



JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Determinanty vzniku alkoholismu a jeho vliv na kvalitu života jedince  
i jeho rodinných příslušníků  
(bakalářská práce)**

Vedoucí práce: MUDr. Dana Dvořáková

Autor: Andrea Krumanová, Dis.

Datum: 16.08.2010

## **ABSTRACT**

The Bachelor's Thesis titled "Determinant of Alcoholism Development and its Impact on Individual's and his/her Relatives' Quality of Life" is divided in two parts. Theoretical part discusses alcohol addiction in general – it includes a description of classification, typology, developmental stages and characteristics of alcoholism, biology, psychology, family and social factors leading to addiction development, consequences of alcoholism, and prevention while the closing part is devoted to quality of life. Practical part defines an objective of the thesis and includes hypotheses that open the major research part of the thesis. A chapter "Methodology" follows that describes a research procedure and used means for confirmation or disproving of the specified objectives and hypotheses. The following chapter called "Results" contains tables and charts with the final values and their written description. Information acquired from the research is then critically discussed. The research objectives are: I. using the sample of 162 clients addicted to alcohol establish the most frequent causes of alcoholism development, describe them and confirm H1: Causes for alcoholism development are multifactorial, a significant role is played by family and upbringing. Additionally, II. Two describe in the research using a group consisting of 48 individuals (out of which the exact half is addicted to alcohol and the other exact half consists of the relatives of the alcohol addicts) an impact of alcoholism on the quality of life of an individual and his/her relatives and thus confirm or disprove H2: Alcoholism reduces quality of life of individuals themselves as well as their closer family. Data for both researches of the selected patients were collected using quantitative method of survey, namely questionnaires. For meeting the first objective of the thesis, own questionnaire was used and a standardized questionnaire SF-36 Health Related Quality of Life focusing on 8 domains was used to confirm the second conclusion of the thesis. The first research shows that the family and upbringing factor is dominant for the sample of respondents. Over one half of the clients comes from single-parent families having problems with alcohol, they felt lack of love, from their Father, smaller percentage from their Mother, they had low self-confidence and felt lack of meaningful leisure time

activities - hobbies, they suffered from stress at work or were unemployed with insufficient education, isolated etc. Causes thus seen to be multifactoral confirming H1. The second research shows that the impact of alcohol on the individuals themselves and their closer family is such that it definitely reduces quality of their lives, mostly in the field of emotions and social restriction of roles, mental health and vitality. Drop in physical performance and health in general including feeling of pain also shows a significant decrease against Oxford standard. Family members of the alcohol addicts that are engaged in a close relationship with an addict felt emotional limitation in roles and reduction in vitality to a large extent and did not achieve even a half of the average European standard score. With respect to the given research conclusions and results I propose mainly to appeal for prevention and potential timely and complex therapy focusing mainly on psychotherapeutic and psychological activities that could reveal the cause and thus increase a chance for curing that would enable the individuals as well as their closer family life high – quality and thus happier lives.

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce „Determinanty vzniku alkoholismu a jeho vliv na kvalitu života jedince a jeho rodinných příslušníků“ je rozdělena na dvě části. Teoretická část pojednává obecně o závislosti na alkoholu – obsahuje popsání klasifikace, typologie, vývojových stádií a znaků alkoholismu, biologických, psychologických, rodinných a sociálních faktorů vzniku závislosti, důsledků alkoholismu, prevence a závěr této části je věnován kvalitě života. V části praktické je vytyčen cíl práce a jsou stanoveny hypotézy, čímž je zahájen vlastní výzkum práce. Následuje kapitola „metodika“, kde je popsán postup výzkumu a použité prostředky k potvrzení nebo vyvrácení uvedeného cíle a stanovených hypotéz. Navazující kapitola „výsledky“ obsahuje tabulky a grafy s výslednými hodnotami a jejich slovním popisem. Informace získané z výzkumu jsou konfrontovány v diskusi. Cíle práce jsou ve výzkumu I. zjistit u vzorku v počtu 162 klientů závislých na alkoholu, nejčastější příčiny vzniku alkoholismu a popsat je a potvrdit tak H1: Příčiny vzniku alkoholismu jsou multifaktoriální, s významným podílem vlivu rodiny a výchovy. A dále ve výzkumu II. popsat u souboru skládajícího se ze 48 jedinců, (z nichž přesná polovina byla na alkoholu závislých, a druhá polovina byli příbuzní závislých) vliv alkoholismu na kvalitu života jedince a jeho rodinných příslušníků a potvrdit tak, či naopak vyvrátit H2: Alkoholismus snižuje kvalitu života jedinců samotných i jejich blízkých. Data od vybraných pacientů byla u obou výzkumů sebrána kvantitativní metodou dotazování, technikou dotazníků. Pro splnění 1. cíle práce byla použita technika dotazníku vlastního a k ověření druhého záměru práce, pak standardizovaného dotazníku SF-36 o kvalitě života podmíněné zdravím (Health Related Quality of Life), který se zabývá 8 doménami. Z výzkumu I. vyplývá, že faktor rodiny a výchovy je u vzorku respondentů dominantní. Klienti v nadpoloviční většině pocházeli z neúplných rodin, vyskytoval se u nich problém s alkoholem v rodině, cítili nedostatek lásky ze strany otce, v menším procentu i u matky, chyběla jim pevná pravidla ve výchově, měli nízké sebevědomí, v jejichž životě postrádali smysluplnou volnočasovou aktivitu – zájmy, trpěli stresem v zaměstnání nebo byli nezaměstnaní s nedostatečným vzděláním, osamocení, atd. Příčiny se tedy jeví jako multifaktoriální, čím potvrzují

hypotézu H1. Z výsledků výzkumu II. je patrné, že vliv alkoholu je na jedince samotné i jejich blízké jednoznačně takový, že snižuje kvalitu jejich životů, nejvíce v oblasti emocí a sociálního omezení rolí, duševního zdraví a vitality. Pokles fyzické výkonnosti a celkového zdraví včetně vnímání bolesti také ukazuje nezanedbatelný pokles oproti standardu Oxford. Příbuzní závislých respondentů angažující se ve vztahu k blízkému závislému ve velké míře pociťovali emoční omezení rolí a pokles vitality, kde nedosahovali ani poloviny hodnot průměrného skóre evropského standardu. Vzhledem k uvedeným závěrům a výsledkům výzkumu navrhuji především apel na prevenci a eventuelní včasnou a především komplexní léčbu s velkým poměrem psychoterapeutické a psychologické činnosti, která by vedla k odhalení příčina, a tím zvětšila šanci na vyléčení, které by jedincům a jejich blízkým umožnilo vést hodnotnější tedy spokojenější a šťastnější život.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách, v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 11/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne: 16.08.2010

Podpis studenta .....

### **Poděkování**

Ráda bych poděkovala MUDr. Daně Dvořákové, že se ujala odborného vedení práce. Poděkování náleží i Mgr. Haně Kalové za její velkou ochotu k odborným konzultacím při zpracování výzkumné části práce, za totéž patří dík Doc. MUDr. Petru Petrovi, Ph.D. Rovněž děkuji mé rodině za trpělivost a podporu ve studiu.



## Obsah

Úvod	
1. Současný stav	12
1.1 Co je alkoholismus	12
1.2 Definice závislosti a alkoholismu	13
1.3 Syndrom závislosti	13
1.4 Klasifikace a typologie závislosti na alkoholu	15
1.5 Znaký závislosti	16
1.6 Teorie alkoholismu	18
1.7 Biologické, psychologické, rodinné a sociální faktory vzniku závislosti ..	20
1.7.1.1 Biologické faktory	21
1.7.1.2 Psychologické faktory	21
1.7.1.3 Rodinné faktory	22
1.7.1.4 Sociální faktory	28
1.8 Důsledky alkoholismu	29
1.8.1 Somatické a psychické důsledky	29
1.9 Primární, sekundární a terciální prevence vzniku závislosti	30
1.9.1 Primární prevence	30
1.9.2 Sekundární prevence	30
1.9.3 Terciální prevence	31
1.10 Kvalita života závislých a jejich blízkých	32
2. Cíl práce a hypotézy	38
2.1 Cíl práce	38
2.2 Hypotézy	38
3. Metodika	39
3.1 Použitá metodika	39
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru	41
4. Výsledky	42
5. Diskuse	87
6. Závěr	94

7. Klíčová slova .....	96
8. Seznam použitých zdrojů .....	97
9. Přílohy .....	103

## ÚVOD

Zdraví a kvalita života lidí jsou dnes užíváním alkoholu a jiných psychoaktivních látek vážně ohroženy. Jejich požívání má významné důsledky sociální, etické, ekonomické i forenzní. Česká republika patří dlouhodobě v celosvětovém žebříčku mezi státy s největší spotřebou alkoholu, kdy jej požívá 25% mužské a 5% dospělé ženské populace, z nichž 6000 až 7000 je na alkoholu závislých, přitom mužů je dvakrát víc než žen, ale ženy je rychle dohánějí. Dost na tom, že naše genetická výbava nás může predisponovat k mnoha nemocem, že naše zhoršující se životní prostředí, nám k uzdravení příliš nepomáhá, že se objevují nové a nové nemoci, které mnohdy nejsou vyléčitelné. Je tu tolik potenciálních faktorů, které nám naši cestu životem mohou přinejmenším zkomplikovat. Proč tedy podstupovat další riziko v podobě zneužívání alkoholu, když naše životy jsou pak tímto počínáním ještě více ohroženy?! Ve své práci se budu snažit odpovědět nejen na tuto otázku. Cíl, který jsem si před započítím psaní práce dala, byl snažit se zjistit a popsat nejčastější příčiny vzniku alkoholismu a potvrdit fakt negativního vlivu této závislosti na kvalitu života nejen samotného jedince, ale i jeho blízkých. Myslím, že kromě akcentování těchto faktů, je jistě i opodstatněný apel na prevenci. Mít hluboce v mysli zaryté, jak velký nám byl dán dar žít, ať nám všem je po tom stopkou, když se ocitneme na křižovatce a nejsme schopni poznat, kudy vede ta pravá z cest. Zdraví a kvalita života lidí jdou spolu po jedné jediné cestě - cestě životem. Jsou nerozlučnými partnery v dobrém i zlém, kteří by třeba jen zdravím rozumem měli dojít k uvědomění si k faktu, že jejich vzájemná spolupráce, jejichž základem je komunikace mezi nimi jim pomůže dojít, alespoň tam, kam budou mít sílu, motivaci a chuť.

## 1. SOUČASNÝ STAV

### 1.1 Co je alkoholismus

Nadměrná konzumace alkoholických nápojů, s kterou se setkáváme v našem životě nezřídka, bývá označována jako „*alkoholismus*“. Tento termín je připisován švédskému lékaři Magnussu Hussovi, který v roce 1849 toto označení osob závislých na alkoholu poprvé použil. Trvalo, ale dalších 100 let, než díky WHO v roce 1951 byl alkoholismus oficiálně používán za medicínský problém, tak popisuje terminologii Popov v KALINOVÍ<sup>1</sup>. BUTKOVÁ<sup>2</sup> ve svém článku volně překládá definici WHO podle které: „je alkoholikem člověk, jehož závislost na alkoholu dosáhla takového stupně, že mu působí zřetelné poruchy a újmy ve společenských vztazích, ve společenské činnosti a na tělesném i duševním zdraví.“ V Terminologickém slovníku cit. 5, s. 19 se o alkoholismu píše jako o termínu všeobecně užívaném pro chronické, kontinuální pití nebo periodickou konzumaci alkoholu, „která je charakterizována porušením kontroly pití, častými intoxikacemi a nadměrným zaměstnáváním se alkoholem a pokračováním v pití navzdory různým nepříjemnostem.“ V roce 1990 American Society of Addiction Medicine, jak je uvedeno v Terminologickém slovníku cit. 5, s. 20 definovala alkoholismus jako: „primární, chronickou chorobu, jejíž projevy a průběh ovlivňují genetické, psychosociální faktory a vlivy prostředí. Choroba je často progredující a smrtelná. Jsou pro ni typické narušení kontroly pití, nadměrné zaměstnávání se myšlenkami na alkohol, požívání alkoholu i přes nepříznivé účinky, změny v myšlení, zvláště výrazné je popírání pití.„Síla, kterou Démon alkohol dodává, není jen zdánlivá. Je to skutečná síla. Je však vybičována ze samého zdroje síly, a proto se za ni, přece jen musí zaplatit úroky. Ale kterýpak vyčerpaný člověk myslí tak daleko dopředu?“, tak ve své knize píše LONDON<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> KALINA, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. s. 55. ISBN 978-80-247-1411-0.

<sup>2</sup> BUTKOVÁ, E. Vzpomínky alkoholika podle Jacka Londona. *Psychologie dnes.*, 2008, roč. 14, č. 1, s. 44 -47. ISSN 1212-9607.

<sup>3</sup> LONDON, J. *Démon alkohol*. Praha: Labyrint, 1999. ISBN 80-85935-30-9.

## 1.2 Definice závislosti

Podle DSM-III-R<sup>4</sup> je závislost definována jako „soubor kognitivních behaviorálních a fyziologických symptomů, které nasvědčují, že daná osoba má narušenou kontrolu užívání psychoaktivních látky a pokračuje v jejím užívání i přes negativní důsledky“. Zhruba stejně definuje syndrom závislosti MKN-10. Podle ní lze termínu závislosti použít obecně na kteroukoliv součást syndromu. Termínu se často používá promiskue a chorobným návykem (addiction) a s alkoholismem jak se uvádí v Terminologickém slovníku<sup>5</sup>. Komise expertů WHO zavedla v roce 1964 závislost jako nový termín nahrazující původní označení toxikomanie a návyk (habituation)<sup>6</sup>.

## 1.3 Syndrom závislosti

**Syndrom závislosti** (statistický kód F1x. 2. Na místo x před desetinnou tečku se doplňuje látka- F10.2 – závislost na alkoholu): Je to skupina 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 předtím cenil více, takto uvádí NEŠPOR<sup>7</sup>. Odpovídající pro označení síly touhy, mohou být slovo chtíč nebo žádostivost jak přibližuje MINAŘÍK<sup>8</sup>. Hlavní popisnou charakteristikou syndromu závislosti je často silná někdy, až přemáhající touha požit psychoaktivní látku, alkohol nebo tabák. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během 1 roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů, které dle WHO uvádějí NEŠPOR s MINAŘÍK cit. 7, 8.

---

<sup>4</sup> **AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*. 3. rd. (revised). Washington, D.C: American Psychiatric Association, 1987.

<sup>5</sup> **PSYCHIATRICKÉ CENTRUM PRAHA.** *Terminologický slovník*. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2000. str.78 . ISBN 80-85121-08-5.

<sup>6</sup> **WHO EXPERT COMMITTEE ON ADDICTION- PRODUCING DRUGS.** *Thirteenth Report of the WHO Expert Committee*. Geneva: World Health Organization, 1964.

<sup>7</sup> **NEŠPOR, K.** *Návykové chování a závislost, Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha : Portál, 2000, revize 2002. str. 14-15. ISBN 80-7178-432-X

<sup>8</sup> **MINAŘÍK, J.** *Definice závislosti*. [online] 18. 04. 2007 [cit. 2009-12-12]. Dostupné z: <http://www.drogy.net/portál/13um113hes-drogy/zavislost-4/definice-zavislosti.html>.

- **silná touha nebo pocit puzení** užívat látku;
- **potíže v sebeovládání**, při užívání látky
- **užívání látky k odstranění tělesných odvykacích příznaků**. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá látka příbuzná – s podobnými účinky.
- **průkaz tolerance** (potřeba vyšších dávek drogy k dosažení žádoucího stavu)
- **zanedbávání jiných zájmů a potěšení než je užívání drogy** ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k užívání nebo získání látky, nebo zotavení se z jejího účinku
- **pokračování v užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků užívání** (depresivní stavy, nákaza virovou žloutenkou při injekční aplikaci, cirhóza jater při užívání alkoholu apod.)

Závislost se často dělí, jak popisuje MINAŘÍK, cit. 5. : na *tělesnou (fyzickou)* a *psychickou*. Psychologická nebo psychická závislost se týká prožitku zhoršené kontroly pití nebo užívání drogy, zatímco fyziologická nebo fyzická závislost se opírá o toleranci a odvykací symptomy. KALINA cit 1, s. 55 píše o tomto druhu závislosti, že: „znamená syndromový komplex s jádrovým, psychickým cravingem, k němuž se přiřazuje narušená kontrola užívání, zaujetí užíváním a jeho pokračování navzdory následkům“: Závislost zkřížená (cross dependenc) je farmakologický termín označující schopnost látky potlačit příznaky vyvolané odnětím jiné látky a udržovat tak stav fyzické závislosti. Následkem tohoto jevu pak je, že závislost na látce snáze vzniká v těch případech, je-li již jedinec závislý na látce podobné (např. alkohol + benzodiazepiny nebo barbituráty – látky se sedativními účinky), což je uvedeno v TERMINOLOGICKÉM SLOVNÍKU, cit. 2, s. 79.

#### 1.4 Klasifikace, typologie a vývoj závislosti na alkoholu.

Poruchy vyvolané nadměrným užíváním alkoholu jsou v MKN-10 uvedeny v oddílu F10. Z psychiatrického hlediska lze tyto poruchy rozčlenit do dvou základních skupin, jak uvádí KALINA<sup>9</sup>:

1, *poruchy, které jsou způsobeny přímým účinkem alkoholu na centrální nervový systém*, ať již bezprostředně (intoxikace alkoholem), či jako následek chronického abusu alkoholu (odvykací stav, psychotická porucha, syndrom závislosti na alkoholu)

2, *poruchy, které se projevují návykovým chováním*, souvisejícím s abusem alkoholu (narušení kontroly užívání) souvisejí s abusem alkoholu (narušená kontrola užívání) a které mohou vyústit v závislost.

V odborné literatuře bývá dosud citována klasická Jellinekova *typologie* z r. 1940. Jellinek rozlišuje 5 typů závislostí na alkoholu, jak uvádí SKÁLA<sup>10</sup> :

- **Typ alfa:** „problémové pití“, abusus alkoholu požívačný jak „lék“ k odstranění dysforie, tenze, úzkosti nebo depresivních pocitů, často pití o samotě.
- **Typ beta:** „společenské pití“, příležitostné pití, charakterizované častým pitím ve společnosti s následkem somatického poškození.
- **Typ gama:** „anglosaský typ“ (preferenci piva a destilátů), závislost na alkoholu charakterizovaná poruchami kontroly pití, postupným zvyšováním tolerance k alkoholu, s typickou progresí konzumace, následovaná somatickým a psychickým poškozením s výraznějším výrazem psychické závislosti.
- **Typ delta:** „románský typ“ (preferující víno), typická je chronická obvykle denní konzumace alkoholu, trvalé udržování „hladinky“, bez

---

<sup>9</sup> KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 151. ISBN 50-86734-05-6.

<sup>10</sup> SKÁLA, J. et al. *Závislost na alkoholu a jiných látkách*. Praha: Avicenum, 1987.

výrazných projevů opilosti a ztráty kontroly, ale výraznějším vyjádřením somatické závislosti s tělesným poškozením.

- **Typ ypsilon:** „kvartální pijáctví“, dipsomanie, epizodický abusus, s obdobími různě dlouhé abstinence, nepříliš častý typ.

**Vývoj závislosti** ve čtyřech vývojových stádiích, jak jej popsal SKÁLA<sup>11</sup>:

1, počáteční – *symptomatické*, mírný konzum alkoholu

2, rozhodné – *krucinální*, tajné pití, výpadky paměti („palimpsesty“)

3, varovné – *prodromální*, tzv. kritická fáze, ztráta kontroly, výrazná psychická závislost

4, konečné - *terminální*, poškození orgánů

Němečtí lékaři Gohlert a Kuhn<sup>12</sup> označily stádia alkoholové závislosti takto:

1. fáze – *počáteční*, mírná konzum alkoholu

2. fáze- *prodromální*, tajné pití, výpadky paměti („palimpsesty“)

3. fáze- *kritická fáze ztráty kontroly a abstinence*, výrazná psychická závislost

4. fáze- *chronická*, poškození orgánů, záněty, krvácení

## 1.5 Znaký závislosti

1. znak: ***Silná touha nebo pocit puzení užívat látku – bažení, carving.***

Je jedním z podstatných znaků závislosti, nutková touha užít drogu je spojená s kompulsivním užíváním drogy. Jak píše KALINA, cit. 1, s. 33: „Přesný mechanismus carvingu není přesně znám, nicméně je zřejmé, že carving (alespoň jeho typ odpovídající nejvíce pojmu touha) souvisí zejména s dysbalancí dopaminergního systému“. Bažení se dostavuje při odnětí drogy nebo během abstinence při kontaktu

---

<sup>11</sup> SKÁLA, ....až na dno!?. Praha: Avicenum, 1988. S. 42-44.

