsob života, ty akce a tam se pije pořád.“* U Martina se projevuje hluboká změna životního postoje v tom, že na rozdíl od minulosti se aktivně a odpovědně snaží řešit své pracovní problémy, dokonce dočasně na úkor svého volného času.

6.3.3 Doléčování

Doléčovací aktivity jsou významné pro stabilizaci pacienta po léčbě a udržení abstinence, jak bylo zmíněno v teoretické části.¹²⁴ Zajímavým zjištěním v rámci šetření je fakt, že tři z dotázaných, v tomto případě ženy, přímo zařadily pravidelné navštěvování doléčovacích skupin mezi své volnočasové aktivity. Všechny shodně uvedly, že si na tuto aktivitu vyhradily časový prostor, který pro ně znamená „čas na sebe.“ Katka: *„chodím na skupiny, mám na ně vyhrazené každé odpoledne ve čtvrtek a to je takové to moje odpoledne, kdy dělám to něco pro sebe.“* Zuzana řešila docházením na doléčování i problém osamocení: *„pomáhá mi to hlavně v tom, že se tam setkávám s lidmi a díky tomu vím, že podobné věci neřeším jenom já“* a dodává: *„jednou za čas i vyrazíme na různé výlety nebo jdeme do kavárny a tak“*. Milena: *„doléčování bylo ze začátku to nejdůležitější, co jsem dělala, to bylo kromě dcery to jediné, co mě drželo nad vodou... dneska už jsem dál..., ale všem v léčbě to doporučuju.“*

Další dva informanti, Petr a Lukáš, také v této souvislosti zmiňují docházení na terapie. Petr řešil problém, jak naložit s volnými večery: *„o tomhle jsme nejvíc ze začátku mluvili na terapiích, probírali jsme různé možnosti... v průběhu času jsem to už pochopil a naučil se to i bez pití, ale ze začátku je fakt, že mi to hodně pomohlo.“* Lukášův problém (stres a neschopnost odpočívat): *„díky terapiím jsem se naučil vyznat se víc sám v sobě a dneska už to dělám jinak.“* Doléčování jako pomoc vnímá i Klára a Jana, nicméně o nich hovoří spíše v souvislosti s řešením jiných potíží než těch, které se týkají trávení volného času. Pro úplnost doplním informaci, že Karel, Dan a Martin pravidelně žádnou doléčovací aktivitu nenavštěvovali.

6.3.4 Organizace pracovních povinností

S využíváním volného času úzce souvisí pracovní vytíženost každého z nás. Více prostoru pro volný čas se pokusili informanti získat systematictější organizací povinností nebo selektivním uspořádáním priorit. V případě těch, kteří se potýkali s pracovní vytížeností, došlo ke změnám především organizačním. Zajímavě vyhodnocuje svůj postup Zuzana: *„vrhla jsem se do práce (po léčbě), hodně toho dohnala a udělala si lepší organizaci a tím mi vznikl ,čas na volný čas.“* Podobně řeší situaci i Karel: *„udělal jsem si v tom systém a hlavně – nenosím, snažím se, nenosit si práci domů, to je asi ta*

¹²⁴ Viz kapitola 4.4 Následná péče – doléčování.

největší změna.“ Pro Lukáše se stala východiskem druhá zmíněná varianta: „*vybírám si, zdaleka už dneska nepřijímám tolik nabídek, jako dřív.*“

S opačným problémem se potýká Martin, který trpí nedostatkem pracovních příležitostí a hledání práce mu nyní vyplňuje prakticky celý volný čas. Jeho taktikou je získat v současné době maximum zakázek, a tím stabilizovat svoji celkovou situaci a zajistit si výhled, který by mu umožnil i rozsáhlejší využití volného času.