<sup>12</sup> CH., GOHLERT, F., KUHN. *Od návyku k závislosti*. Praha: Ikar, 2001. S. 88. ISBN 80-7202-950-9.



s drogou či při setkání s kontextem s potencionálním užitím drogy. NEŠPOR cit. 7. s. 16 popisuje některé objektivní projevy při psychickém bažení: oslabení paměti, nálezy týkající se aktivace určitých částí mozku, prodlužuje se reakční čas- zhoršuje se postřeh, vyšší salivace (slinění), zvýšení tepové frekvence atd.

## 2. znak: ***Odvykací stav***

KALINA, cit. 1, s. 34. poukazuje v souvislosti s odvykacím stavem, že na udržování užívání drogy u závislého jedince se nepodílí jen libostní složka efektu alkoholu nebo kterékoli jiné drogy (pozitivní posilování), ale poté i negativní posilování, a to především snaha vyhnout se odvykacímu stavu. Abstinenční symptomy jsou natolik nepříjemné, že nutí jedince požit alkohol nebo jinou drogu, na které je závislí, aby potlačil tyto nepříjemné abstinenční stavy. VETULANI<sup>13</sup> a NESTLER<sup>14</sup> uvádí, že nejsilnější odvykací stavy se vyskytují právě u alkoholu a ostatních drog s tlumivým účinkem. Lze tedy předpokládat, že minimálně fyzický odvykací stav souvisí více s tímto tlumivým efektem než se samotnými odměňujícími vlastnostmi alkoholu.

## 3. znak: ***Potíže v sebeovládání***

NEŠPOR<sup>15</sup> Sebeovládání se jasně týká chování. Jedinec si špatně uvědomuje sám sebe a své emoce. Malé sebevědomí může souviset i s nadměrnou únavou a dlouhodobým vyčerpáním. Sebeovládání souvisí s bažením.

## 4. znak: ***Růst tolerance***

NEŠPOR cit. 7, s. 23. píše, že: „ tolerance se projevuje tím, že k dosažení stejného účinku je třeba vyšších dávek látek, nebo že stejné dávky mají nižší účinek“. KALINA cit. 1, s. 153. doplňuje, že pro vývoj tolerance na alkohol je charakteristické, že s rozvojem závislosti dochází zpočátku k jejímu zvyšování. Osoba závislá na alkoholu

---

<sup>13</sup> VETULANI, J. Drug addiction. Part II. Neurobiology of addiction. *Polish Journal of Pharmacology*, 53, p. 303-317.

<sup>14</sup> NESTLER, E. J. Total recall – the memory of addiction. *Science*, 292, p. 2266-2267.

<sup>15</sup> NEŠPOR, K. *Jak zlepšit sebeovládání*. Ústí nad Orlicí: Oftis, 2007. S. 10. ISBN 978-80-86845-67-8.

je tak schopná denně konzumovat velké množství alkoholu a přitom se nechovat obzvláště nápadně, nepůsobit dojem opilého člověka.

5. znak: ***Zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů***

NEŠPOR cit. 7, s. 24. Ve své knize popisuje důležitý znak, a to ten, že při závislosti na alkoholu nebo jiných psychoaktivních látkách dochází k zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch látky, na které je jedinec závislý.

6. znak: ***Pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků***

NEŠPOR cit. 7, s. 25. uvádí toto: „Aby byl tento příznak diagnosticky validní, musí být pacient o škodlivých následcích informován“. Jestliže jedinec pokračuje v návykovém chování i po té, co je informován, pak se o znak závislosti jedná.

## **1.6 Teorie alkoholismu**

Definovali jsme závislost, syndrom závislosti, co je alkoholismus, jaké má znaky, jak se klasifikuje a vyvíjí, a tak je nasnadě otázka: Proč lidé nadměrně pijí alkohol a proč v tom nepřestávají a stávají se alkoholiky a přinejmenším snižují kvalitu svého života i života svých blízkých? Nápomocné k odpovědi na tyto zdánlivě jednoduché otázky mi jsou shrnuté poznatky teorií, tak jak je ve své knize uvádí KŘIVOHLAVÝ<sup>16</sup>:

- ***Morální teorie*** stála na počátku tvorby teoretických koncepcí, vycházející z principu toho, že nějaké chování je morálně správné jiné naopak morálně nepřipustné. Chování alkoholiků bylo z tohoto hlediska jednoznačně vnímáno jako nepřipustné.
- ***Genetický model***, podle něhož je alkoholismus projevem dědičnosti. Výborným „nástrojem“ k tomuto pojetí byla studie dvojčat, která naznačila, že určitá, ne však příliš velká část chování alkoholiků je pravděpodobně geneticky ovlivnitelná (asi 16 %).

---

<sup>16</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. S. 198-202. ISBN 80-7178-551-2.

- **Pojetí alkoholismu jako nemoci.** Soubor projevů, které je možno pozorovat u lidí, kteří propadají alkoholu, se výrazně mění – od začátku pití, až po delirium. Teorie pojetí alkoholismu jako nemoci přináší rozpracovaný průběh změn příznaků postupujícího alkoholismu. Tato teorie víceméně pomáhá “zařadit“ člověka, ale nedává odpovědi na otázky, proč k alkoholismu dochází.
- **Teorie snížení napětí v důsledku pití alkoholu.** Malé dávky alkoholu mají stimulační účinek. Z pozorování alkoholiků, se usuzovalo, že jedním z důvodů proč lidé „sahají“ po alkoholu může být právě tento moment – stimulace aktivity, která následně umožní lepší zvládnutí stresu a zlepšení nálady. U vyšších dávek alkoholu však Sher Levenson zjistili jev, který nazvali “Stress-Response- Dampening“ – SRD neboli snížení úrovně odpovědi či reakce na stresový podnět. Alkoholici se podle jejich experimentu spíše vyznačují tím, že se řešení těžkých situací vyhýbají, než tím, že by prožívali nižší stupeň vnitřního napětí.
- **Teorie očekávání – expektance.** Očekávání, které má alkoholik face to face alkoholu. Pokusy s placebem se odhalil fakt, že nadměrné očekávání „příznivého účinku“ je odlišuje od nealkoholiků. Alkoholici, kteří se domnívali, že dostali alkohol, ač ve skutečnosti dostali placebo, se chovali tak, jako kdyby alkohol dostali. U nealkoholiků tomu v tak velké míře nebylo.
- **Model sníženého sebeuvědomování.** Tzv. „duševní myopie“, která, je v kontextu sféry alkoholika chápána jako výrazné zúžení kognitivních funkcí závislého. KŘIVOHLAVÝ cit. 16, s. 199 uvádí: „Alkoholik ztrácí z rozsahové percepce věci, které se týkají jednak jeho samotného, jednak druhých lidí (sociálního kontextu jeho existence), času a reality.“
- **Sebepovyšování alkoholiků.** Self- inflation – „sebenafukování“ alkoholiků zkoumali Bnaji a Steele, kteří předkládali osobám závislým na alkoholu seznam celkem pětatřiceti charakteristik reálného a ideálního sebepojetí, a to za situace kdy byli pod vlivem alkoholu a nikoli. Výsledky ukázaly, že pod vlivem alkoholu alkoholici sami sebe hodnotí a prezentují podstatně „výše“, než

v situaci, kdy pod vlivem alkoholu nejsou, což naznačuje, že lidé se pod vlivem alkoholu vidí lepšími, než když pod vlivem alkoholu nejsou.

- **Vliv alkoholu na snižování úzkosti a stresu.** Vliv samotného alkoholu na snížení úzkosti prokázán nebyl.
- **Model sociálního učení.** Populární model vzniku a rozvoje závislosti, vycházející z předpokladu zákonitostí učení v sociálním kontextu. Studium vlivu vzoru při pití alkoholu se ukázalo, že vliv vzoru není jednoznačný. Vliv modelu působí podle studií jen na silné alkoholiky. U nealkoholiků je podstatně důležitějším faktorem síla vůle a zaujetí osobního postoje. Zastánci této teorie (např. Lied a Marlatt) se domnívají, že chování silných alkoholiků posiluje i to, co zjišťujeme při odvykání. Pokud alkoholik nedostane svou dávku, je mu zle. Když se napije, vliv alkoholu posílí ještě více jeho kladný postoj k němu a začarovaný kruh neboli tzv. „cirkulární kauzalita“ je uzavřen.

### 1.7 Biologické, psychologické, rodinné a sociální faktory vzniku závislosti

KUDRLE<sup>17</sup> píše o komplexnosti příčin alkoholismu. U někoho jsou příčiny k excesivnímu pití psychologické, jinde převažují tendence genetické, vrozené dispozice nebo socio-kulturní. Specifické změny na úrovni neurobiologie při vzniku závislosti hrají také důležitou roli. HAJNÝ v KALINOVÍ cit. 1, s. 41 zmiňuje fakt, že na vznik a rozvoj závislosti lze shlížet různými úhly pohledu – mnoha lišícími se teoriemi. Lze nejlépe zkoumat a opírat se o ty oblasti, pro které existuje podpora ve výzkumu. Mezi tyto oblasti patří: rodina (tedy rodinné faktory) a vztahy v ní v souvislosti s alternativou vzniku a rozvoje závislosti. Dále faktor psychického vývoje v dětství a dospívání.

---

<sup>17</sup> KUDRLE, S. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In: *Drogy a drogové závislosti – Mezioborový přístup*. Kapitola 2/1. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. S. 92.

### 1.7.1 Biologické faktory

Alkoholismus jako diagnóza se objevuje v MKN od 60. let, a od té doby se také hledají příčiny a souvislosti, které by byly, co nejpřesvědčivější pro výklad biologické podstaty vzniku závislosti poznamenává KUDRLE cit. 17, s. 92. Okolnost za těhotenství, porodu, co ovlivňují neurobiologii jedince, a také psychomotorický vývoj dítěte, přítomnost nemocí a traumat. Zatím jediné ověřené genetické souvislosti se týkají právě závislosti na alkoholu. ŠERÝ<sup>18</sup>. Z dosavadních poznatků vyplývá, že podíl genetických faktorů v multifaktoriální etiologii závislostí je značný a pohybuje se v rozmezí 40-60 %. Závislost na alkoholu a na nealkoholových drogách má společný genetický základ, který moduluje neurobiologické mechanismy závislosti na konkrétní látce. Výsledky výzkumu závislosti na alkoholu, který má delší historii a obsáhlejší bibliografii, jsou tedy ve značné míře platné také pro oblast nealkoholových drog. U alkoholiků se výzkumy prokazuje odlišná hormonální sekrece adrenálních žláz a dále se zdá, že u alkoholiků některé nervové tkáně preferují alkohol před cukrem v metabolickém procesu. Mnoho faktorů však zůstává nevyjasněno, jak uvádí KUDRLE cit. 17, s. 92.

### 1.7.2 Psychologické faktory

Jak nás do budoucnosti ovlivňují již úplně rané počátky našeho duševního života, se snaží ve své knize dokázat MATĚJČEK S LANGMAIREM<sup>19</sup>, jejichž slova cituji: „Trvající úzkost nebo tíživá nejistota týkající se vlastního mateřství může zanechat hluboké jizvy na osobnosti nenarozeného dítěte.“ KUDRLE cit. 17, s. 92 tato tvrzení téměř o 20 let později víceméně potvrzuje, když uvádí, že prožívá-li žena během těhotenství stres, ať už z jakýchkoliv důvodů, přenesení se tato informace i na plod. Jestliže žena- matka řeší stres užíváním tlumivých látek, přenesení se i tato informace na

---

<sup>18</sup> ŠERÝ, O. Dědičnost látkových závislostí: podíl genetické výbavy na vzniku závislostí. *Zaostřeno na drogy: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti*, Praha, Úřad vlády České republiky. ISSN 1214-1089, 2007, vol. 2007, no. 3, s. 1-4.

<sup>19</sup> MATĚJČEK, Z., LANGMAIER J. *Počátky našeho duševního života*. Praha: Panorama, 1986. S. 116.

plod a vytváří vtisk, kód, o efektu tlumivě působících látek při prožívaném stresu a tento imprint, pak bude čekat na oživení v dalším vývoji jedince.

Proč člověk užívá látek, které mu způsobují změny stavu vědomí, jaké jsou psychologické faktory vzniku závislosti? KALINA cit. 1 s. 46-51 hledá odpovědi nejprve v minulosti...a zmiňuje významně se angažující osobnosti, jakými byli: FREUD, FENICHEL, RADO. Vlastní schopnost ovládat- regulovat emoce a její narušení, v době, kdy se měli tyto procesy formulovat, jako podklad pro vznik závislosti zvažují WINNICOTT<sup>20</sup> a KHANTZIAN<sup>21</sup>, kteří formují tezi, že v případě vzniku závislosti jde: „o deficit určitých psychických funkcí a celkovou slabost či křehkost „já““. Podle nich chybí z raného dětství zvnitřnění a naučení se „základní důvěře“, kterou při optimálním vývoji dítě nachází a odnáší si zkušenost a naději, že se může spolehnout na někoho mimo sebe, sdílet své emoce. Takové dítě, pak dokáže zvládat zvýšené napětí a strach a o nadměrně silné emoce se umí podělit nebo si s nimi umí poradit. KUDRLE cit. 17, s. 92 uvádí pak další významné faktory, na nichž se shodují i další odborníci: - úroveň péče o harmonický vývoj dítěte, péče o vývoj a diferenciaci jeho potřeb a jejich přiměřené uspokojování s respektem k hranicím, dále podpora v době dospívání a utváření vlastní identity, adekvátní pomoc v případě potřeby.

### 1.7.3 Rodinné faktory

Existuje nějaký určitý rodinný faktor nebo dokonce typická struktura rodiny závislého? Rodinné prostředí závislých nelze jednoznačně charakterizovat spíše, než typickou rodinu závislého můžeme zobecňovat některé opakující se znaky, které se na rozvoji pravděpodobněji než na vzniku závislosti podílejí, tak uvádí problematiku HAJNÝ<sup>22</sup>, který dále píše o výsledcích výzkumů: Ve výzkumech vztahů mezi

---

<sup>20</sup> WINNICOT, D. W. Transitional objects and transitional phenomena. *International Journal of Psychoanalysis*, 1953, 34, p. 89-97.

<sup>21</sup> KHANTZIAN, E. J. The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and kokain dependence. *American Journal of Psychiatry*, 1985, 142, p. 1259-1264.

<sup>22</sup> HAJNÝ, M. *PhDr Martin Hajný*. [online]. 2004 [cit. 2009-31-13]. Dostupné z: <http://martin.hajny.net/next/11/zavislost-drogy-rodina-faktory/>.

závislími a jejich rodiči se objevily jak nadměrně angažované, přehnaně ochraňující tendence, tak i chladné a lhostejné postoje. Objevuje se i podíl pití alkoholu u otců závislých na heroinu. Byl zjištěn problém s pitím rodičů u více než 80 % heroinistů. Mnoho závislých má ve své anamnéze nezpracovanou zkušenost s opuštěním nebo náhlou smrtí rodiče – obvykle otce. V rodinných historiích vidíme poměrně často nahromadění traumatizujících prvků: sebevraždy, psychická onemocnění, násilí, úmrtí, rozvody rodičů, chronické partnerské konflikty. Pozorování a výzkumné závěry lze zobecnit do řady mechanismů či faktorů, které jsou pro rodiny závislých charakteristické. *Nejvýznamnější z nich zde uvádím:*

- **Nedostatečná pozornost nebo problematická reakce ze strany rodičů** Podle HAJNÉHO, cit. 22 se chování dítěte utváří do značné míry v souladu s očekáváním či reakcemi (zpětnou vazbou) rodičů. Rovněž jistota – a sebejistota – dítěte roste s mírou pevné, nekolísající a také dostatečné pozornosti rodičů, která je věkově adekvátní. Nešpor cit. 7, s. 79 přiřazuje k tomuto rizikovému faktoru: „malá očekávání od dítěte a podceňování ho“ a dále uvádí, že: „výskyt jakékoliv neléčené a nezvládané návykové choroby u rodičů zvyšuje riziko jakékoliv návykové choroby u dětí.“. Terapeutická a poradenská práce s rodinami poskytuje poměrně reálný obraz o rodičovských postojích, schopnostech i nedostatcích. Zdravějšímu rodinnému prostředí dle všech objektivních faktů, zabraňuje pravděpodobně nedostatečná pozornost k pozitivnímu chování dítěte a naopak nadměrná pozornost a citlivost k chybě a selhání. Chyby a selhání však nevyvolávají jistou a očekávatelnou reakci – byť kritickou či trestající. Výchovné nebo korigující postupy se místo toho dějí nedůsledně, neprůhledně a mnohdy prostřednictvím výčitek, skrytě vnucovaných pocitů viny anebo vynucovaných nerealistických předsevzetí. SZAPOCZNIK A COASTWORTH<sup>23</sup> prováděli v této oblasti studie, z kterých vyplývaly jisté charakteristiky rodiny, kde se vyskytovaly závislosti:“ – užívání

---

<sup>23</sup> SZAPOCZNIK, J., COASTWORTH, J. D., An ecodevelopmental framework for organizing the influences on drug abuse. In Glantz. M. *Drug abuse: Origins and interventions*. Washington DC: American Psychological Association, 1999.

alkoholu nebo drog rodiči, jejich trestná činnost, -nedostatečná či přehnaná péče rodičů o dospívající, - špatná komunikace mezi rodiče a dospívajícími, - nedostatek jiných pravidel a jejich rozporuplné uplatňování, - nedostatečná pozornost vůči vrstevnickým vztahům dítěte a jeho zájmů“

- **Narušené či zatížené vztahy mezi dítětem a rodičem. *Roli otce*** v souvislosti s potencionální možností vzniku závislosti se zabýval PIN HAIRO<sup>24</sup>, který ve svých výzkumech došel k závěrům, že málo vřelý a problematický vztah dítěte s otcem se nápadně často vyskytuje v rodinách, kde se později u dětí projevovaly různé typy závislostí, především na alkoholu. Již v roce 1937 napsal KNIGHT<sup>25</sup>, že: „otcové alkoholiků jsou obvykle uzavření, mají tendenci v rodině dominovat, ale nevhodně prosazují své zájmy a výchovné postupy“ KALINA, cit. 1, s. 44-45 k tomuto doplňuje fakt, že takový typ otce pro dítě nepředstavuje bezpečný vztah a zůstává tak příliš dlouho v silném vztahu s matkou. Chladný, slabý či nepřítomný otec je tedy značně rizikovým s ohledem na možný vznik nebo rozvoj závislosti. Pokud dojde k nějaké identifikace syna s takovýmto otcem, pak to bývá určitá tvrdost, kterou pak nalzáme v tom, jak bezohledné a velké nároky na sebe závislí kladou. Děti se často za těchto okolností hroučí, reagují pocity selhání a viny, které se pak marně snaží zmírnit či odstranit účinky např. alkoholu. ***Role matky***, tak jak ji popisuje PRESL<sup>26</sup>, je dáována do souvislostí s možným vznikem závislosti především, pokud je tzv. *hyperprotektivní*- tedy matka, která nadměrně pečuje, ochraňuje, citově závisí na svém dítěti, a to často na úkor svých potřeb a vztahů. Výsledkem pak může být vybudování vzájemné závislé vazby, ze které dospívající nemůže odejít do samostatné dospělosti. Tato tzv. ***falešná separace***, je opakem přirozeného osamostatnění, ke kterému by za ideálních podmínek v době dospívání mělo dojít. Jedinec, kterému nebylo dopřáno separace

---

<sup>24</sup> PIN, H., R. T., et al. Cocaine addict and their families. *International Journal of Psychoanalysis*, 2001, Vol. 82, p. 347.

<sup>25</sup> KNIGHT, R. P. The dynamic and treatment of chronic alcoholic addiction. *Bulletin of the Meninger Clinic*, 1937, Vol. 1, p. 538-549.

<sup>26</sup> PRESL, J. *Drogová závislost*. Praha: Maxdorf, 1994. ISBN 80-85800-25X.



přirozené, se dostává do vnitřního konfliktu, může cítit potřebu nepodílet se na úzkých rodinných vztazích, starých rolích a soužitích, ale zároveň nebohý jedinec cítí pocit viny, že chce odejít, nebo naopak úzkost či prázdnotu z toho, že by měl být již samostatným. Kompromisním řešením je pro takový vnitřní konflikt, pak s velkou pravděpodobností vzniku abusu alkoholu či drog, které dočasně poskytnou falešné, chybějící pocity, jak také popisují KLOUČEK, STUHLÍK A HAJNÝ<sup>27</sup> a dále tito autoři v KALINA cit. 9, s. 43 doplňují, že dospívající dítě se snaží odejít z rodiny (vývojový úkol), budovat si svou roli a identitu. K tomuto je, ale třeba mnoho podmínek:

- *Dospívající by měl vědět i cítit, že se odpoutat může, že jeho odchod nebude vnímán jako zranění nebo odmítnutí.*
- *Odchod je mnohdy doprovázen konflikty. Je tedy třeba, aby mezi dospívajícím a zbytkem rodiny byla možnost otevřeného konfliktu, zvládnutého bez pocitů zavržení a zklamání.*
- *U adolescenta by měla být patrná určitá chuť žít po svém, odhodlání, ne pouhý vzdor nebo snaha násilně se odtrhnout za každou cenu.*

KALINA cit. 1, s. 44, ale vysvětluje, že hyperprotektivní rysy jako příčinný faktor pro vznik závislosti nebyl výzkumy potvrzen (v roce 1983 takovýto výzkum provedl Vaillant, na kterého se autor odkazuje) a zdůrazňuje, že: „Podobná klinická pozorování je třeba chápat v celkovém kontextu vztahů a procesů, které probíhají okolo závislého chování“ a k domněnkám PRESLA vysvětluje, že zvýšená úzkost a pocit bezmoci je přeci vcelku přirozenou reakcí na nevysvětlitelné změny v chování dítěte, i když připouští, že potíže může nastat v okamžiku, pokud se pod tíhou starostí hroutí partnerský vztah, matky tak mohou ztrácet kolem sebe všechny důležité vazby a pak mají tendenci se obětovat a mnohdy pak nechtěně brání nesmělým pokusům dospívajících o osamostatnění, čímž se uzavírá začarovaný kruh. HAJNÝ cit. 1 v souvislosti s tímto tématem navazuje svými poznámkami, že závislé ženy a dívky

---

<sup>27</sup> KLOUČEK, E., STUHLÍK, R., HAJNÝ, M. *Akta Y: Drogový problém versus rodina: Praktická příručka pro rodiče*. Praha: Votobia, 1999. S. 124. ISBN 80-7220-022-4.

mívají častěji zkušenost se vztahem k úzkostné či z jiných důvodů značně kontrolující matce opodstatněně zmiňován bývá i citelně chladný a racionální přístup matky k dceři. Obvykle jde o značně složitý vzorec – matka k sobě například od malička dceru poutá a využívá ji jako důvěrnici či spojence (což může malé holčičce velmi imponovat). Hrozící oddálení vyvolané dospíváním dcery může pak vyvolat nečekaně silnou úzkost a tendenci uchovat vztah v původní podobě a zde vzniká problém. Specifickým rizikem, jsou rovněž závislé matky či alkoholičky, jelikož se samozřejmě stávají pro dcery nevhodným identifikačním vzorem a také například zdrojem rezignace na uspokojení z ženské role nebo návodem k řešení citových problémů pomocí alkoholu či jiných látek.

- **Chaotické či špatně vymezené vztahy mezi generacemi.** Podle HAJNÉHO cit. 22, má být v rodinách především jasně stanoveno, kdo má co dělat, co je či starost a čím si kdo může být jistý. Dítě pak vyrůstá v dramatické nejistotě, kde se neustále mění jeho kompetence, svoboda i odpovědnost. Dítě je tedy zmatené a můžeme jen spekulovat o tom, že se to podobá tomu, jak se v praktickém životě projevuje nezralost a nejistota závislých. Extrémním narušením mezigeneračních hranic je sexuální zneužívání či incest. Následky tohoto traumat velmi často vedou k problémům se sebeúctou, v partnerských vztazích apod. Je známo, že mezi závislými na alkoholu jsou také ve vysokém procentu zastoupeny ženy v dětství zneužívané.
- **Skryté a nedostatečné či naopak nadměrné vyjadřování kritiky a hněvu v rodinách** Zlost, vztek, agresivní reakce nebo důsledná asertivita – variabilita způsobů, jak s těmito přirozenými emocemi a afekty zacházet je veliká. Otevřená komunikace a vyjádření vlastního názoru není bohužel vždy samozřejmostí. Zvýšená hladina napětí, obava ze zneužití otevřené komunikace nebo pocit ohrožení v domácím prostředí vedou k různorodým nepříznivým důsledkům pro všechny členy rodiny. Takto se k tématu vyjadřuje HAJNÝ cit. 22.
- **Jeden či více závislých členů rodiny** Jedním z nesporných faktorů pro vznik a rozvoj závislosti u dítěte a další zhoršující jevy v rodině je závislost (v našich

podmínkách alkoholová) dalšího člena rodiny (obvykle rodiče). Ukazuje se, že míra rizika narušení dítěte je úměrná tomu, jak závislost rodiče ovlivňuje chod rodiny. Dá se předpokládat, že rizikový vliv závislého člena rodiny na dítě spočívá mimo jiné v tom, že se může stát modelem. Typické popírání závislosti ze strany rodiče vede k hlubokému narušení důvěry a hromadění bezmocného vzteku. Problematické jsou i důsledky chování druhého rodiče, který je vůči evidentním problémům svého partnera raději slepý anebo řešení donekonečna odkládá. ROTGERS<sup>28</sup> píše o „**modelu nemoci rodiny**“, který se odvozuje od situace, kdy např. popíjení manžela spojené s nějakou zálibou či společenskou aktivitou, postupně způsobí, že starost o domácnost, děti a další rodinné funkce převezme žena. Jí to zpočátku není na obtíž. Pozvolna však zcela jistě na ni dopadá zátěž, schází ocenění a také pocit vzájemnosti. Následují hádky apod. Negativní atmosféra vede k dalšímu „odpojování“ manžela, což ho podporuje v jeho nynějším směřování. Syn tak může obsadit roli jakéhosi náhradního partnera. Tímto se možná rodina stabilizuje, ale jen ve smyslu držení se stereotypu, který jej udržuje a neruší. **O spoluzávislosti**, kterou popisuje HAJNÝ cit. 9, s. 42., tak jak jej označilo hnutí Anonymních alkoholiků (AA) ve Spojených státech amerických se vyjadřuje takto: „Spoluzávislost označuje souhrn motivů, postojů, komunikace a chování, kterým rodina nebo partner či partnerka závislost spíše podporují, rozvíjejí, anebo naopak sabotují či zlehčují snahu o vyléčení“. Partner nebo rodina závislé chování jakoby umožňují, jsou „slepi“ vůči zjevným souvislostem (neschopnost dodržet určitá pravidla, bagatelizace obtíží či potřeby léčby). HAJNÝ cit. 9, s. 46 uvádí další znaky, které mohou v souvislosti s ostatními faktory vést ke vzniku závislosti u dospívajícího jedince nebo být predisponujícím faktorem pro vznik závislosti v dospělosti. Jsou jimi:

- ***Nároky na předčasnou zralost dětí. Děti se stávají důvěrníky rodičů***

---

<sup>28</sup> ROTGERS, F. et al. *Léčba drogové závislosti*. Kapitola 7. Praha: Grada, 1999.

- *Nadměrná volnost a liberální výchovný přístup. Nadměrná náročnost a kontrola*
- *Manipulativní komunikace a vztahy. Řešení negativních emocí náhradním způsobem*
- *Příliš časté či silné pocity viny či studu. Dítě je nástroj neuspokojených ambic rodičů*

#### **1.7.4 Sociální faktory**

Vliv sociálního prostředí na vznik závislosti je vlivem se širokou škálou od nejobecnějších okolností jako je rasová příslušnost, společenský status rodiny, úroveň sociální zajištěnosti, až po konkrétnější ovlivňování, tak míní KUDRLE cit. 17. s. 92. O kulturním vakuu vznikajícím snížením funkce rodiny a vedoucím ke glorifikaci zábavy a násilí stejně tak jako k požívání látek měnících vědomí, které jedinec užívá jako únikový prostředek od problémů s identitou, frustrací, zklamáním či nudou píše KALINA cit. 9, s. 60. KUDRLE cit. 15 s. 93 poukazuje na kvalitu rodinných vztahů na absenci rituálů pozitivně ovlivňujících a formulujících zrání jedince, že mladiství hledají identifikační vzory mimo svou rodinu. V procesu sociálního učení hraje tedy nezastupitelnou roli kolektiv vrstevníků, škola, zájmová činnost a vztahy nás dospělých jak se dále k tématu vyjadřuje KUDRLE cit. 17. s. 93 je tato sociální úroveň: „apelem kultivovat svůj vlastní obraz, který mladým, jako poselství do jejich životů předkládáme“.

## 1.8 Důsledky alkoholismu

Somatické a psychické důsledky alkoholismu jsou s jejím postupujícím stádiem neodvratitelné.

K nejzávažnějším důsledkům alkoholismu na *tělesné zdraví* člověka patří podle shrnutí NEŠPORA<sup>29</sup>:

- oslabení imunitního systému
- Onemocnění: jater – EHRMANN et al.<sup>30</sup> dále specifikují poškození jater způsobené alkoholem: alkoholickou steatóza, alkoholická cirhóza a její komplikace jako jsou: jaterní selhání, portální hypertenze, ascités, hepatocelulární karcinom a poukazuje na dlouhodobost léčby a nutnost abstinence.
- mozku, žaludku, kožní choroby, impotence, vysoký krevní tlak, alkoholová epilepsie
- delirium tremens vzniká u chronických alkoholiků, velké nebezpečí ohrožení života

V oblasti *duševního zdraví*:

- výkyvy nálad, poruchy paměti, poruchy spánku (špatné sny), výčitky svědomí, halucinace, pocity pronásledování, alkoholové psychózy alkoholická demence,
- alkoholová halucinóza může nastat při akutním požití alkoholu
- alkoholická demence

Nepřímé následky:

- zanedbávání životosprávy
- nedodržování základních hygienických návyků
- nerespektování svého zdravotního stavu

---

<sup>29</sup>NEŠPOR, K. *Alkoholik.cz*. [online] 13. 5. 2009 [cit. 2010-03-02]. Dostupné z: [http://www.alkoholik.cz/zavislost/psychika\\_a\\_telo/telo\\_a\\_alkohol\\_jak\\_pusobi\\_alkohol\\_na\\_organy\\_a\\_mozek.html](http://www.alkoholik.cz/zavislost/psychika_a_telo/telo_a_alkohol_jak_pusobi_alkohol_na_organy_a_mozek.html).

<sup>30</sup>EHRMANN, J. jr., SCHNEIDERKA, P., EHRMANN, J. *Alkohol a játra*. Praha: Grada, 2006. S 88-111, 168. ISBN 80-247-1048-X.

## 1.8 Primární, sekundární a terciální prevencw

### 1.8.1 Primární prevence

**Primární prevence** si podle KUDRLEHO cit. 17 s. 18 – 23 klade za cíl odradit od prvního požití alkoholu nebo alespoň odložit první kontakt na co nejpozdější dobu, a dále cituji výše jmenovaného autora: „Specifickým cílem je tedy šíření osvěty mezi rizikovou populací. Tato prevence má programově podporovat zrání jedince, aby, co nejbezpečněji prošel cestou hledání vlastní identity“. Měla by rozvíjet jednotlivé předpoklady bio-psycho- sociálně- spirituální komplexity člověka a působit na celou společnost diferencovaně se zaměřením na cílové skupiny. K **biologickému** předpokladu pak KUDRLE cit. 17 s. 19 řadí např.: přiměřený zájem o své tělo, pohyb, zdravou stravu, o fyzické zdraví (účinná léčby chronické bolesti) a také účinná rehabilitace fyzických handicapů. Za **psychologický předpoklad** vedoucím k možnému zneužívání alkoholu i jiných látek ovlivňujících vědomí, pak lze podle tohoto i jiných autorů považovat: prožitky nudy, absence vlastního programu, zvědavost na mimořádné prožitky, narušené hranice a nízké sebevědomí. Častým rizikovým faktorem abúzu jsou pocity vyčlenění z komunity lidí, touha identifikovat se s jinou skupinou- to jsme se již dostali k **sociálnímu předpokladu**, k jehož prevenci tedy patří: péče o sociální integritu, o sociálně potřebné, o minoritu, „starost o to, jak my dospělí předáváme dětem “obraz dospělosti“ KUDRLE cit. 17. s. 19, rozvoj pro- sociálního chování, dobročinnosti, apod. Pokud je v absenci smysl života a duchovní hodnoty, převaha materiálních hodnot, nerozvíjení pokory, pak převažuje pravděpodobně touha po pouze momentálním uspokojování potřeb a dostáváme se k **spirituálnímu předpokladu**...a uzdravení není možné bez komplexní změny v člověku

### 1.8.2 Sekundární prevence

**Sekundární prevence** spočívá v předcházení vzniku, rozvoj a přetrvávání závislosti u osob, které jsou již závislými. Jde o léčebné působení, hledání smyslu života, životních hodnot, možnost uvědomit si reálné vztahy a vazby ke svému okolí, upevňování hodnot souvisejících s nabytou abstinencí, tak popisuje KUDRLE cit. 17, s. 21. Velice účinnou se jeví *skupinová psychoterapie*, jelikož vědomí, že: „nejsem sám,

mohu sdílet spolu s ostatními své zoufalství a své naděje“. Psychoterapii jako účinnou formu léčby alkoholismu a jiných závislostí popisují i BARTOŠÍKOVÁ A MIOVSKÝ<sup>31</sup> a vyjadřují se k ní jako k nedílné součásti bio-psycho-sociálního přístupu ke zdraví, která se používá při prevenci, léčbě i rehabilitaci a zahrnuje nejen klienta samotného, ale i osoby pro něj důležité, zvláště jeho rodinu. Léčba se jak dále uvádí KUDRLE cit. 17, s. 21 ve standardním léčebném uspořádání rovněž zaměřuje na předpoklady **biologické**-medicínská léčby nemoci, **psychologické** – zahrnující psychodiagnostiku a na ní navazující psychoterapeutické techniky, **sociální** - ty jsou reflektovány na úrovni sociální práce, sociologického výzkumu, zkoumání sociogenních vzorů, které podporovaly vznik závislosti, a **spirituální** – jsou zahrnuty např. v léčebných systémech, které jsou založeny na filosofii „Anonymních alkoholiků“ nebo přijímají z těchto programů jakousi kostru léčebné filosofie, využívá se mediačních technik, holotropního dýchání, jógických cvičení apod.

### 1.8.3 Terciální prevence

**Terciální prevencí** obecně rozumíme podle KUDRLEHO cit. 17., s. 22-23 předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození ze zneužívání alkoholu, do jehož rozsahu patří resocializace či sociální rehabilitace u lidí, kteří prošli léčbou. Zaměříme-li se opět na jednotlivé složky osobnosti a přístupu k ní, pak **sociální úroveň** je v tomto kontextu velice podstatnou – patří sem: pomoc při hledání zaměstnání, pomoc rodině, kontakt s úřady atd. K **biologickým předpokladům** terciální prevence patří zprostředkování cílené zdravotnické pomoci. **Psychologickou** pomocí je komplex doléčovacích aktivit, individuální a skupinové poradenství, rodinné poradenství a psychologická podpora rodiny a závislého v těžké fázi závislosti. **Spirituální** dimenzí v kontextu této prevence se rozumí u jedinců, kteří svým nezměrným pitím poškodili své zdraví, až do fáze selhávání organismu a pravděpodobnosti blížící se fyzické smrti psychologická pomoc při smířování se s tímto nezvratným faktem.

---

<sup>31</sup>BARTOŠÍKOVÁ, I., MIOVSKÝ, M. Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislosti. In : *Drogy a drogové závislosti – Mezioborový přístup*. Kapitola 2/1. Praha: Avicenum, 2003. S. 25

## 1.10 Kvalita života

Kvalita života je velice široký a nejednoznačně definovaný pojem, ale ačkoliv chybí dle KŘÍŽOVÉ<sup>32</sup> jasná shoda o jeho obsahu, nabývá koncept kvality života stále více na významu a stává se klíčovým pro hodnocení individuálního i kolektivního lidského života. BALCAR<sup>33</sup> shodně s KŘÍŽOVOU uvádí pojem multidimenzionální, protože popisuje a hodnotí lidský život. Přes tuto jeho vlastnost (multidimenzionalitu), existuje shoda, že zahrnuje 3 hlavní domény: *fyzické prožívání, psychická pohoda a sociální postavení jedince a jeho vztahy k druhým lidem*. KŘÍŽOVÁ cit. 34., s. 351 dále uvádí: „I když kvalita života a její hodnocení vyjadřují individuálně zakotvenou a subjektivně prožívanou skutečnost není asi pochyb, že se do této dimenze promítá sociální minulost, současnost i budoucnost daného jedince, jeho vztahy k druhým lidem, skupinám, kultuře a politice.“

*Vývoj pojmu kvality života* nastiňuje KEBZA<sup>34</sup>, který připomíná práci J. Bergsama a G. L. Engela z roku 1988, kteří píšou o tom, že otázkou kvality života se lidé zabývali odedávna, neboť byli vždy schopni zamýšlet se a uvažovat o svém životě. Pojem kvality života byl dle HNILICOVÉ<sup>35</sup> poprvé použit ve 20. letech 20. století, v souvislosti s úlohou státu v oblasti materiální podpory nižších vrstev. V 60. letech opět zazníval pojem kvality života, tentokrát z úst amerického prezidenta Jonsona, který v jednom ze svých projevů prohlásil zlepšování kvality života Američanů za cíl své domácí politiky. A zakotvení tohoto termínu v sociologii se datuje od 70. let. Kvalita života je v současné době velmi diskutovaný koncept, zahrnující dvě základní dimenze,

---

<sup>32</sup> KŘÍŽOVÁ, E. Sociologické podmínky života. In PAYNE, J. et al. *Kvalita života a zdraví*. Praha. Triton, 2005. S. 351(628). ISBN 80-7254-657-0.

<sup>33</sup> BALCAR, K. Životní smysl a kvalita života. In *Kvalita života a zdraví*. Praha. Triton, 2005. S. 253-261(628). ISBN 80-7254-657-0.

<sup>34</sup> KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. Vydání. Praha: Academia, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.

<sup>35</sup> HNILICOVÁ, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In *Kvalita života a zdraví*. Praha. Triton, 2005. S. 205-216. ISBN 80-7254-657-0.



jak uvádí MAREŠ<sup>36</sup>, a to subjektivní a objektivní. Objektivní kvalitou je myšleno dosažení určitých základních sociálních a materiálních podmínek pro život, společenský status jedince a fyzické zdraví. Subjektivní kvalitou života je míněna všeobecná spokojenost či nespokojenost s vlastním životem, jednoduše to, jak hodnotíme vlastní život.

Různé vědecké obory, ale především ty, které se alespoň z určitých aspektů věnují problematice člověka, se snaží objevit, charakterizovat a smysluplně uspořádat činitele determinující kvalitu života, ač už v pozitivním nebo negativním smyslu. Zkoumají se dopady nezaměstnanosti,(ne)výkonnosti ekonomiky té - které krajiny, vliv stravovacích návyků, pití alkoholu, kouření,(ne)dostatku pohybu a dalších faktorů, tak jak se k tomuto tématu vyjadřují BENKOVIČ A GARAJ<sup>37</sup>. KOVÁČ<sup>38</sup> popisuje kvalitu života jako: „ osobnostně-emoční-kognitivní psychoreflexi trvalejšího stavu jednotlivce, spočívající v porovnání reality s ideálem, především podle vyznávaných hodnot, v kontextu společnosti, civilizace a kultury“. BENKOVIČ A GARAJ cit. 37, s. 131 ke svým faktům přiřazují i ukazatele podle ZIKMUNDA z roku 1997, které se stále zdají být zcela aktuální:

1. Zmírňování, zbavování se utrpení tělesného (bolest), ale i duševního.
2. Dosahování nezávislosti jednotlivce od jiných osob v každodenním životě.
3. Schopnost, respektive způsobilost zvládat náročné situace, jako je stres a jiná zátěž.
4. Způsobilost a schopnost žít ve společenských vztazích a zapojovat se do společenských aktivit.
5. Vlastní zabezpečení života uspokojováním konkrétních, především materiálních potřeb
6. Spokojenost s vlastním životem, příležitostná radost z něho, zážitky štěstí.

---

<sup>36</sup> MAREŠ, J. et. Al. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. 1. VYD. Brno: MSD, 2006. 228 s. ISBN 80-86633-68-9.

<sup>37</sup> BENKOVIČ, A., GARAJ. V. *Kvalita života u lidí závislých od alkoholu a její změna v průběhu léčby. Alkoholismus a drogové závislosti*, 2009, roč. 44, č. 3, s. 129-152. ISSN 0862 – 0350.

<sup>38</sup> KOVÁČ, D., *Kvalita života – naléhavá výzva pro vědu nového století. Československá psychologie*, 2001, roč. 45, č. 1, s. 34-44. ISSN 0009 – 062X.

V zásadě existují tři přístupy ke zkoumání kvality života: psychologický, sociologický a medicínský, takto uvádí HNILICOVÁ cit. 35, s. 209.