6.3.5 Využití dalších zdrojů sociální opory

Zejména u žen se objevily problémy spojené s péčí o děti nebo blízké, jejichž následek informanti pocítují jako překážky pro využívání volného času. Jako optimální způsob řešení se ve více případech jeví využití některých zdrojů sociální opory. V tomto případě můžeme hovořit o praktické pomoci v podobě *instrumentální opory*. Informanti (v našem případě ženy), kteří pocítovali nedostatek volného času z důvodu zaneprázdnění rodinnými povinnostmi, se pokusili vytvořit dohodu o rozdělení úkolů se svými blízkými. Jana: „*nebylo to zpočátku jednoduché, manžel byl zvyklý, že se o nic nemusí starat.*“ Stejně jako Janě i dalším ženám se po určité době podařilo zapojit do péče o děti své blízké, nejen partnery, ale i další příbuzné. Milena se dohodla s dcerou, která jí pravidelně vypomáhá s péčí o manžela.

Pro Kláru, která brzy po léčbě otěhotněla a porodila dceru, se stala významným zdrojem tzv. *emoční opora*. Tu našla v mateřských centrech, která navštěvuje. Kontakt s jinými ženami na mateřské dovolené je pro ni stejně podstatný jako možnost pohovořit o problémech s alkoholem v rámci doléčovacích skupin.

Dalším významným faktorem se stalo nalezení nových přátel v souvislosti s navštěvováním různých aktivit. Za velký přínos ho označují z žen především Zuzana, Klára, Katka a Jana. U mužů převažují původní kamarádi. O přátelích, které nově získali při volnočasových aktivitách, se zmínili Lukáš a Dan. Tato přátelství jsou pro informanty důležitá mimo jiné i proto, že je noví přátelé neznají z doby, kdy hodně pili. Toto reflektuje především Klára: „*cítím se jakoby čistá, že se nemusím stydět.*“ Nicméně otázkou zůstává, zda větší podporu v abstinenci nemůže poskytnout spíše dobrý přítel, který je o jejich problému plně informován.

6.4 Zájmové činnosti

Způsob trávení volného času člověka, který prošel léčby závislosti, se do určité míry liší od způsobu, kterým trávil volný čas dříve. Změny jsou logické a vyplývají především z toho, že abstinence s sebou přináší jiný způsob života, než na jaký byl do té doby dotyčný zvyklý, minimálně v tom smyslu, že byla eliminována většina činností, která byla původně s užíváním alkoholu spojena. V jakých oblastech došlo ke změnám je popsáno v následujících subkategoriích.

6.4.1 Původní zájmy

V době, než se závislost rozvinula do výsledné podoby, určité zájmy a koníčky všichni měli. Alkohol ovšem postupně spektrum zájmů omezoval a kvalita zájmů degradovala. „Z toho, co jsem dělala dřív, mi zůstal sport, dřív jsem hodně cvičila..., pak jsme si s kamarádkami chodily sednout, no, a pak už zůstalo jen u toho si jít někam sednout...“ (Katka). Podobným aktivitám se věnovala i Klára, která mezi své dřívější zájmy zařadila cvičení a sport. Zuzana uvedla cvičení jógy, četbu a zájem o esoteriku, Milena se věnovala turistice a čtení, Jana se zabývala ručními pracemi a bavilo ji vaření. Omezování aktivit a jejich degradace vyplývají shodně ze všech výpovědí.

Muži se původně také věnovali různým aktivitám. Petr: „dělával jsem cyklistiku, postupně jsem ale ztrácel zájem o fyzickou aktivitu, až jsem nakonec nedělal nic.“ Zájem o sport měl i Karel, který dále rád hrál počítačové hry. Dan: „vždycky jsem rád a hodně cestoval, to mám také spojené s prací, pak jsem ale hodně a často chodil na takové ty společenské akce všeho druhu.“ Cestování uvedl i Lukáš, jeho dalším koníčkem byla hudba. I zde je tedy ve výpovědích informantů patrná tendence k úbytku rozsahu a kvality aktivit v důsledku nadměrného požívání alkoholu.