*V psychologickém pojetí kvality života* se sledují dva základní aspekty, a to.: spokojenost se životem a prožívání subjektivní pohody. Při zjišťování spokojenosti v životě se hledají cenné odpovědi na otázky, co činí lidi spokojenými, jaká je struktura faktorů, které k dosažení spokojenosti přispívají a také, jak jednotlivé společenské instituce ovlivňují spokojenost lidí. Při zjišťování subjektivní pohody je kladen důraz na všeobecné hodnocení kvality života, jako takového, jak uvádí MAREŠ cit. 36. Dotýkáme se tedy otázek smysluplnosti života, kterými se zabýval už Platon a tato tematika je stále živá a zajímavá i na počátku třetího tisíciletí. KŘIVOHLAVÝ<sup>39</sup> ve své knize shrnuje názory různých autorů (např. Baumaistera) a na otázku: *Co je štěstí?* Odpovídá, že jsou to pozitivní a příjemné emocionální zážitky, že je to klid a mír, také bezpečí a nepřítomnost negativních emocí, že je to spokojenost se životem v dlouhodobém pohledu. Na pocitu štěstí se dále také podle autorových poznatků významně podílí zdravotní stav, a to především ten subjektivně vnímaný pocit zdraví. Autor vyzdvihuje důležitost sociálních vztahů. KŘIVOHLAVÝ cit. 39., s. 174 používá ve své knize poznatky Baumaistera, který uvádí čtyři oblasti cílů, k nimž bývá v současné době život zaměřen: k oblasti práce, lásky, štěstí, sebepojetí - identity. KŘIVOHLAVÝ cit. 39., s. 181 poukazuje s ohledem na pro pocit štěstí, na kritickou důležitost pohledu na život, píše, že pokud je uspokojena potřeba smysluplnosti života, když má dobrá přátelé, když si staví dosažitelné cíle a snahy, když zvládá poměrně dobře překážky a kultivuje mírně optimistické iluze, potom, bez ohledu na to, co se děje, je šťastnější. Ne náhodou s tímto poznatkem koresponduje i fakt, který dle výzkumů uvádí BENKOVIČ A GARAJ cit. 37, s. 133: „závislost na alkoholu souvisí především s poklesem sebeúcty, s poklesem pocitu sociálního přijetí, s nárůstem pocitu sociální nepotřebnosti“ a dodávají, že v souvislosti se vznikem nebo předcházející vzniku závislosti na alkoholu dochází k pocitu neúčinnosti, zmaru, ztráty smyslu života, smutku, objevují se příznaky deprese a neuróz, a tyto vystupňované příznaky

---

<sup>39</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence*. Praha: Grada, 2006. 204 s. ISBN 80-247-1370-5 (s. 179-185).

mohou vést, až k suicidálním pokusům i k dokonaným sebevraždám. Dochází k zhoršení nejen psychického, ale i tělesného zdraví. Autoři svými výzkumy potvrdili své hypotézy, že skupina alkoholiků bude mít jasně nižší úroveň kvality života, subjektivní pohody a vnímání vlastního smyslu života než skupina nealkoholiků a dále, že úroveň kvality života bude po absolvování léčby vyšší. Výše popsané fakta, podepřené výzkumnou a empirickou skutečností nás přenesly do **sociologického pojetí kvality života**, k nimž přiřadím dle IZPE<sup>40</sup> faktor vzdělání, ekonomické situace, etnické příslušnosti, profese, rodinného stavu, partnerství a rodičovství. Vzdělání je pak faktorem, mající největší vliv na subjektivní hodnocení zdraví. Lidé s vyšším vzděláním mají větší šanci uplatnit se v konkurenční a výkonově orientované společnosti, lépe se orientují a tudíž i lépe řeší eventuelně vzniklé existenční problémy. **S medicínským pojetím kvality života** se setkáváme od 70. let. První verze dotazníkových nástrojů začaly vznikat v 80. letech a dnes máme k dispozici více, než 200 dotazníků zaměřených na různé aspekty kvality života uvádí HNILICOVÁ cit. 35 s. 211. a dodává: „Lékaře dnes musí zajímat, jakou kvalitu života mají pacienti trpící různými nemocemi, či jaký je dopad konkrétní zvolené terapie na kvalitu jejich života“ V medicíně a ve zdravotnictví je těžiště zkoumání kvality života posunuto do oblasti fyzického a psychosomatického zdraví. Kvalita života ovlivněná zdravím - *„health related quality of life“ (HRQOL)*, pojem, který je možno specifikovat jako „subjektivní pocit životní pohody, který je asociován s nemocí či úrazem nebo léčbou.

WHO rozvíjí přístup ke komplexnímu pohledu na zdraví řadou dokumentů, obsahující programy podpory zdraví (Program Zdraví 21). K zjišťování kvality života skupin nebo populací je možné použít dotazníků Světové zdravotnické organizace (World Health Organization Quality of Life Assessment, WHOQOL), které byly vytvořeny skupinou WHOQOL skládající se ze zástupců 15 výzkumných center z celého světa jako nástroj měření kvality života. Jedná se o dvě základní verze dotazníku – WHOQOL-100, který obsahuje 100 položek, a zkrácený WHOQOL-BREF s 26 položkami, tak jak je uvedeno

---

<sup>40</sup> HNILICOVÁ, H. Kvalita života. In: *Sborník příspěvků z konference konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy.: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. s. 120. ISBN 158-245-45.

na webových stránkách vlády<sup>41</sup>. Docent PETR a magistra KALOVÁ<sup>42</sup> při hodnocení kvality života v konceptu HRQOL používají standardizovaný dotazník SF – 36, jehož základem je 8 domén :

- Fyzické funkce
- Fyzické omezení rolí
- Emoční omezení rolí
- Omezení sociálních funkcí
- Bolest
- Všeobecné duševní zdraví
- Vitalita
- Všeobecné vnímání vlastního zdraví

A doplňují, že existují tři typy dotazníků, ke zjišťování stavu kvality života- HRQOL:

1. *Global assesment*, sloužící k všeobecnému hodnocení kvality života, bez jisté možnosti identifikace postižení v jednotlivých doménách
2. *Generic*, dává možnost ukázat podobnosti nebo naopak rozdílnosti mezi jednotlivými populačními skupinami a umožňuje porovnat, jak se jednotlivé nemoci s ohledem na vliv na kvalitu života (HRQoL) liší.
3. *Specific*, specifický typ pro určitou nemoc. Při čemž je tento typ vytvořen tak, aby umožňoval především hodnotit vývoj stavu v čase.

Kvalitu života lze měřit mnoha a mnoha metodami a způsoby s ohledem na cílovou skupinu osob, a to subjektivně i objektivně, jak jsem se dočetla v PAYNOVĚ knize cit. 33, s. 304., avšak pro účely a vzhledem k cílům své bakalářské práce uvádím dále pouze částin několika z nich, např.: kognitivní komponentu spokojenosti se

---

<sup>41</sup> **Úřad vlády České Republiky.** *Drogy-info.cz* [on line]. 23. 5. 2007 [cit. 2010 – 03 -12]. Dostupné z:[http://www.drogyinfo.cz/index.php/o\\_nas/evaluace/banka\\_evaluacnich\\_nastroju/dotazniky\\_kvality\\_zivota\\_svetove\\_zdravotnicke\\_organizace](http://www.drogyinfo.cz/index.php/o_nas/evaluace/banka_evaluacnich_nastroju/dotazniky_kvality_zivota_svetove_zdravotnicke_organizace).

<sup>42</sup> **PETR, P., KALOVÁ, H.** *Studijní text - Kvalita života* [ on line]. České Budějovice: Jihočeská univerzita, [ cit. 2010 -03-12] Dostupné z:[http://www.zsf.jcu.cz/struktura/katedry/verzdrav/clenove/petr/studijni\\_texty/texty\\_KZ05/4HodnoceniKZ](http://www.zsf.jcu.cz/struktura/katedry/verzdrav/clenove/petr/studijni_texty/texty_KZ05/4HodnoceniKZ).

životem hodnotící pomocí Škály spokojenosti se životem SWLS (Satisfaction With Life Scale) v níž v pětistupňové škále pomocí sedmibodové stupnice vyjadřuje spokojenost se životem nebo lze hodnotit emocionální komponentu kvality života pomocí 16 výroků, které se týkají různých emocionálních stavů, PGWS (Psychological General Well-Being Scale). Pro psychiatricky nemocné pacienty byl u nás validizován dotazník SQUALA, který se dá použít i pro běžnou populaci. Metoda SEIQoL (*Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life*), sloužící k individuálnímu hodnocení, který vychází z osobních představ dotazovaného, podle toho, jakou jim přisuzuje důležitost. Mezi metody hodnotící jak objektivní, tak subjektivní činitele kvality života patří např. MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life), jejíž variací je LQoLP (Lancashire Quality of Life Profile) jejichž úkolem je měření celkové spokojenosti se životem, tak i hodnocením spokojenosti s řadou přesně stanovených dimenzí života, který vytvoří jakýsi obraz toho, jak svou kvalitu života jedinec vnímá v danou chvíli, tak se zmiňuje ve své knize KŘIVOHLAVÝ<sup>43</sup> Spitzerův systém vyjádření kvality života pacienta (*QoL – Quality of Life of the Patient*) patří dodnes k nejpoužívanějším metodám záznamu kvality života pacientů.

---

<sup>43</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

## **2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY**

### **2.1 Cíle**

Cíle:

- 1, Zjistit a popsat nejčastější příčiny podílející se na vzniku závislosti na alkoholu
- 2, Deskriptovat pomocí kvantitativně zjištěných faktů vliv alkoholu na kvalitu života jedince a jeho rodinných příslušníků
- 3, Shrnutím faktů a zjištění navrhnout možná preventivní řešení pro rizikové skupiny a seznámení s touto problematikou široké veřejnosti.

### **2.1 Hypotézy**

Pro dosažení vytyčených cílů jsem stanovila tyto hypotézy:

H1: Příčiny vzniku alkoholismu jsou multifaktoriální, s významným podílem vlivu primárního vztahu v rodinných vztazích a způsobem výchovy.

H2: Alkoholismus snižuje kvalitu života jedinců samotných i jejich blízkých

### **3. METODIKA**

#### **3.1 Použitá metodika**

Provedený výzkum je ze sociologického hlediska výzkumem kvantitativním. Ke sběru dat do bakalářské práce byla použita metoda dotazování. Pro zjištění odpovídajících informací bylo použito techniky dotazníku. Sběr dat probíhal v měsíci lednu a únoru 2010. Byl sestaven anonymní dotazník (výzkum I. v příloze 1) pro potvrzení či vyvrácení hypotézy č. 1 snažící se poodhalit důležité aspekty v životě dotazovaných osob, které by mohly mít vliv na vznik nebo rozvoj závislosti. Dotazník č. 1 obsahoval 23 otázek a byl určen samotným klientům Psychiatrické léčebny i klientům navštěvujícím ambulantní složku léčby závislosti na alkoholu. Pro zjištění kvality života byl použit dotazník subjektivní kvality života SF-36 o kvalitě života podmíněné zdravím (Health Related Quality of Life – HRQoL) (výzkum II. v příloze 2). Dotazník SF-36 byl navržen k použití v klinické praxi – screeningu jednotlivých pacientů, výzkumu, k porovnání léčebných nákladů různých nemocí a monitorování kvality života specifických a obecných populací. Položky dotazníku jsou postavené tak, že „vyšší skóre“ signalizuje lepší HRQoL. Rozmezí skóre je od 0 do 100 bodů. Skóre pod 50 může být interpretováno jako pod normou obecné populace. „Nižší skóre“ SF-36 signalizuje horší zdravotní stav, dlouhodobé onemocnění nebo kontakt s lékařem v posledních 2 týdnech. Dotazník č. 2 obsahoval 11 otázek. Otázky byly uzavřené, s možností výběru odpovědi. Dotazník č. 2 byl určen mimo tuto skupinu respondentů i nejbližším příbuzným klientů. Získané výsledky byly zpracovány kvantitativně. Ke zpracování dat byly použity grafy a tabulky. Výsledky uvádím v procentech a absolutních číslech. Odpovědi byly zpracovány a vyhodnoceny statisticky. Výsledky umožní mezinárodní a regionální srovnání skupin s různými sociodemografickými charakteristikami.

#### **Oxford - evropský normál výsledků pro 8 domén HRQoL, v metodě SF-36:**

Teoreticky nebo hypoteticky optimální stav je dosažených 100 % v každé doméně. Taková populace ale neexistuje, proto je nutné stanovit „normály“.

Oxford - Oxford Healthy Life Survey (evropský normál výsledků pro 8 domén HRQoL, v metodě SF – 36).

8 domén:

**PF** – Physical function – fyzické funkce, **88,40**  
**RP** – Role limitation psychical – fyzické omezení rolí, **85,82**  
**RE** – Role limitation emotional – emoční omezení rolí, **82,93**  
**SF** – Social functioning – fyzické a emoční omezení sociálních funkcí, **88,01**  
**P** – Pain – bolest, **81,49**  
**MH** – Mental health – duševní zdraví, **73,77**  
**EV** – Vitality – vitalita, **61,13**  
**GHP** – General health perception – všeobecné vnímání vlastního zdraví. **73,52**

**n** – počet respondentů v podsouboru

**u** – kritická hodnota

**x** – průměrné skóre

**%** - procentní změny sledovaných hodnot



### 3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

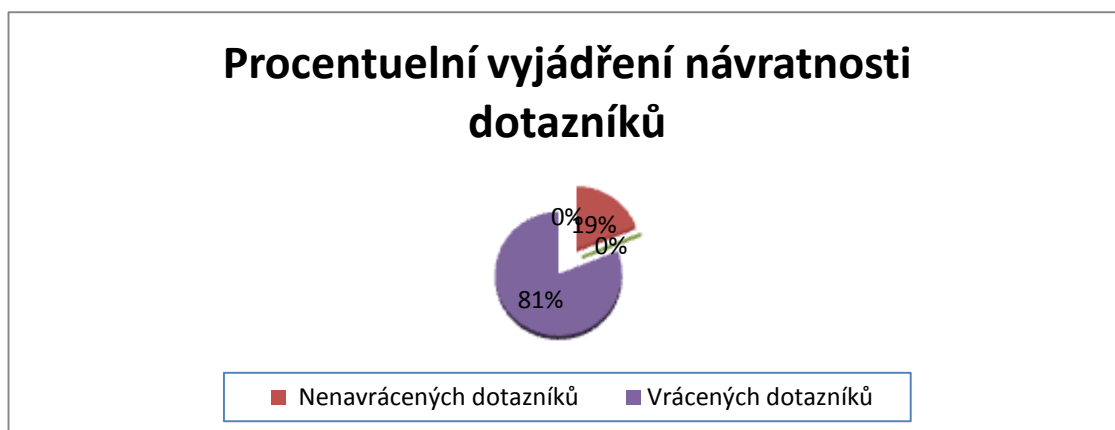
Cílovým souborem pro ověření hypotézy č. 1 byli klienti Psychiatrické léčebny v Kosmonosích a klienti 2 ambulancí pro léčbu závislostí V Mladé Boleslavi. Celkem bylo rozdáno 200 dotazníků, ze kterých se vrátilo 162 dotazníku tj. 81 %. Návratnost dotazníku je promítnut v **Grafu 1a**.

Cílovým souborem pro ověření hypotézy č. 2 byli klienti Psychiatrické léčebny v Kosmonosích a jejich nejbližší a klienti 2 ambulancí pro léčbu závislosti v Mladé Boleslavi. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků, ze kterých se jich vrátilo 48 tj. 48 %. Návratnost dotazníku je promítnut v **Grafu 1b**. Všechny odpovědi z 2. dotazníku byly prostřednictvím odborného konzultanta Mgr. Hany Kalové předány do pořizovače dat a odeslány na příslušné pracoviště EMA services, s.r.o., kde byly zpracovány do podoby přehledu 8 domén HRQoL podle SF-36. Následně byly u každé domény stanoveny aritmetické průměry a porovnány s evropskými standardy při 5% hladině statistické významnosti.

## 4. VÝSLEDKY

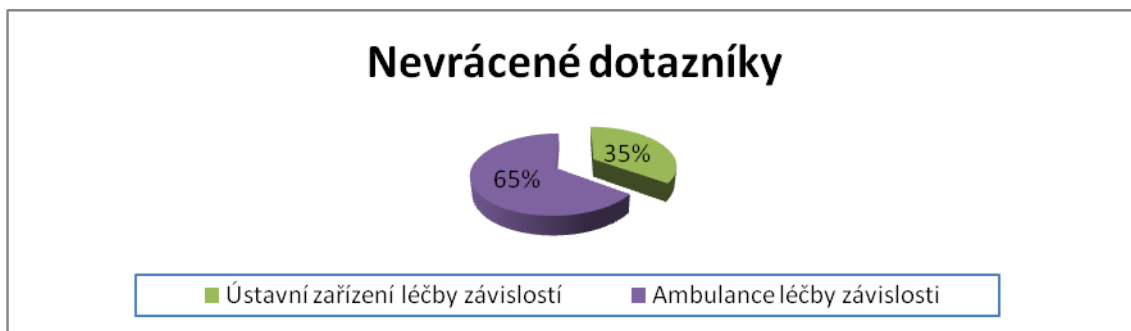
### *Výzkum I.*

**Graf 1a: Procentuelní vyjádření návratnosti dotazníků**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

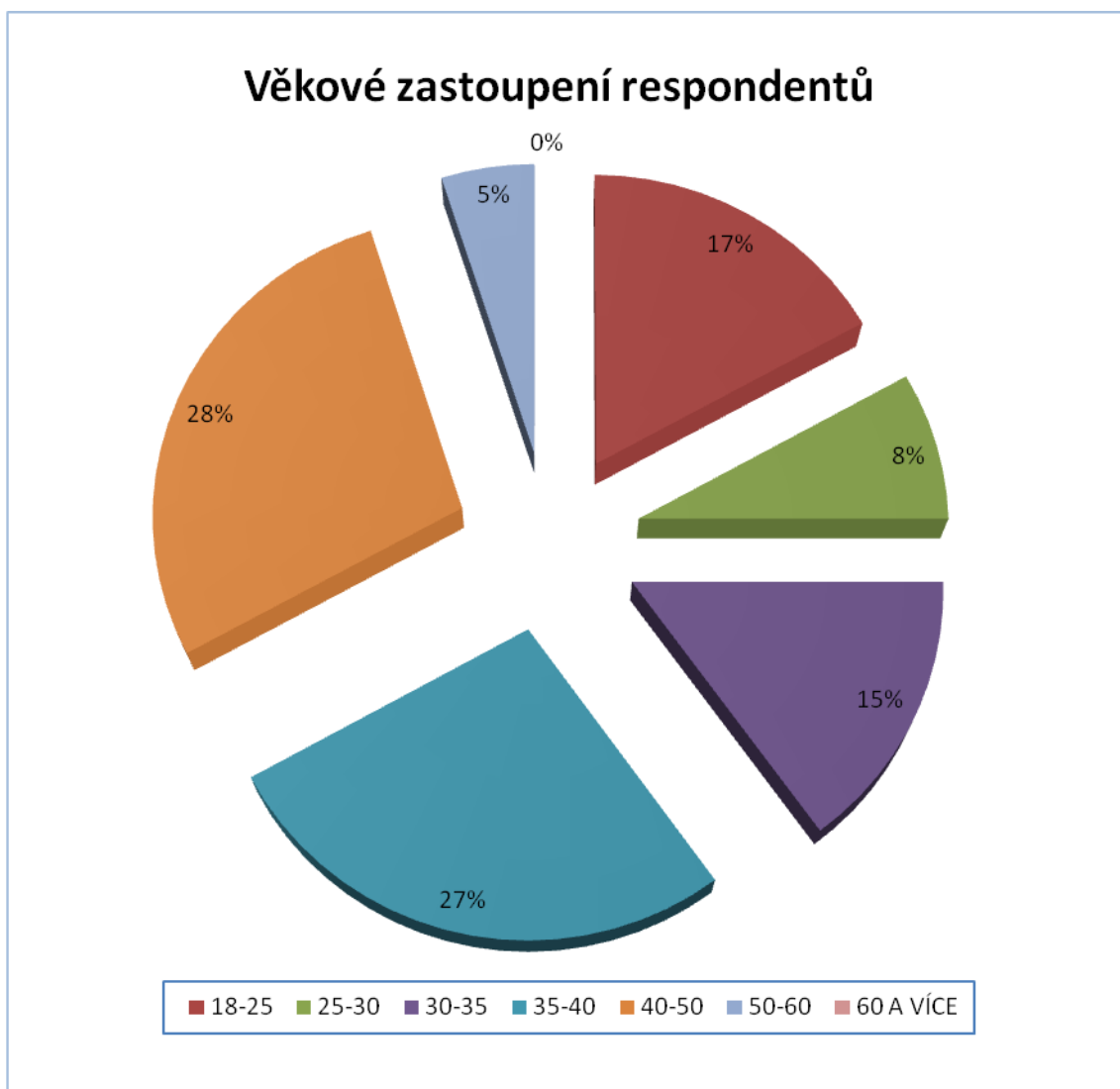
Respondenti byli klienty 1 zařízení charakteru léčebny a 2 zařízení ambulantního typu. Rozdáno bylo 200 dotazníků – 120 – Ústavní zařízení, 80 Ambulance léčby závislosti. Z toho počtu se 38 dotazníků nevrátilo, tzn. návratnost 81%.



*Zdroj: Vlastní výzkum*

V Ústavním zařízení vyplnilo dotazník 106 klientů tj. 65 % z celkového počtu všech navrácených dotazníků. V ambulanci léčby závislosti vyplnilo dotazník 56 jedinců, tj. 35 % z celkového počtu všech navrácených dotazníků.

**Graf 2: Věk respondentů**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z grafu vyplývá, že *nejvíce respondentů* bylo ve věkovém rozmezí 40 – 50 let, kterých dotazník vyplnilo 45.

Za touto věkovou skupinou, pouze v počtu o 1 % menším byla skupina respondentů ve věku 35 -40, v počtu 43.

17% skupinu, tj. skupinou s 27 respondenty tvořili osoby ve věkovém rozmezí 18 – 25 let.

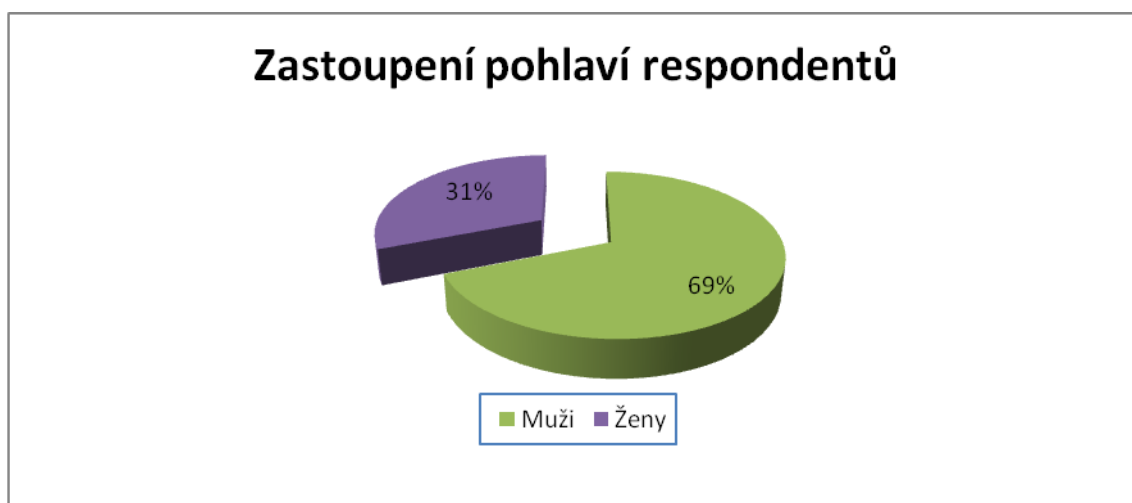
24 respondentů bylo ve věku od 30 – 35 let.

Respondenti ve věku mezi 25 – 30 lety tvořili 8 % všech dotázaných.

Nejméně početnou skupinou výzkumu, která byla zastoupena 5 %, byli respondenti ve věkovém rozmezí 50 -60 let.

60 a více letí, nebyli ve výzkumu zastoupeni vůbec.

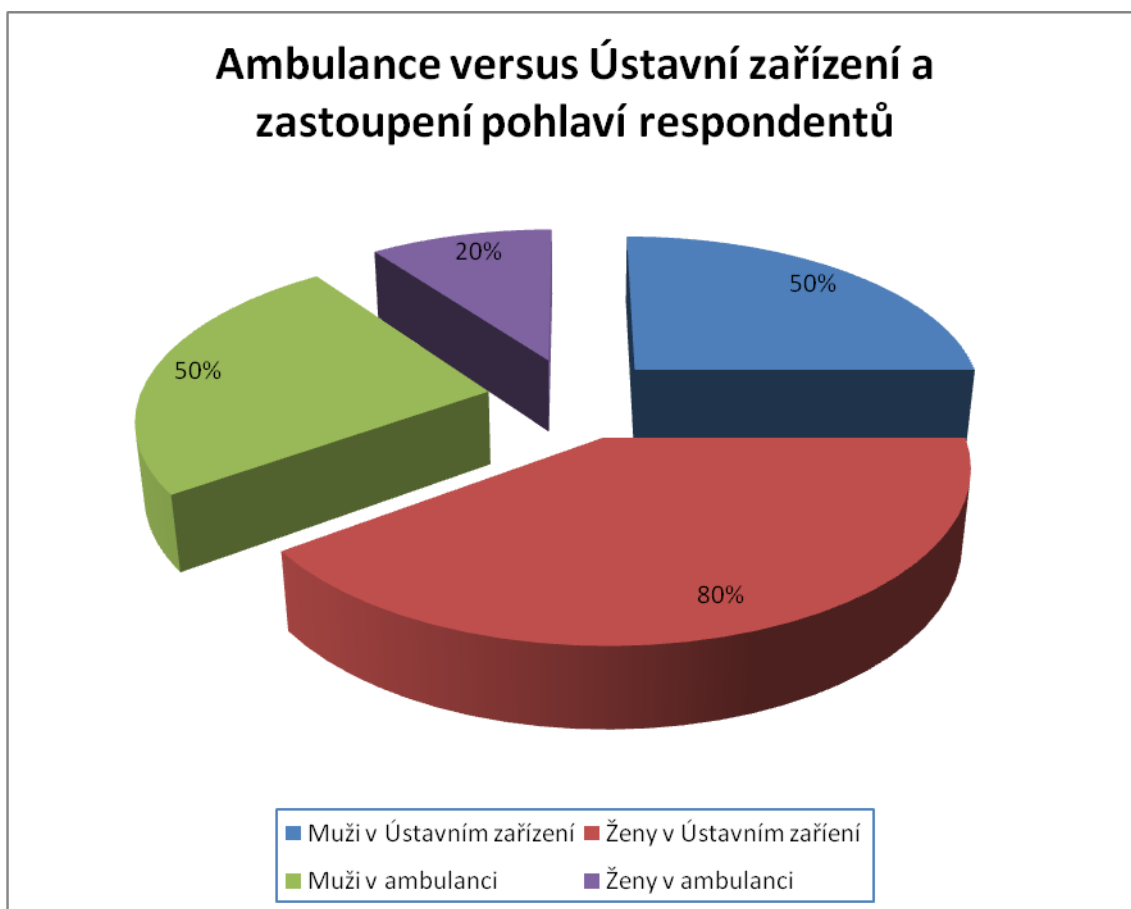
### Graf 3a: Pohlaví



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z celkového počtu dotázaných bylo 112 mužů, kteří tvořili 69% skupinu a 50 žen tvořících 31 % skupinu.

**Graf 3b. Pohlaví**



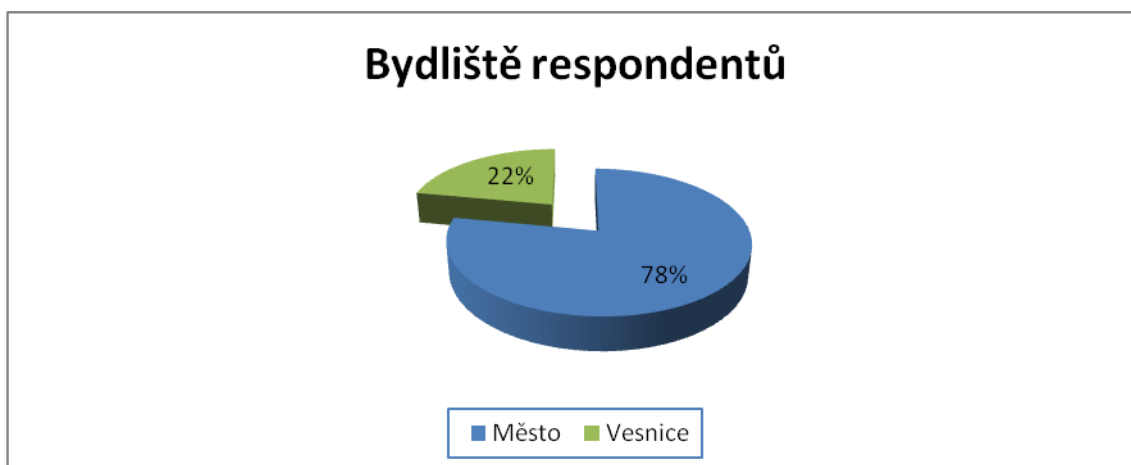
*Zdroj: Vlastní výzkum*

Muži v Ústavním zařízení vytvořili skupinu respondentů v počtu 56 jedinců, což odpovídá 50 % z celkového počtu mužů.

Ženy v Ústavním zařízení vytvořily skupinu respondentů v počtu 40 jedinců, což odpovídá 80 % z celkového počtu žen.

Muži v ambulanci pro léčbu závislosti byli zastoupeni v 50 % tj. z celkového počtu mužů 56. Ženy v ambulanci pro léčbu závislosti byli zastoupeni v 20 % tj. z celkového počtu žen 10.

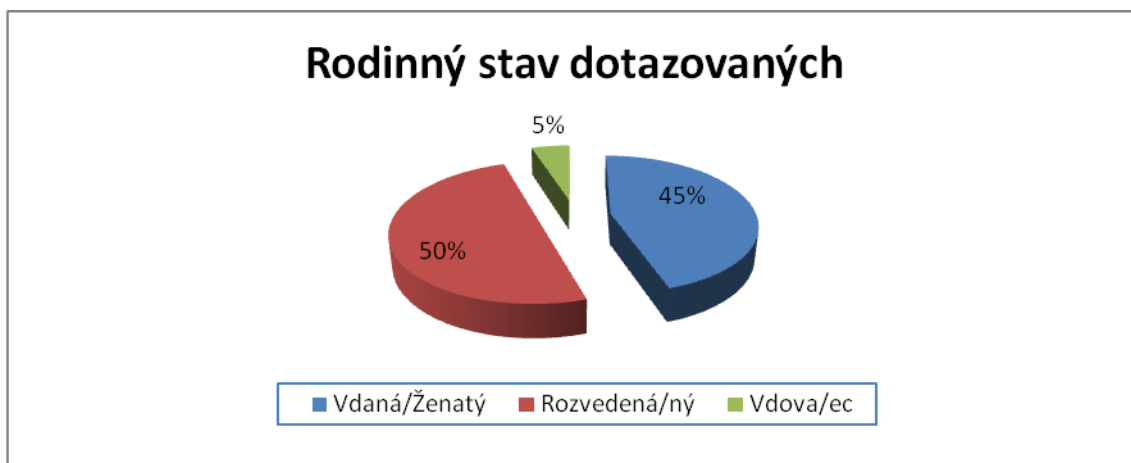
**Graf 4: Místo bydliště: město/ vesnice**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Respondentů s trvalým bydlištěm ve městě jich vyplnilo dotazník 126. V menšině byli obyvatelé vesnic, kterých bylo dle dotazníků 36 tj. 22 % z celkového počtu.

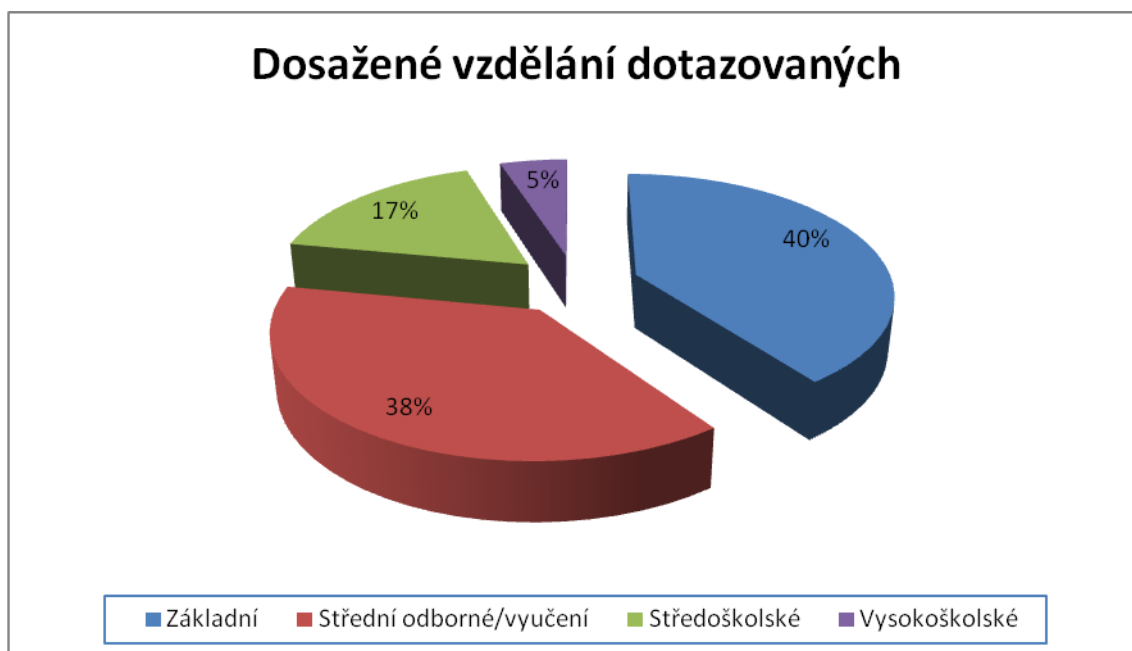
**Graf 5: Rodinný stav dotazovaných**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

V kolonce „Rodinný stav“ zaškrtno 81 dotazovaných – Rozvedená/ý – Ti tvořili 50 % skupinu. O 5 % méně dotazovaných tj. 45 % jich bylo vdaných/ ženatých a 8 osob zaškrtno kolonku Vdovec/a.

**Graf 6: Vzdělání:**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

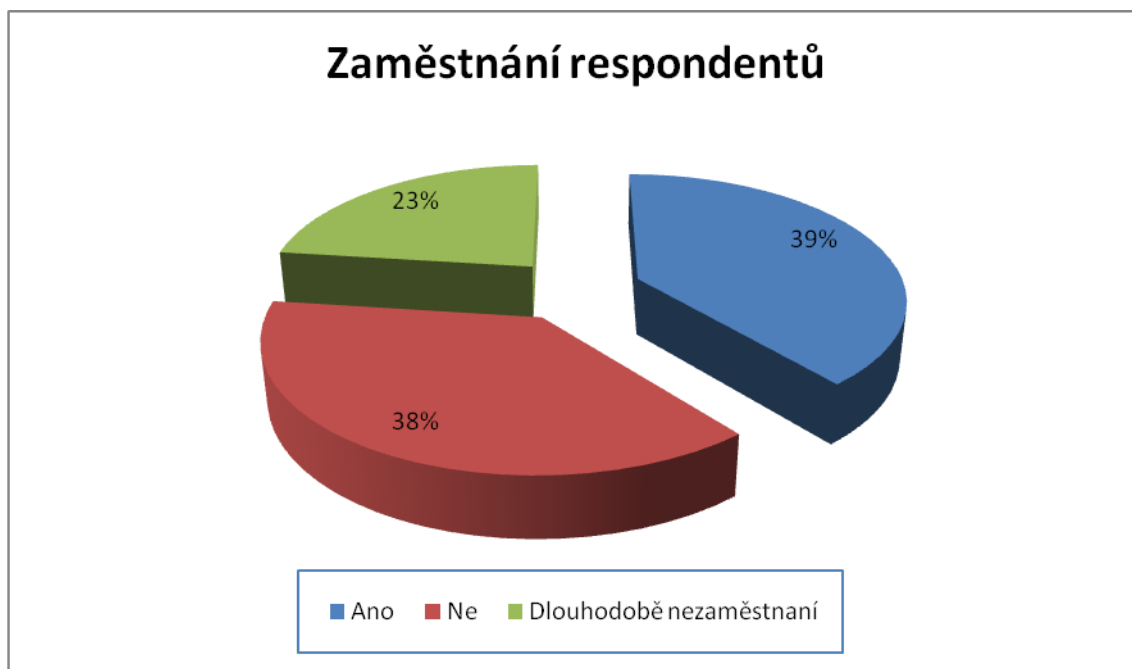
Nejvíce zastoupení respondenti byli Ti, kteří mají Střední základní vzdělání – tvořili smutných 40 %, což odpovídá 64 osobám z celkového počtu účastněných výzkumu.

62 klientů tj. 38 % bylo vyučených

28 respondentů bylo středoškoláky tj. 17 % všech zúčastněných

5 % odpovídajících 8 respondentům byli vysokoškolsky vzdělání.

**Graf 7: Zaměstnání:**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Dlouhodobě nezaměstnaní probandí byli zastoupeni v počtu 37 tj. 23% ze všech dotázaných.

V současné době nezaměstnaných 62 tj. 38 % ze všech dotázaných.

O 1 % více probandů bylo v době vyplňování dotazníků zaměstnaných, tvořili skupinu v počtu 63 jedinců.



**Graf 8: Stres v zaměstnání**



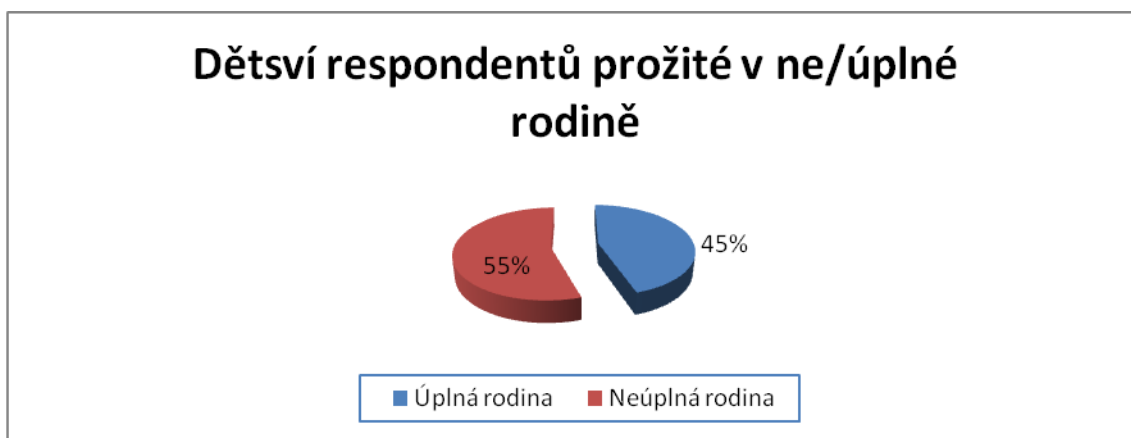
*Zdroj: Vlastní výzkum*

Výraznou převahu na dotaz stresu prožívaného v souvislosti s výkonem povolání měli odpovědi probandů potvrzující tento jejich subjektivní pocit – Ano – v této otázce zaškrtno 105 jedinců, tj. 65 % ze všech dotázaných.

„Ne“ - probandi zaškrtnli v 33 %, tzn., že tak učinilo 54 jedinců.

Odpovědi „Občas“ využila 2 % dotázaných, tzn. 3 osoby.

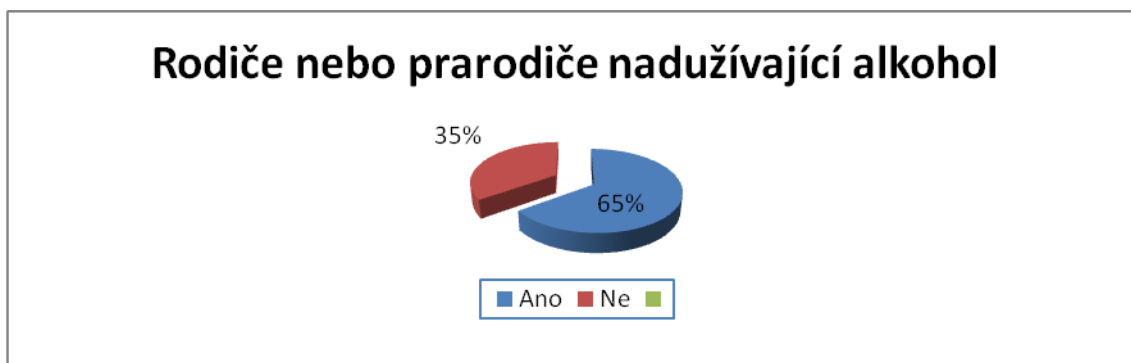
**Graf 9: Dětství I.**



V úplné rodině prožilo své dětství 73 dotázaných, kteří tvořili 45 % skupinu.