6.4.2 Nové zájmy

K nalezení a realizaci nových zájmových činností nedošlo u většiny informantů v době léčby a bezprostředně po ní, ale až s jistým časovým odstupem. Také se, jak již bylo řečeno, setkali s problémy při prosazování svých představ. Většině se ale s většími či menšími potížemi daří realizovat aktivity, které označují jako své koníčky a v současné době jimi naplňují svůj volný čas:

- Katka: vzdělávání – kurzy a nyní VŠ studium, pravidelné cvičení, doléčování;

- Klára: cizí jazyk, běhání s kočárkem, aktivity v mateřských klubech, příležitostně jóga;
- Zuzana: rozvíjí své původní zájmy, znovu začala chodit na esoterické semináře a chodí na doléčovací skupiny;
- Milena: turistika s přáteli, četba a překlad cizojazyčné literatury, doléčovací skupiny;
- Jana: kurzy – tvořivé činnosti, kurz pracovníka v sociálních službách;
- Petr: cyklistika, další sportovní aktivity, nové projekty – tvorba;
- Lukáš: hudba, cestování a umění odpočívat, reiki, alternativní medicína;
- Karel: omezil hry na počítači, víc sportuje a věnuje se modelářství;
- Dan: cestování, setkávání s přáteli v čajovně, jóga, výlety s dětmi;
- Martin: intenzivně se snaží zajistit si další existenci a budoucnost.

Z výčtu aktivit, které informanti uvedli, je patrný růst pestrosti aktivit, kterým se začali věnovat po léčbě. Některé původní aktivity opustili, u většiny však zůstali a přidali k tomu další činnosti. Je tedy zřejmý i celkový nárůst aktivit. Za nejvýraznější změnu informanti označují přístup k tomu co, dělají nyní, na rozdíl od dřívějška, je zřejmý růst vnitřního zájmu. Současně je patrný pocit většího vnitřního naplnění jako výsledek kvalitnějších volnočasových aktivit.

6.5 Vliv na udržení abstinence

Jednou ze situací, v nichž se mohou objevit myšlenky na alkohol, je právě doba, kdy má člověk volno. Lze doslova říci, kdy nemá co na práci. To potvrzují také dotázaní ve svých výpovědích. Všichni se shodují na tom, že jakákoli smysluplná činnost pomáhá v danou chvíli odpoutat myšlenky od alkoholu. Z dlouhodobého hlediska má způsob trávení volného času pro udržení abstinence daleko hlubší význam. To, čemu se informanti věnují ve volném čase, především aktivity, které je vnitřně naplňují a za jejichž provozováním vidí nějaký smysl, je nejen momentálně zabaví, ale posunuje je dál, ať už se jedná o jakoukoliv činnost. Petr: *„pokud nezačnete dělat něco, co má pro vás smysl, těžko se volném čase zabavíte a ty myšlenky na pití pak přijdou“*. I Zuzana: *„proto jsem začala chodit na ty kurzy, abych ve volném čase nebyla sama a zaplnila ho něčím, co mě baví“*. Uvedenou tezi potvrzují i další informanti. Katka: *„rozhodně mi pomáhá nemyslet na pití, když dělám něco, co mě zajímá a baví“* a Jana dodává *„to, že to někam vede, že to má smysl do budoucna.“* Vliv na udržení abstinence pak má

z pohledu dotázaných nejen rozsah vykonávaných aktivit, ale především zaujetí, se kterým ke konkrétní činnosti přistupují a to, co jim vnitřně přináší. Podstatným momentem je zvolení vhodné aktivity právě z tohoto pohledu.

7 Shrnutí

Empirická část této práce byla zaměřena na problematiku trávení volného času závislých na alkoholu po léčbě závislosti. Výzkumné šetření bylo realizováno s lidmi, kteří se ze závislosti na alkoholu léčili a v současné době již nejméně jeden rok úspěšně abstinují. Na základě uskutečněných rozhovorů a stanovených výzkumných otázek pak byly definovány základní kategorie.

V úvodu kapitoly 6 *Výsledky výzkumného šetření* jsme nastínili problém chápání obsahu pojmu *volný čas* informanty. Nejedná se o pokus o definici, ale o pohled, který dále umožnil lepší pochopení významu sdělení jednotlivých účastníků rozhovoru.

První kategorií, která vyplynula z výzkumného šetření, je „*Naplňování volného času*“. Z rozhovorů vyvstala první otázka, kterou se většina zúčastněných zabývala buď již v průběhu léčby, nebo po jejím skončení, a to: **Čím naplním svůj volný čas?** Od této kategorie je pak odvozeno stanovení dalších stěžejních kategorií, které společně tvoří kostru empirické části.