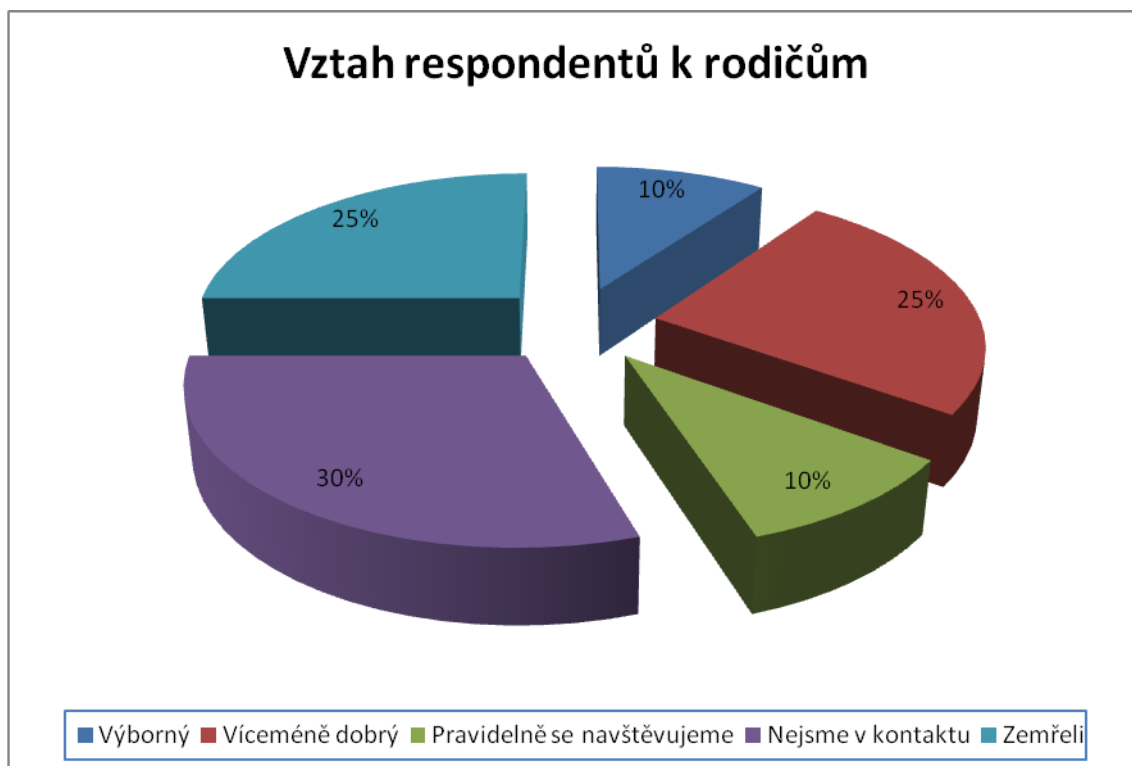
Neúplná rodina byla domovem 89 dotázaných, kteří tvořili početnější 55 % skupinu.

**Graf 10: Problém s alkoholem v rodině**



Rodiče probandů označili za problematické ve vztahu k alkoholu v 65 % tj., učinilo tak 89 jedinců. Naopak, tak označilo svou odpověď 73 jedinců, tj. 35 % ze všech dotázaných.

**Graf 11: Vztahy s rodiči:**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Za „výborný“ označilo svůj vztah s rodiči 16 dotázaných, tj. 10 % ze všech dotázaných.

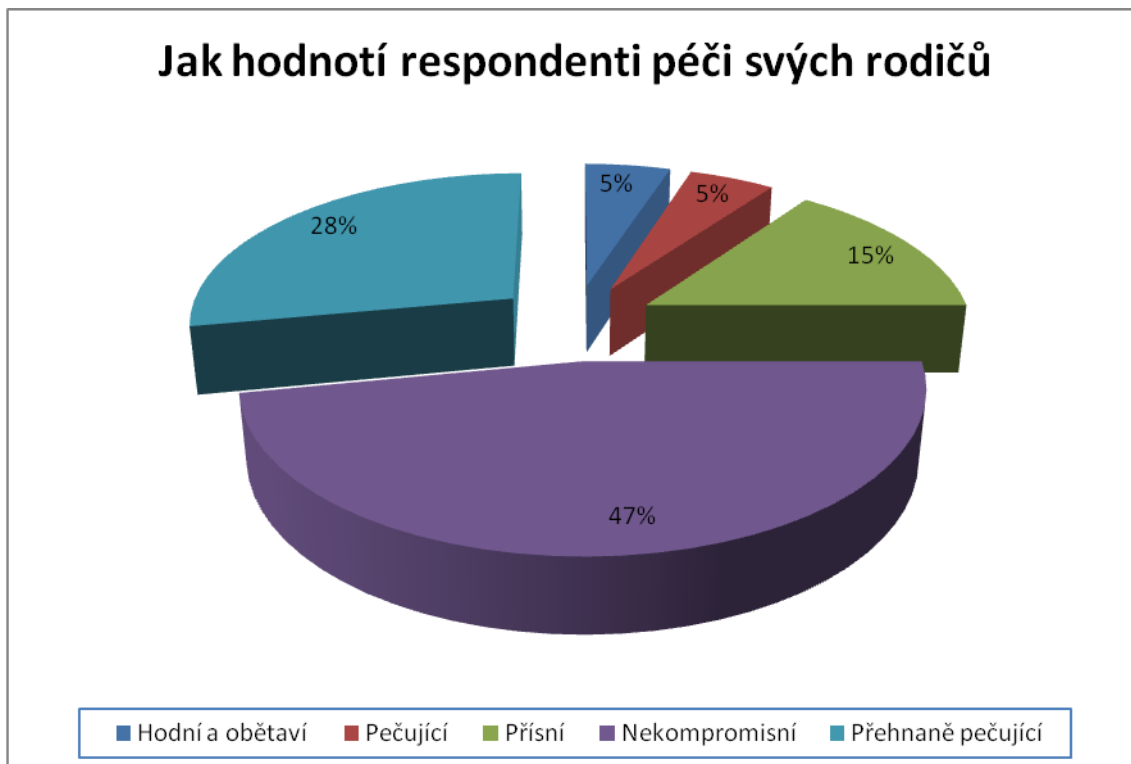
Jako „víceméně dobrý“ jej vidí 41 dotázaných, tj. 25 % ze všech dotázaných.

Pravidelné návštěvy s rodiči potvrdilo svou odpovědí 16 dotázaných, tj. 10 % ze všech dotázaných.

Bez kontaktu s rodiči bylo 49 dotázaných, kteří tak odpověděli v 30 % ze všech dotázaných.

Skupinu 40 jedinců tvořili Ti, kterým již rodiče zemřeli.

**Graf 12: Péče rodičů**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Za „nekompromisní“, označilo své rodiče nejvíce dotázaných v počtu 76, tvořili 47% převahu nad dalšími možnými odpověďmi.

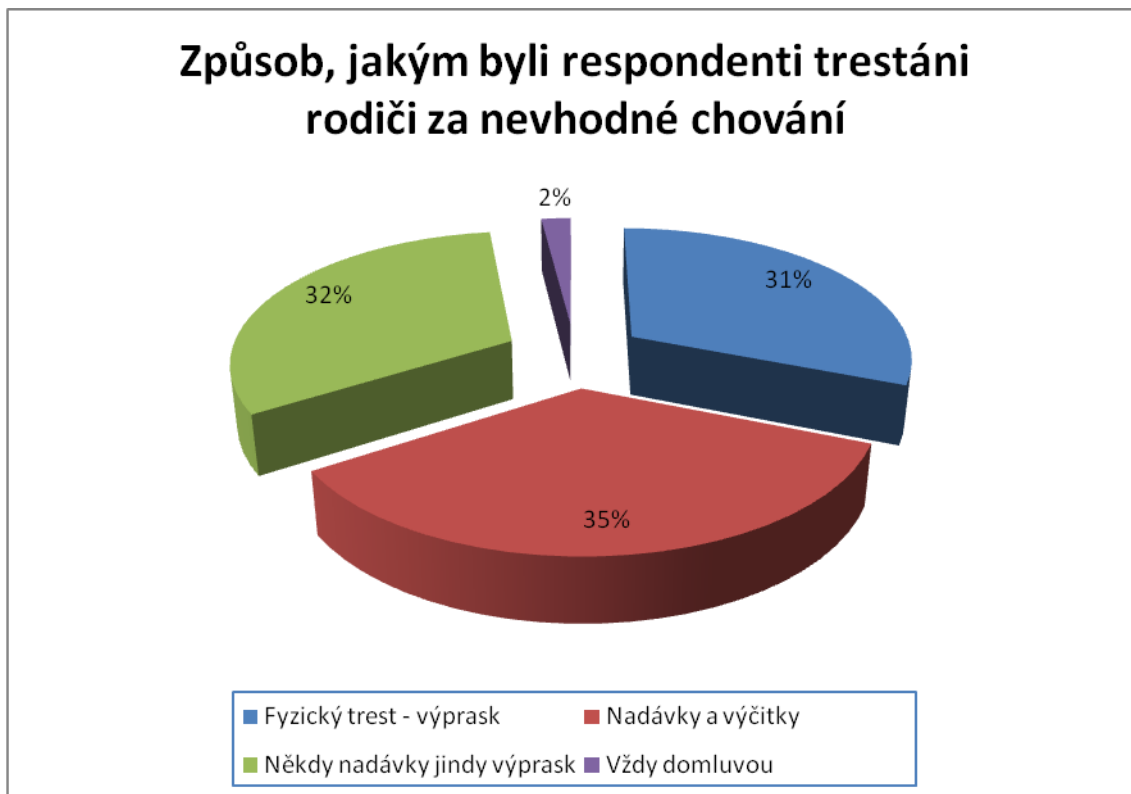
Jako „přehnaně pečující“ označilo své rodiče 45 dotázaných, tzn., vytvořili 28% skupinu.

Přísnými byli vnímání rodiče 24 klientů, tvořících 15% skupinu.

Za pečující označili probandi své rodiče v 5 %.

Z hodných a obětavých rodičů se dle dotazníků těšilo 5 % jedinců.

**Graf 13: Způsob trestání rodičů za nevhodné chování**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

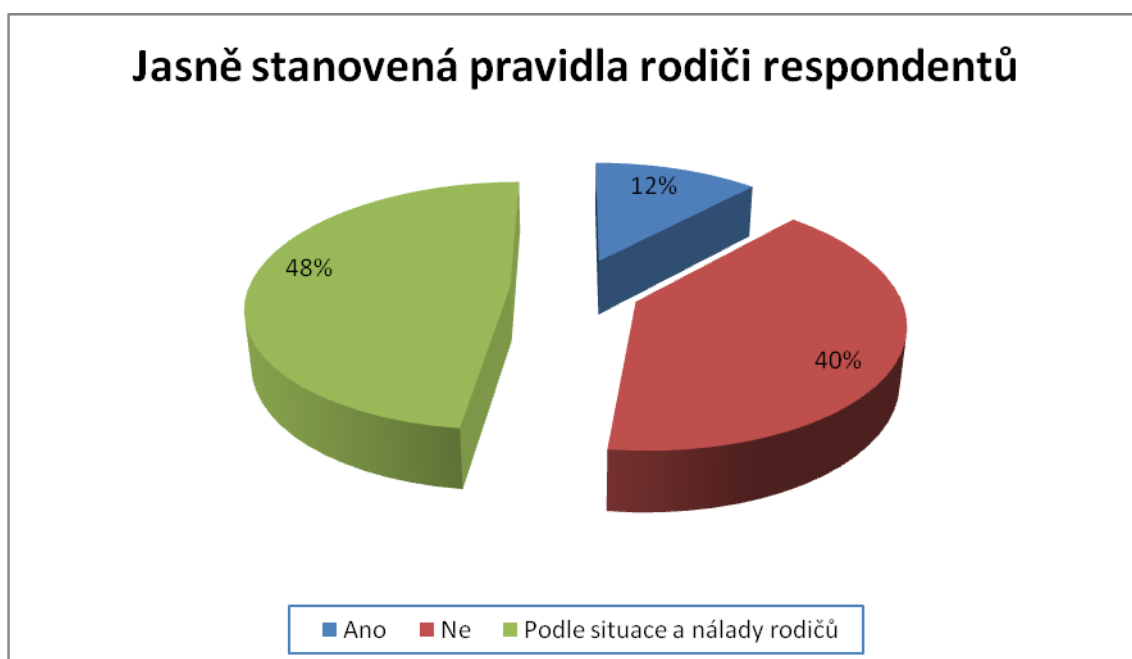
Nejpočetnější skupina rodičů respondentů volila jako způsob trestání nadávky a výčitky, tak označili respondenti v celých 35 %.

Fyzicky trestalo 31 % rodičů dotázaných závislých.

Kombinace výše uvedených volilo 31 % zákonných zástupců respondentů.

Pouhá 2 % dotázaných si vzpomíná na řešení problému či jako způsob trestu domluvu s rodiči.

**Graf 14. Jasně stanovená pravidla rodiči respondentů**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Jasně stanovená pravidla ve výchově dle výzkumu nepoznalo 88 respondentů.

U 78 klientů tvořících 48% skupinu rodiče měnili své názory, co dítě smí a co nikoliv podle situace nálady.

Výchovu bez přítomnosti jakýchkoliv pravidel udává 40 % respondentů tj. 65 z celkového počtu souboru.

Přítomnost pravidel potvrdilo 19 klientů tj. 12 % z celkového počtu dotázaných.

**Graf 15: Dětství – II.**

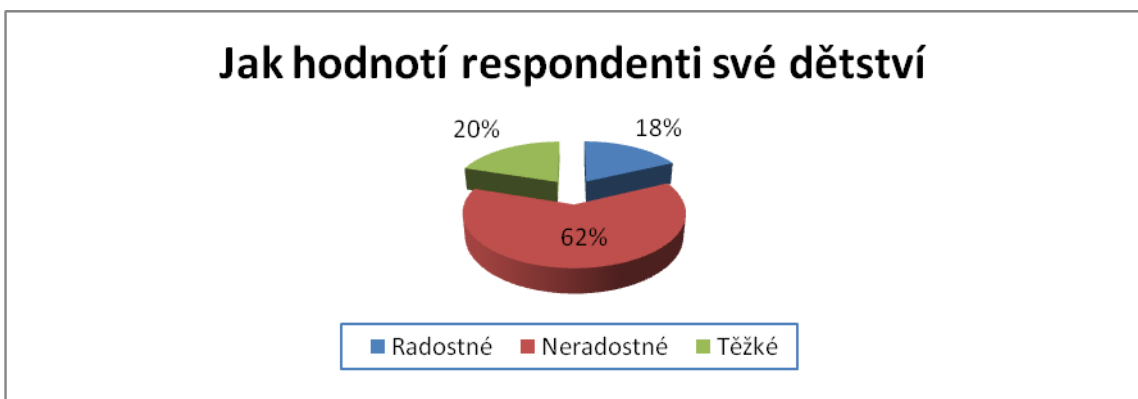


*Zdroj: Vlastní výzkum*

Nedostatek lásky ze strany obou rodičů udává v odpovědi dotazníků 25 % dotázaných tvořící skupinu 40 respondentů.

U 65 probandů je tento deficit přiřazen otci a v 57 případech byla označena matka.

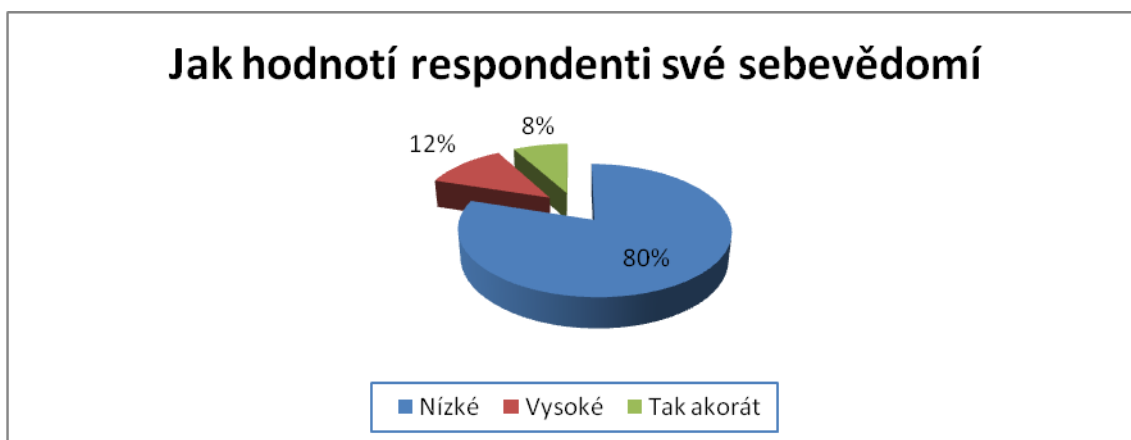
**Graf 16: Dětství III.**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Smutně neradostné hodnocení svého dětství udává 101 probandů, kteří jsou tak v nadpoloviční většině oproti “radostné“ méně početné 18% skupině čítající 29 jedinců. Jako těžké, pak označilo 32 závislých tj. 20 % z celkového počtu souboru.

### Graf 17: Sebevědomí



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Za nízké považuje své sebevědomí 132 dotázaných, kteří jsou tak zastoupeni v 80 %.

Normální, zdravé sebevědomí si myslí, že má 8 % závislých jedinců a 19 respondentů jej hodnotí, jako vysoké.

### Graf 18: Incidence duševních poruch u dotazovaných

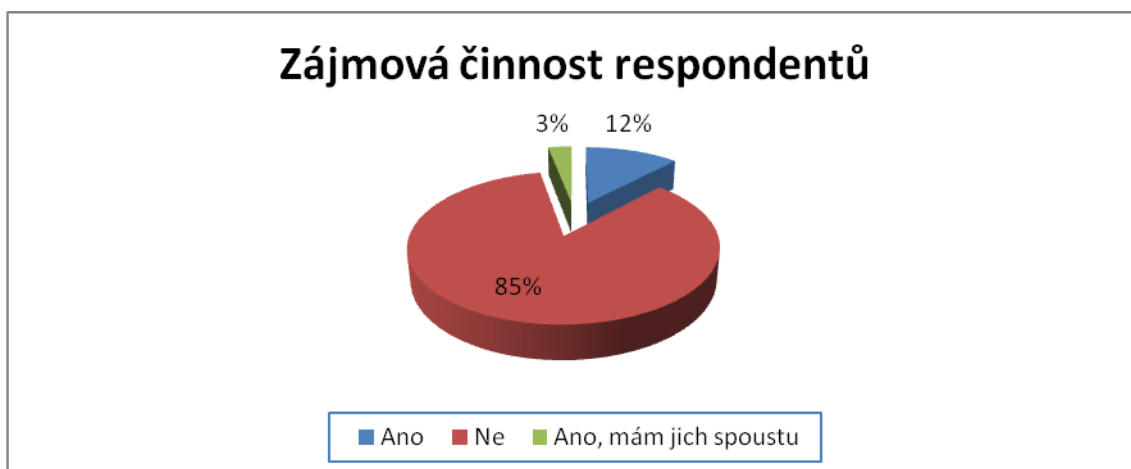


*Zdroj: Vlastní výzkum*

Přítomnost duševní poruchy u dotazovaných nepotvrzuje 125 z nich, opak 37 tj. 23 %.



**Graf 19: Zájmové činnosti**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Současnost bez zájmové činnosti přiznalo 85 % dotázaných. 19 jedinců označilo v dotazníku, že zájmy má a 5, že jich má mnoho.

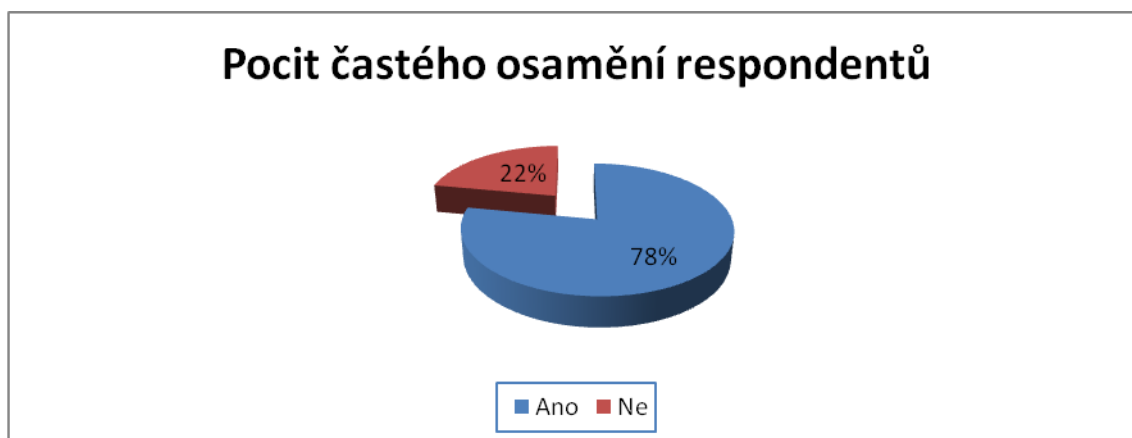
**Graf 20: Kamarádi, přátelé.**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Nadpoloviční většina respondentů udává nepřítomnost přátelského či kamarádského vztahu, necelá polovina pak přítomnost těchto vztahů potvrzuje.