Další kategorie označená „*Překážky*“ odpovídá na dílčí výzkumnou otázku: **Jaké jsou hlavní faktory, které determinují preferovaný způsob využívání volného času?** Otázka měla za cíl přinést soubor možných problémů, se kterými se mohou lidé po léčbě závislosti setkat, a to zejména v souvislosti s náplní a prosazováním upřednostňovaného způsobu trávení volného času. Z provedených rozhovorů je zřejmé, že se informanti potýkají jak s běžně zažívanými potížemi, které omezují každého z nás, jako jsou zdravotní problémy, komplikace s péčí o blízké osoby apod., ale v jejich případě se přidávají i další nesnáze spojené se změnou životního stylu. K nim řadí dotázaní nepochopení svých blízkých nebo problém setkávání s přáteli ve volném čase v pro ně bezpečném prostředí, kde nedochází ke konzumaci alkoholu.

Jakým způsobem se k problémům staví a jaká východiska nalézají, je rozebráno v rámci pojednání o kategorii „*Způsob řešení – taktika, strategie*.“ Ze získaných odpovědí byly vytvořeny subkategorie, ve kterých byly shrnuty informace poskytující odpovědi na dílčí výzkumnou otázku: **Jak pomáhá způsob trávení volného času odpoutat myšlenky od alkoholu?** Získané informace zároveň nepřímo odpovídají i na otázku týkající se změny životního stylu. Za jedno z nejvýznamnějších řešení považují informanti nalezení a provozování takových aktivit a zájmů, které je naplňují, dávají jim vnitřní smysl a posouvají je v jejich osobním a profesním životě. Tento poznatek nepřináší na první

pohled nic nového, nicméně v životě závislého člověka, který se rozhodl svůj život nastartovat, představuje významný posun. Za zajímavé zjištění je možné považovat také to, že dotazovaní zařazují následnou péči v oblasti léčby závislostí – doléčování – do svých volnočasových aktivit.

Z analýzy vyplynula jako další kategorie „*Zájemové činnosti*.“ Odpovídá na otázku: **Jaké činnosti realizované ve volném čase přispívají k udržení abstinence?** Provedené šetření ukazuje, že po skončení léčby se abstinující částečně vrací ke svým původním zájmům, které se snaží dále rozvíjet. Zároveň vyhledávají nové volnočasové aktivity, které jim pomáhají překonávat obtíže abstinence. Patrný je celkový nárůst vykonávaných aktivit, jejich kvality a různorodosti. Sami informanti jako nejvýznamnější změnu vnímají vyvolání vnitřního zájmu o aktivní prožívání volného času.

Nejabstraktnější ze zkoumaných kategorií je „*Vliv na udržení abstinence*.“ Odpovídá na dílčí výzkumnou otázku: **Nakolik je třeba změnit životní styl, aby abstinence byla udržitelná?** Změna životního stylu je individuální a záleží na každém z abstinujících, do jaké míry změni své typické zvyklosti a činnosti. Lze konstatovat, že už pouhá abstinence je významnou změnou životního stylu, ale těžko ji lze udržet bez dalších změn v dosavadním způsobu života. Informanti se shodují, že každá smysluplná činnost pomáhá v danou chvíli odpoutat myšlenky od alkoholu. To pomáhá řešit krátkodobý problém abstinence. Z dlouhodobého hlediska má způsob trávení volného času pro udržení abstinence hlubší význam, jako jeden z nástrojů postupné přeměny jejich životního stylu. K tomu přispívají zejména aktivity, které je vnitřně naplňují a za jejichž provozováním vidí nějaký smysl, které je posunují dál.

Na základě výše uvedených zjištění se můžeme pokusit o odpověď na hlavní výzkumnou otázku: **Jak ovlivňuje způsob trávení volného času jako jedna z významných kvalit života udržení abstinence v životě závislého člověka po léčbě závislosti?** Je patrné, že vliv způsobu trávení volného času na udržení abstinence po léčbě závislosti lze vymezit ve dvou časových horizontech. Z krátkodobého hlediska jde o podporu při překonávání momentálních obtíží abstinence. Dlouhodobě jde o změny životního stylu, které by eliminovaly nebezpečí recidivy a zajistily růst kvality života abstinujícího jedince. Tento cíl mohou pomoci naplnit především aktivity, které abstinující vnitřně naplňují, přinášejí do jejich života určitý smysl a posunují je dál v jejich snaze o sebeovládání a zvýšení kvality vlastní osobnosti.

Závěr

Cílem práce bylo zkoumat způsob trávení volného času u alkoholově závislých po léčbě. Předpokladem bylo, že člověk, který začal nadužívat alkohol a závislosti propadl, nahradil svůj volný čas a zájmy pitím. Léčba závislosti pak představovala jistý předěl v jeho životě. Po ukončení léčby nastaly v životě závislého člověka určité změny. Za jednu z nejvýznamnějších lze označit přijetí abstinence jako nového způsobu života. V práci jsem se soustředila na volný čas jako na specifickou součást kvality života, která se podílí na celkové spokojenosti člověka, a proto se zaměřila právě na změny v oblasti trávení volného času těchto lidí.

Tento cíl se podařilo splnit. Výsledky práce ukazují, že lidé, kteří prošli léčbou závislosti na alkoholu, považují celkovou změnu životního stylu za významnou pro udržení abstinence. V rámci této změny pak právě oblast volného času a jeho využití hraje podstatnou úlohu.

Prvním dílčím cílem bylo získat od respondentů takové informace, které by mohly v budoucnu pomoci nasměrovat další pacienty a zajistit jejich lepší připravenost na možná úskalí, se kterými se budou setkávat. Tento dílčí cíl byl naplněn v průběhu výzkumného šetření, které poskytlo dostatek informací pro budoucí využití.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, nakolik jsou jednotlivé funkce volného času naplňovány v životě respondentů. Součástí tohoto zkoumání bylo sledování významu volného času z hlediska kvality života lidí, kteří chtějí se svou závislostí na alkoholu bojovat a hledají smysl života. Výsledky šetření ukázaly, že není tak důležité, jakými aktivitami se informanti zabývají (přirozeně za předpokladu přiměřenosti jejich zájmům, schopnostem a možnostem), ale že je podstatné, nakolik jim tyto aktivity přinášejí vnitřní uspokojení a vzdalují je od myšlenek na alkohol.

V závislosti na výzkumném problému a na stanoveném cíli práce byla definována hlavní výzkumná otázka: *Jak ovlivňuje způsob trávení volného času jako jedna z významných kvalit života udržení abstinence v životě závislého člověka po léčbě závislosti?*

Sběrem dat jsem zjistila, že je třeba odpověď rozdělit do dvou časových horizontů. V první etapě i nárazové, ale především pravidelné volnočasové aktivity pomáhají abstinujícím překonat chutě na alkohol, případně jim umožňují od něj alespoň na chvíli odpoutat myšlenky. Dlouhodobě pak jde o zásadní změnu životního stylu, což ve svém

důsledku eliminuje nebezpečí recidivy a zvyšuje kvalitu života dotazovaných abstinujících osob. Účinné jsou v tomto ohledu zejména aktivity, které považují informanti za „smysluplné“ či „vnitřně naplňující“, které rozvíjejí jejich schopnost sebekontroly i dalších osobnostních kvalit.

Při realizaci volnočasových aktivit jsou abstinující limitováni stejnými problémy jako běžná populace – například omezenými časovými možnostmi, zdravotními potížemi apod. Navíc však často čelí nepochopení ze strany svých blízkých či rizikům prostředí, v němž své zájmy rozvíjejí. Jedná se zejména o masové užívání alkoholu běžnou populací, která často nabývá rituálů stmelujících určitou skupinu – například obligátní konzumace alkoholu po sportovních trénincích.

Abstinující mají tendenci vracet se ke svým původním zájmům. Současně se ovšem snaží hledat ty, které by jim pomáhali překonávat úskalí abstinence. Uvádějí také, že oproti minulosti mají větší vnitřní potřebu aktivně odpočívat. Viditelný je celkový nárůst vykonávaných aktivit, roste jak jejich kvalita, tak různorodost. Za jednu z nejvýznamnějších změn označují vyvolání vnitřního zájmu o aktivní prožívání volného času. Velmi zajímavým zjištěním pro mne bylo, že doléčovací aktivity řadí někteří z nich mezi volnočasové.