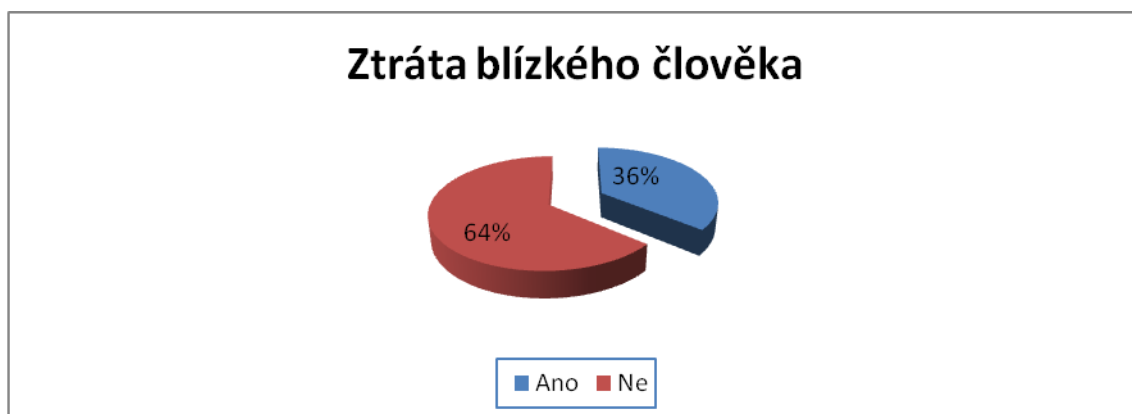
**Graf 21: Pocit osamění**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Osamocení se cítí probandi v 78 % čítající 126 jedinců. Tuto skutečnost svou odpovědí vyvrací 36 jedinců představující 22 % z celého souboru respondentů.

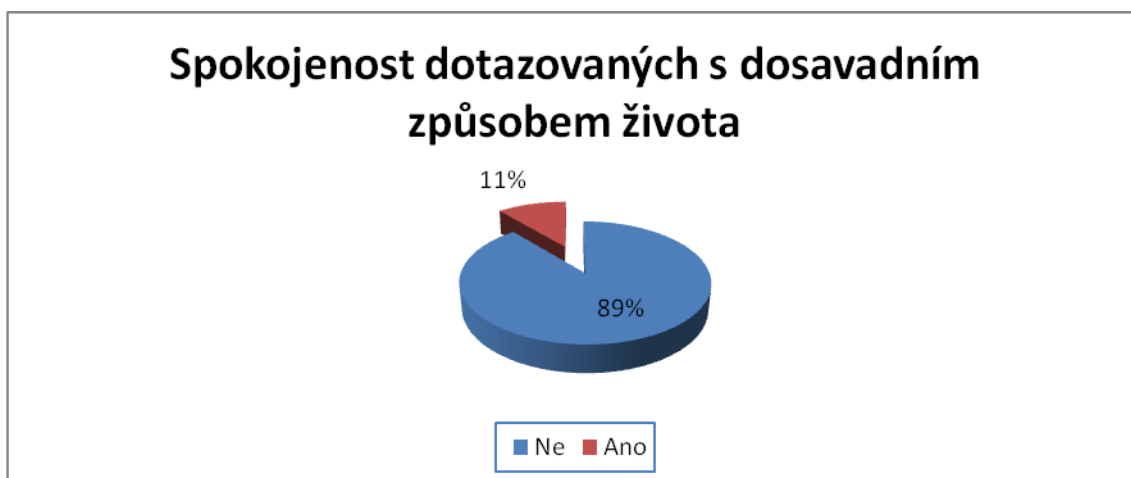
**Graf 22: Tragédie v osobním životě**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Významnou tragédií v osobním životě zažila nadpoloviční většina dotázaných, se ztrátou blízkého se nevyrovnává zbývajících 36 %.

**Graf 23: Spokojenost s dosavadním životem**

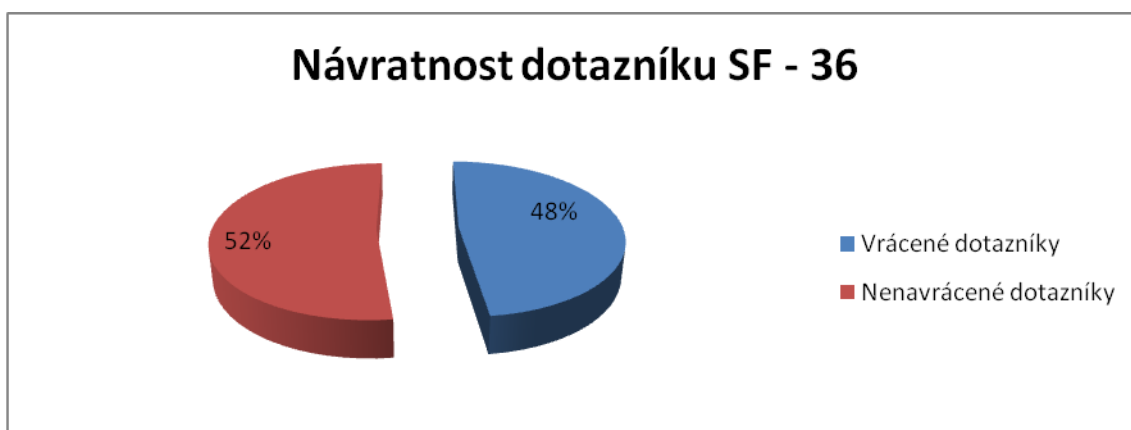


*Zdroj: Vlastní výzkum*

Za spokojené s dosavadním životem se označilo 18 respondentů a logicky, pak nespokojenost cítí 144 klientů.

### *Výzkum II.*

**Graf 1a: Procentuelní vyjádření návratnosti dotazníků**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Dotazníky byly rozdány příbuzným klientů v léčebně. Rozdáno bylo 100 dotazníků. Z toho počtu se 52 dotazníků nevrátilo, tzn. *Návratnost 48%*.

**Tabulka I. Vyjádření hodnot dotazníků – příbuzní závislých - ženy a muži**

Specimen 1:	Krumanová, příbuzní závislých		RE	SF	P	MH	EV	GHP
	PF	RP						
x	82,08	54,17	20,83	45,83	68,52	33,33	20,83	43,96
s <sup>2</sup>	274,83	1284,72	630,79	334,20	675,58	122,22	201,39	252,04
s	16,58	35,84	25,12	18,28	25,99	11,06	14,19	15,88
Specimen 2:	Oxford		RE	SF	P	MH	EV	GHP
	PF	RP						
x	88,40	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13	73,52
s <sup>2</sup>	323,28	895,90	1008,70	383,38	470,46	297,22	386,91	470,46
s	17,98	29,93	31,76	19,58	21,69	17,24	19,67	21,69
u	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
	1,86	4,32	12,09	11,29	2,44	17,86	13,88	9,10
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception
%	98,05	61,93	45,21	62,14	95,44	58,28	47,03	76,87

**u kritická = 1,68** na 5%, **2,42** na 1%

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce I. jsou zaznamenány jednotlivé domény kvality života všech 24 příbuzných na alkoholu závislých respondentů v porovnání s evropským standardem Oxford.

- V první doméně – **Fyzické funkce** – dosahují průměrného skóre **98,05 %**, při u – shledané 1,86. Daný **jev je statisticky významný na 5% hladině významnosti.**
- Ve druhé doméně – **Fyzické omezení rolí** – dosahují průměrného skóre **61,9 %**, při u – shledané 4,32. Shledávám daný **jev statisticky významný na 5% i 1% hladině významnosti.**
- Ve třetí doméně – **Emoční omezení rolí** – dosahují průměrného skóre **45,21 %**, při u – shledané 12,09. Potvrzují, že tento **jev je vysoce statisticky významný na 5% a také 1% hladině významnosti.**

- Ve čtvrté doméně – **Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí** – dosahují průměrného skóre **62,14 %**, při u – shledané 11,29. Potvrzují tedy, že tento **jev je vysoce statisticky významný u obou % hladin významnosti.**

- V páté doméně – **Bolest** – dosahují průměrného skóre **95,44 %**, při u – shledané 2,44. Shledávám tedy **jev statisticky významným na 5% hladině významnosti a stejně tak na 1% hladině významnosti.**

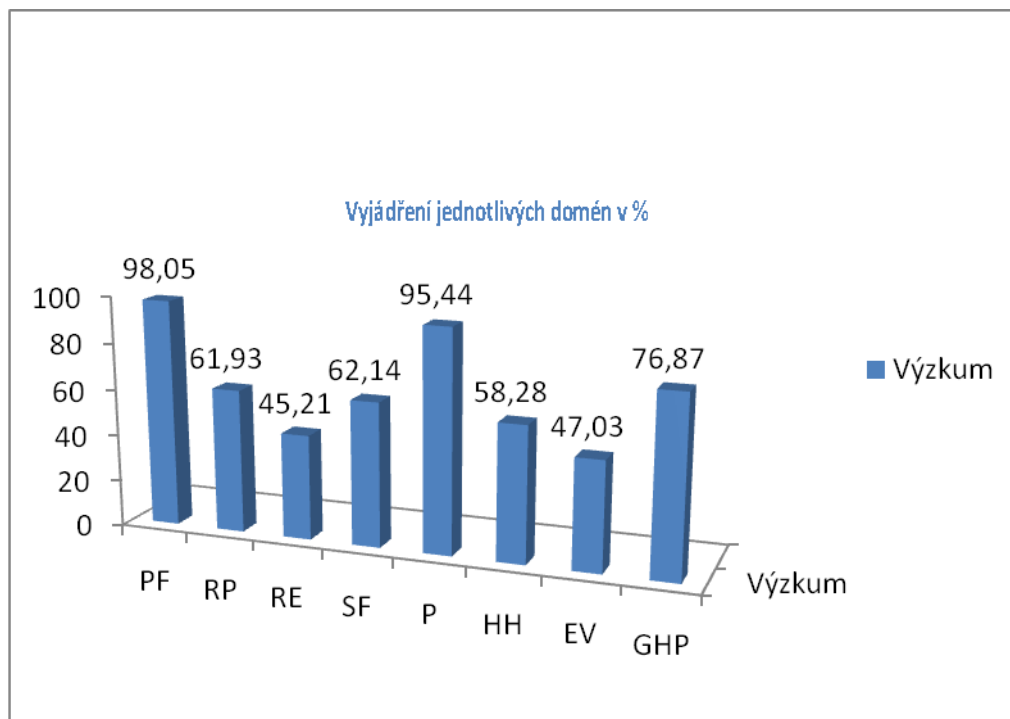
- V šesté doméně – **Všeobecné duševní zdraví** – dosahují průměrného skóre **58,28 %**, při u – shledané 17,86. Potvrzují, že daný **jev je vysoce statisticky významný i na 1% hladině významnosti.**

- V sedmé doméně – **Vitalita** – dosahují průměrného skóre **47,03 %**, při u – shledané 13,88. Potvrzují, že daný **jev je statisticky významný i na 1% hladině významnosti.**

- V osmé doméně – **Vnímání vlastního zdraví** – dosahují průměrného skóre **76,87 %**, při u – shledané 9,10. Shledávám daný **jev jako statisticky významný na 1 % hladině významnosti.**

Všechny domény jsou statisticky významné na 5% hladině významnosti a pouze doména PF – fyzických funkcí není významná i na 1% hladině významnosti. Tudíž žádná z osmi domén nebyla pod hladinou statistické významnosti. V doméně Fyzické funkce, Bolesti a Vnímání vlastního zdraví dokonce přesáhly % hodnoty oproti evropskému standardu Oxford, který činí 100 %.

Graf 1. Procentuální vyjádření souboru respondentů – příbuzných závislých – v porovnání s Oxfordem.



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Graf 1. Vyjadřuje jednotlivé domény v procentech. Procentuální vyjádření poměru souboru – příbuzných závislých s evropským standardem Oxford.

**Tabulka II. Vyjádření hodnot dotazníků – příbuzní závislých- ženy**

Specimen 1:	Krumanová, příbuzní závislých (F)							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	79,69	54,69	12,50	41,41	63,89	28,50	16,88	37,81
s <sup>2</sup>	282,71	1423,34	260,42	307,01	686,73	73,75	180,86	174,90
s	16,81	37,73	16,14	17,52	26,21	8,59	13,45	13,23
Specimen 2:	Oxford							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	88,40	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13	73,52
s <sup>2</sup>	323,28	895,90	1008,70	383,38	470,46	297,22	386,91	470,46
s	17,98	29,93	31,76	19,58	21,69	17,24	19,67	21,69
u	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
u	2,07	3,30	17,40	10,63	2,69	21,01	13,14	10,77
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception
%	86,86	63,72	15,07	47,05	78,51	38,63	27,61	51,24

**u kritická = 1,70 na 5%, 2,46 na 1%**

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce II. jsou popsány jednotlivé domény kvality života příbuzných závislých žen ve srovnání s evropským standardem.

- V první doméně – **Fyzické funkce** – dosahují průměrného skóre **86,86 %**, při u – shledané 2,07. **Potvrzují, že daný jev je statisticky významný na 5% hladině významnosti.**

- Ve druhé doméně – **Fyzické omezení rolí** – dosahují průměrného skóre **63,72 %**, při u – shledané 3,30. **Shledávám daný jev jako statisticky významný na 1% i 5% hladině významnosti.**

- Ve třetí doméně – **Emoční omezení rolí** – dosahují průměrného skóre **15,07 %**, při u – shledané 17,40, jež činí tento **jev vysoce statisticky významným i na 1% hladině významnosti.**

- Ve čtvrté doméně – **Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí** – dosahují průměrného skóre **47,05 %**, při u – shledané 10,63. Potvrzují **jev vysoce statisticky významným také při 1% hladině významnosti.**

- V páté doméně – **Bolest** – dosahují průměrného skóre **78,51 %**, při u – shledané 2,69. Shledávám, že daný **jev je statisticky významný na obou hladinách významnosti.**

- V šesté doméně – **Všeobecné duševní zdraví** – dosahují průměrného skóre **38,63 %**, při u – shledané 21,01. Tento **jev je vysoce statisticky významný i s ohledem ku 1% hladině významnosti.**

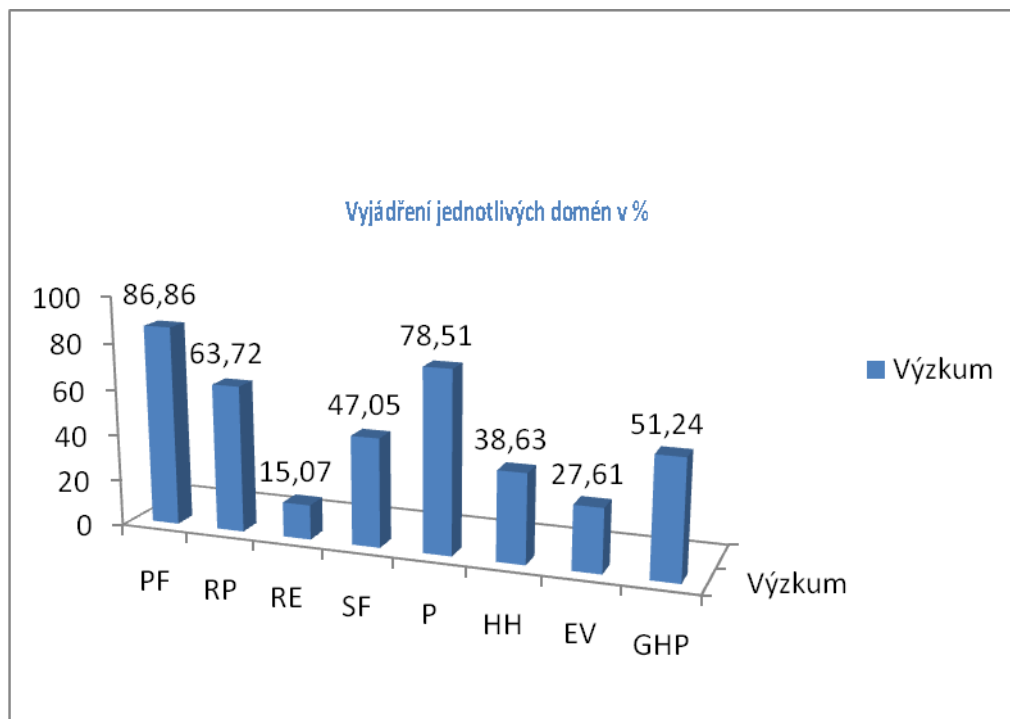
- V sedmé doméně – **Vitalita** – dosahují průměrného skóre **27,61 %**, při u – shledané 13,14. Potvrzují **jev značně statisticky významným i při 1% hladině významnosti.**

- V osmé doméně – **Vnímání vlastního zdraví** – dosahují průměrného skóre **51,24 %**, při u – shledané 10,77, což činí daný **jev velice statisticky významným na 5% a také na 1% hladině významnosti.**

Všechny domény jsou vysoce statisticky významné na 5% hladině významnosti. A téměř všechny i na 1% hladině významnosti. V doméně Fyzické funkce se dokonce nejvíce přiblížili 86,86 % evropskému standardu Oxford.



Graf 2. Procentuální vyjádření souboru respondentů – příbuzných závislých žen – v porovnání s Oxfordem.



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 2. Vyjadřuje jednotlivé domény v procentech. Procentuální vyjádření poměru souboru – příbuzných závislých žen s evropským standardem Oxford.

**Tabulka III. Vyjádření hodnot dotazníků – příbuzní závislých- muži**

Specimen 1:	Krumanová, příbuzní závislých (M)							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	86,88	53,13	37,50	54,69	77,78	43,00	28,75	56,25
s <sup>2</sup>	224,61	1005,86	954,86	271,00	524,69	79,00	148,44	179,69
s	14,99	31,72	30,90	16,46	22,91	8,89	12,18	13,40
Specimen 2:	Oxford							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	88,40	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13	73,52
s <sup>2</sup>	323,28	895,90	1008,70	383,38	470,46	297,22	386,91	470,46
s	17,98	29,93	31,76	19,58	21,69	17,24	19,67	21,69
u	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
	0,29	2,91	4,16	5,72	0,46	9,78	7,51	3,64
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception
%	98,05	61,93	45,21	62,14	95,44	58,28	47,03	76,87

**u kritická = 1,86** na 5%, **2,90** na 1%

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce III. jsou popsány jednotlivé domény kvality života příbuzných závislých mužů ve srovnání s evropským standardem.

- V první doméně – **Fyzické funkce** – dosahují průměrného skóre **98,05 %**, při u – shledané 0,29. Vyvracím tedy **statistickou významnost**.
- Ve druhé doméně – **Fyzické omezení rolí** – dosahují průměrného skóre **61,93 %**, při u – shledané 2,91. Shledávám daný **jev jako statisticky významný na 1% i 5% hladině významnosti**.

- Ve třetí doméně – **Emoční omezení rolí** – dosahují průměrného skóre **45,21 %**, při u – shledané 4,16, jež činí tento **jev statisticky významným i na 1% hladině významnosti.**

- Ve čtvrté doméně – **Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí** – dosahují průměrného skóre **72,14 %**, při u – shledané 5,72. Potvrzují **jev statisticky významným také při 1% hladině významnosti.**

- V páté doméně – **Bolest** – dosahují průměrného skóre **95,44 %**, při u – shledané 0,24. Neshledávám, že daný **jev statisticky významným.**

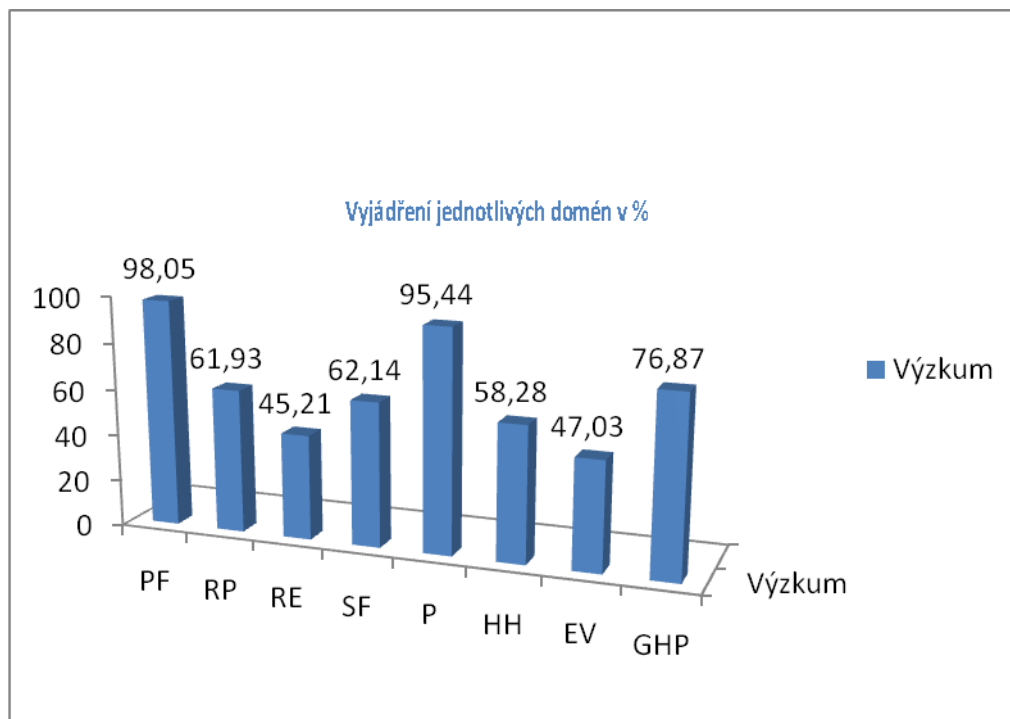
- V šesté doméně – **Všeobecné duševní zdraví** – dosahují průměrného skóre **58,28 %**, při u – shledané 10,71. Tento **jev je vysoce statisticky významný i s ohledem k 1% hladině významnosti.**

- V sedmé doméně – **Vitalita** – dosahují průměrného skóre **47,03 %**, při u – shledané 7,51. Potvrzují **jev statisticky významným i při 1% hladině významnosti.**

- V osmé doméně – **Vnímání vlastního zdraví** – dosahují průměrného skóre **76,87 %**, při u – shledané 3,64 což činí daný **jev velice statisticky významným na 5% a také na 1% hladině významnosti.**

Domény Bolest a Fyzické funkce nejsou statisticky významnými ani na jedné hladině významnosti. U ostatních je tomu naopak a statisticky jsou data významná jak na 5%, tak i na 1% hladině významnosti. V doméně Vnímání vlastního zdraví se data dokonce nejvíce přiblížili 76,87 % evropskému standardu Oxford.