Ukázalo se, že změna životního stylu je individuální a záleží na individualitě abstinujících, nakolik dokáží změnit své zvyklosti a činnosti. Konstatuji znovu, že již sama abstinence je významnou změnou životního stylu. Je však patrné, že ji lze těžko udržet bez dalších změn v dosavadním způsobu života závislých. Informanti shodně vypovídají, že každá činnost, která je vnitřně naplňuje, pomáhá v danou chvíli odpoutat jejich myšlenky od alkoholu.

Zjištění poskytují informace o změnách ve způsobu trávení volného času, které závislým lidem pomáhají v udržení abstinence po léčbě závislosti, a dokládají nutnost soustředit se na tuto oblast kvality života jak již v průběhu léčby závislosti, tak i po jejím zakončení. Získané poznatky mohou být přínosem pro všechny odborníky, kteří se léčbou závislosti a následnou péčí zabývají. Zároveň mohou být prospěšné všem, kteří se o problematiku závislosti zajímají, zejména pak samotným závislým a jejich rodinným příslušníkům.

V rámci léčby závislosti, ale především v následné péči, bych doporučila věnovat zásadní pozornost otázce naplňování volného času a podpoře pacientů ve výběru

vhodných volnočasových aktivit s ohledem na jejich zájmy, schopnosti a možnosti. Předložená práce ukazuje, že vhodná organizace a smysluplné naplňování volného času jsou významnými faktory podporujícími udržení abstinence.

Použitá literatura

Knižní zdroje:

- BALCAR, K. Realita svědomí: psychologická nebo existenciální? In PAYNE, J. A KOL. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
- DUFFKOVÁ, J.; URBAN, L.; DUBSKÝ, J. *Sociologie životního stylu*. Vyd. 2. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2008. 237 s. ISBN 978-80-7380-123-6.
- FISCHER, S.; ŠKODA, J. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada, 2009. 224 s. ISBN 978-80-247-2781-3.
- GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výskumu*. 4. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 2008. 269 s. ISBN 978-80-223-2391-8.
- HÁJEK, B.; HOFBAUER, B.; PÁVKOVÁ, J. *Pedagogické ovlivňování volného času: současné trendy*. Praha: Portál, 2008. 239 s. ISBN 978-80-2620-030-7.
- HAMPL, K. Lékařská ambulantní péče o závislé. In KALINA, K. A KOL. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. 2 sv. ISBN 80-86734-05-6.
- HELLER, J.; PECINOVSKÁ, O. *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga, 2011. 215 s. ISBN 978-80-87258-62-0.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
- HOFBAUER, B. *Děti, mládež a volný čas*. Praha: Portál, 2004. 176 s. ISBN 80-7178-927-5.
- KALINA, K. A KOL. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. 2 sv. ISBN 80-86734-05-6.
- KRAUS, B.; HRONCOVÁ, J. A KOL. *Sociální patologie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. 325 s. ISBN 978-80-7041-896-3.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-551-2.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
- KUBÁTOVÁ, H. *Sociologie životního způsobu*. Praha: Grada, 2010. 272 s. ISBN 978-80-247-2456-0.

- KUDA, A. Následná péče, doléčovací programy. In KALINA, K. A KOL. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. 2 sv. ISBN 80-86734-05-6.
- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- MÜHLPACHR, P. *Sociální patologie*. Brno: MU v Brně, 2002. 104 s. ISBN 80-210-2511-5.
- NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 4. vyd. Praha: Portál, 2011. 173 s. ISBN 978-80-7367-908-8.
- NEŠPOR, K.; CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí: příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. 203 s. ISBN 80-85121-52-2.
- PELIKÁN, J. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2011. 270 s. ISBN 978-80-246-1916-3.
- PIGOU, A. C. *The Economics of Welfare I., II*. London: MacMillan & Co., 1920. 2 sv. ISBN sine.
- POPOV, P. Alkohol. In KALINA, K. A KOL. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. 2 sv. ISBN 80-86734-05-6.
- PROFOUS, J. *Průvodce alkoholovou závislostí: především pro ženy pijících partnerů*. Praha: Galén, 2011. 108 s. ISBN 978-80-7262-820-9.
- PROFOUS, J. Úvahy o ambulantní léčbě závislostí. In HELLER, J.; PECINOVSKÁ, O. *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga, 2011. 215 s. ISBN 978-80-87258-62-0.
- RAPLEY, M. *Quality of Life Research: A Critical Introduction*. London: SAGE Publications, 2003. 286 s. ISBN 978-0-76-195457-6.
- SKÁLA, J. *Alkoholismus: terminologie, diagnostika, léčba, prevence*. Praha: SZN, 1957. 230 s. ISBN sine.
- SPOUSTA, V. A KOL. *Teoretické základy výchovy ve volném čase*. Brno: MU v Brně, 1994. 183 s. ISBN 80-210-1007-X.
- STRAUSS, A.; CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Albert, 1999. 196 s. ISBN 80-85834-60-X.

ŠVAŘÍČEK, R.; ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

THORNDIKE, E. L. *The Measurement of Intelligence*. New York: Bureau of Publications, Teacher's College, Columbia University, 1927. 616 s. ISBN sine.

TUČEK, M. *Dynamika české společnosti a osudy lidí na přelomu tisíciletí*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. 428 s. ISBN 80-86429-22-9.

VAĐUROVÁ, H.; MÜHLPACHR, P. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: MU v Brně, 2005. 143 s. ISBN 80-210-3754-7.

VÁŽANSKÝ, M.; SMÉKAL, V. *Základy pedagogiky volného času*. Brno: Paido, 1995. 176 s. ISBN 80-901737-9-9.

VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X.

Periodika:

SCHUMPETER, J. A. On the Concept of Social Value. In *Quarterly Journal of Economics* vol. 23, 1908-9. 213-232. ISSN 0033-5533.

NEŠPOR K. Závislosti na alkoholu – diagnostika a léčba dnes. In *Psychiatrie* 2011; 15(3):154-159. ISSN 1211-7579. Dostupné též z: <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>. [cit. 2014-05-21].

Elektronické zdroje:

MKN-10. Dostupné na: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/seznam.html>. [cit. 2014-05-18].

Volný čas a prevence u dětí a mládeže. Praha: MŠMT – odbor pro mládež, 2002. Dostupné na: <http://aplikace.msmt.cz/PDF/Volnycas.pdf>. [cit. 2014-04-30].

Publikováno WHO. Dostupné z: http://www.who.int/topics/mental_health/en/. [cit. 2014-04-27].

<http://www.bohnicebezhranic.cz/cs/pribehy-nemoci/dualni-diagnoza/popis-nemoci/>. [cit. 2014-07-05].

<http://aplikace.msmt.cz/PDF/Volnycas.pdf>. [cit. 2014-05-08].

<http://www.drnespor.eu/addictcz.html> [cit. 2014-04-16].

Příloha č. 1

Otázky pro polostrukturovaný rozhovor

- Jakým způsobem využíváte volný čas?
 - ✓ Čemu se v rámci volnočasových aktivit věnujete?
 - ✓ Do jaké míry vám vaše současné aktivity vyhovují?
- Co se změnilo ve vašich volnočasových aktivitách oproti době před zahájením léčby?
 - ✓ Jaké byly vaše původní zájmy, čemu jste se věnoval/a nejraději?
 - ✓ Jaké nové zájmy se u vás objevily po léčbě, čemu se v současnosti věnujete nejraději?
 - ✓ Která ze současných volnočasových aktivit má pro vás největší význam?
 - ✓ Jak vaše okolí tyto změny vnímá?
- Pomáhá vám to, čemu se ve volném čase věnujete odpoutat myšlenky od alkoholu?
- Jak jste změnil/a své návyky a zvyklosti v běžném životě?
- Co vám brání ve vašich volnočasových aktivitách?
 - ✓ Jak se s překážkami vypořádáváte?