Graf 3. Procentuální vyjádření souboru respondentů – příbuzných závislých žen – v porovnání s Oxfordem.



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Graf 3. Vyjadřuje jednotlivé domény v procentech. Procentuální vyjádření poměru souboru – příbuzných závislých mužů s evropským standardem Oxford.

**Tabulka IV. Vyjádření hodnot dotazníků. Příbuzní závislých muži a ženy**

<b>Specimen 1:</b>	Krumanová, příbuzní závislých (M)								
	<b>PF</b>	<b>RP</b>	<b>RE</b>	<b>SF</b>	<b>P</b>	<b>MH</b>	<b>EV</b>	<b>GHP</b>	
	<b>x</b>	86,88	53,13	37,50	54,69	77,78	43,00	28,75	56,25
	<b>s<sup>2</sup></b>	224,61	1005,86	954,86	271,00	524,69	79,00	148,44	179,69
	<b>s</b>	14,99	31,72	30,90	16,46	22,91	8,89	12,18	13,40
<b>Specimen 2:</b>	Krumanová, příbuzní závislých (F)								
	<b>PF</b>	<b>RP</b>	<b>RE</b>	<b>SF</b>	<b>P</b>	<b>MH</b>	<b>EV</b>	<b>GHP</b>	
	<b>x</b>	79,69	54,69	12,50	41,41	63,89	28,50	16,88	37,81
	<b>s<sup>2</sup></b>	282,71	1423,34	260,42	307,01	686,73	73,75	180,86	174,90
	<b>s</b>	16,81	37,73	16,14	17,52	26,21	8,59	13,45	13,23
	<b>PF</b>	<b>RP</b>	<b>RE</b>	<b>SF</b>	<b>P</b>	<b>MH</b>	<b>EV</b>	<b>GHP</b>	
<b>u</b>	1,06	0,11	2,15	1,82	1,33	3,81	2,17	3,19	
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception	
<b>%</b>	88,27	102,93	33,3	75,71	82,14	66,27	58,81	66,89	

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce IV. je zaznamenáno 8 domén kvality života na alkoholu závislých mužů v porovnání s na alkoholu závislými ženami.

- V první doméně – **Fyzické funkce** – dosahují průměrného skóre **88,27 %**, při  $u = 1,06$  se potvrzuje, že daný jev **není statisticky významný na 5% hladině významnosti**.
- Ve druhé doméně – **Fyzické omezení rolí** – dosahují průměrného skóre **102,93 %**, při  $u = 0,11$ . Shledávám, že daný jev **není statisticky významný**.
- Ve třetí doméně – **Emoční omezení rolí** – dosahují průměrného skóre **33,3 %**, při  $u = 2,15$  z čehož vyplývá, že tento jev **je statisticky významný i na 1% významnosti**.

- Ve čtvrté doméně – **Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí** – dosahují průměrného skóre **75,71 %**, při u – shledané 1,82. Utvrzují tak **jev statisticky významným při 5% významnosti.**

- V páté doméně – **Bolest** – dosahují průměrného skóre **82,14 %**, u – shledaná je 1,33. Tento **jev je tedy pod 5% hladinou významnosti.**

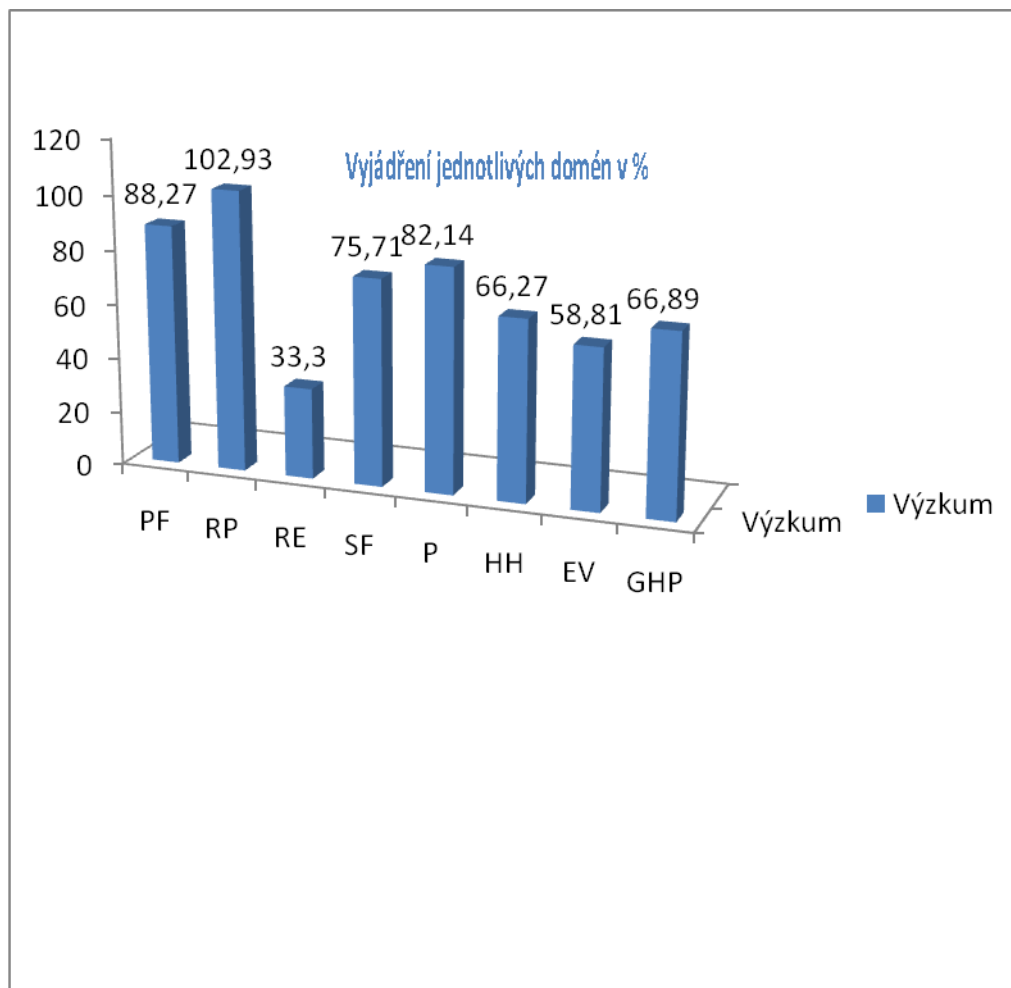
- V šesté doméně – **Všeobecné duševní zdraví** – dosahují průměrného skóre **66,27 %**, při u – shledané 3,81. Potvrzují, **jev jako statisticky významný u obou hladin významnosti.**

- V sedmé doméně – **Vitalita** – dosahují průměrného skóre **58,81 %**, při u – shledané 2,17. Z toho vyplývá, že **jev je statisticky významný, a to při 1% i 5% hladině významnosti.**

- V osmé doméně – **Vnímání vlastního zdraví** – dosahují průměrného skóre **66,89** – shledané 3,19. Potvrzují, že daný **jev je statisticky významný i s při 1% hladině významnosti.**

V doménách: Fyzické funkce, Fyzické omezení rolí a Bolest neshledávám statistickou nevýznamnost, která je naopak zcela zjevná v doméně Všeobecné duševní zdraví a Vnímání vlastního zdraví. Ve zbylých doménách jsou jevy statisticky významné těsně nad hranicemi statistické významnosti.

Graf 4. Procentuální vyjádření souboru respondentů – příbuzných závislých žen – v porovnání s Oxfordem.



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Graf 4. Vyjadřuje jednotlivé domény v procentech. Procentuální vyjádření poměru souboru – příbuzní závislých - muži s ženami.

**Tabulka V. Vyjádření hodnot dotazníků**

Specimen 1:	Krumanová, závislí na alkoholu						
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV
x	77,71	33,33	20,83	31,25	62,04	21,17	25,63
s <sup>2</sup>	466,62	659,72	353,01	351,56	637,00	115,31	336,07
s	21,60	25,69	18,79	18,75	25,24	10,74	18,33
Specimen 2:	Oxford						
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV
x	88,40	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13
s <sup>2</sup>	323,28	895,90	1008,70	383,38	470,46	297,22	386,91
s	17,98	29,93	31,76	19,58	21,69	17,24	19,67
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV
u	2,42	9,99	16,13	14,81	3,77	23,92	9,47
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality
%	87,91	38,83	25,11	35,5	76,13	28,83	41,92

**u kritická = 1,68 na 5%, 2,42 na 1%**

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce V. jsou popsány jednotlivé domény kvality života všech na alkoholu závislých respondentů zúčastněných výzkumu ve srovnání s evropským standardem Oxford.

- V první doméně – **Fyzické funkce** – dosahují průměrného skóre **87,91 %**, při u – shledané 2,42. Shledávám daný jev **je statisticky významným na 5% hladině významnosti** a těsně na 1% hladině významnosti.

- Ve druhé doméně – **Fyzické omezení rolí** – dosahují průměrného skóre **38,81 %**, při u – shledané 9,91. Shledávám jev **jako statisticky významný i při 1% hladině významnosti**.



- Ve třetí doméně – **Emoční omezení rolí** – dosahují průměrného skóre **25,11 %**, při u – shledané 16,13. Potvrzují tento **jev vysoce statisticky významným a to i s ohledem na 1% hladinu významnosti.**

- Ve čtvrté doméně – **Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí** – dosahují průměrného skóre **35,50 %**, při u – shledané 16,81. Daný jev, je zjevně **vysoce statisticky významný na obou % hladin významnosti.**

- V páté doméně – **Bolest** – dosahují průměrného skóre **76,13 %**, při u – shledané 3,77 činí **jev je mírně statisticky významným na 5% hladině významnosti.**

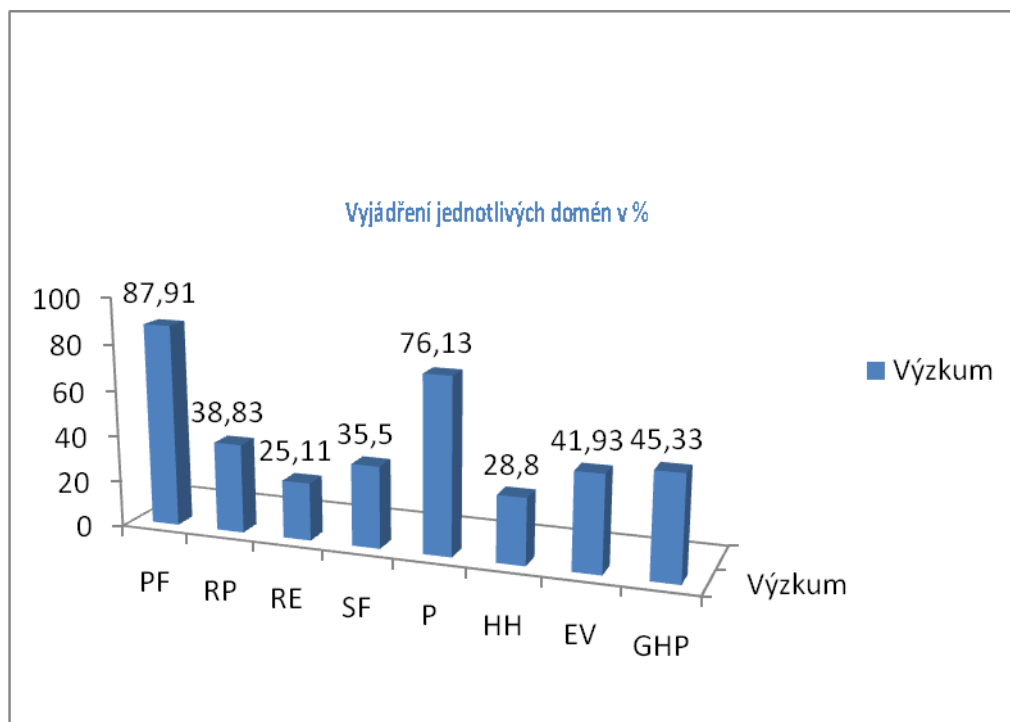
- V šesté doméně – **Všeobecné duševní zdraví** – dosahují průměrného skóre **28,83 %**, při u – shledané 23,92. Potvrzují **jev jako velmi statisticky významný již při 1% hladině významnosti.**

- V sedmé doméně – **Vitalita** – dosahují průměrného skóre **41,92 %**, při u – shledané 9,47. Shledávám **jev statisticky významným na jak na 1%, tak na 5% hladině významnosti.**

- V osmé doméně – **Vnímání vlastního zdraví** – dosahují průměrného skóre **45,33 %**, při u – shledané 10,64. Potvrzují, že daný **jev je znatelně statisticky významný na 1% a tudíž i podstatněji na 5% hladině významnosti.**

Všech 8 domén je statisticky významným hlediskem na 5% hladině významnosti. Jen v první doméně Fyzické funkce se průměrné skóre nejvíce snížilo k 1% hladině významnosti. Všeobecné duševní zdraví je pak doménou nejznatelněji statisticky významnou.

Graf 5. Procentuální vyjádření souboru respondentů – všech závislých na alkoholu - žen i mužů - v porovnání s Oxfordem.



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Graf 5. Vyjadřuje jednotlivé domény v procentech. Procentuální vyjádření poměru souboru – všech závislých na alkoholu s evropským standardem Oxford.

**Tabulka VI. Vyjádření hodnot dotazníků – závislý na alkoholu a příbuzní závislých**

Specimen 1:	Krumanová, závislí na alkoholu							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	77,71	33,33	20,83	31,25	62,04	21,17	25,63	33,33
s <sup>2</sup>	466,62	659,72	353,01	351,56	637,00	115,31	336,07	340,97
s	21,60	25,69	18,79	18,75	25,24	10,74	18,33	18,47
Specimen 2:	Krumanová, příbuzní závislých							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	82,08	54,17	20,83	45,83	68,52	33,33	20,83	43,96
s <sup>2</sup>	274,83	1284,72	630,79	334,20	675,58	122,22	201,39	252,04
s	16,58	35,84	25,12	18,28	25,99	11,06	14,19	15,88
u	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
	0,79	2,31	0,00	2,73	0,88	3,87	1,01	2,14
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception
%	94,67	61,25	100	68,18	90,46	63,51	123,09	75,81

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce IV. je zaznamenáno 8 domén kvality života na alkoholu závislých v porovnání s příbuznými závislých.

Zdroj: Vlastní výzkum

- V první doméně – **Fyzické funkce** – dosahují průměrného skóre **94,67 %**, při u – shledané 0,79 se potvrzuje, že daný jev **není statisticky významný**.
- Ve druhé doméně – **Fyzické omezení rolí** – dosahují průměrného skóre **61,25 %**, při u – shledané 2,31. Shledávám, že daný jev **je statisticky významný na 5% hladině významnosti**.

- Ve třetí doméně – **Emoční omezení rolí** – dosahují průměrného skóre **100 %**, při  $u$  – shledané 0,00 z čehož vyplývá, že tento **jev není vůbec statisticky významný, respondenti se v této doméně plně shodují.**

- Ve čtvrté doméně – **Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí** – dosahují průměrného skóre **68,18 %**, při  $u$  – shledané 2,73. To činí tento **jev statisticky významným při 5% významnosti.**

- V páté doméně – **Bolest** – dosahují průměrného skóre **90,46 %**,  $u$  – shledaná je 0,88. Tento **jev je tedy pod 5% hladinou významnosti.**

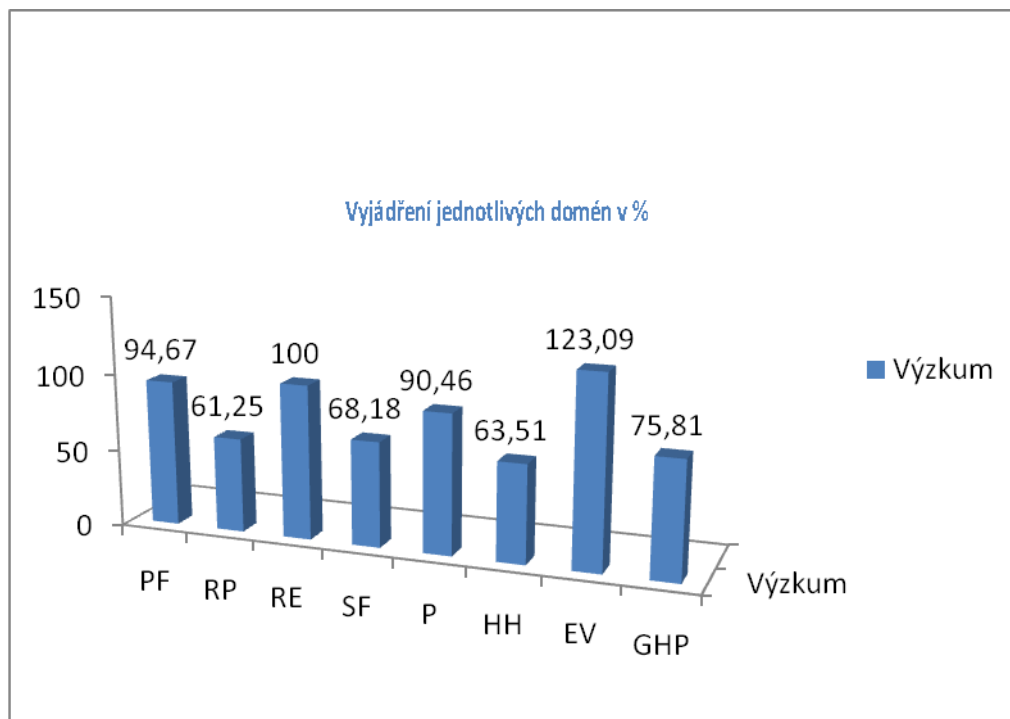
- V šesté doméně – **Všeobecné duševní zdraví** – dosahují průměrného skóre **63,51 %**, při  $u$  – shledané 3,87. Potvrzují, **jev jako statisticky významný u obou hladin významnosti.**

- V sedmé doméně – **Vitalita** – dosahují průměrného skóre **123,09 %**, při  $u$  – shledané 1,01. Z toho vyplývá, že **jev nepotvrzují jako statisticky významný.**

- V osmé doméně – **Vnímání vlastního zdraví** – dosahují průměrného skóre **75,81** – shledané 2,14. Potvrzují, že daný **jev je statisticky významný při 5 % hladině významnosti.**

V doménách: Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí Fyzické funkce a Všeobecné duševní zdraví je statistická významnost při 5% hladině nejzřetelnější oproti tomu je doména emoční omezení rolí je úplně statisticky nevýznamná.

Graf 6. Procentuální vyjádření souboru respondentů – všech závislých na alkoholu - žen i mužů - v porovnání s Oxfordem.



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 6. Vyjadřuje jednotlivé domény v procentech. Procentuální vyjádření poměru souboru – závislých na alkoholu s jejich příbuznými

**Tabulka VII. Vyjádření hodnot dotazníku. Závislí na alkoholu- muži.**

<b>Specimen 1:</b>	Krumanová, závislí na alkoholu (M)								
	<b>PF</b>	<b>RP</b>	<b>RE</b>	<b>SF</b>	<b>P</b>	<b>MH</b>	<b>EV</b>	<b>GHP</b>	
<b>X</b>	79,29	32,14	23,81	31,25	64,29	20,86	23,93	34,29	
<b>s<sup>2</sup></b>	513,78	663,27	385,49	396,21	761,53	146,69	297,07	449,49	
<b>S</b>	22,67	25,75	19,63	19,90	27,60	12,11	17,24	21,20	
<b>Specimen 2:</b>	Oxford								
	<b>PF</b>	<b>RP</b>	<b>RE</b>	<b>SF</b>	<b>P</b>	<b>MH</b>	<b>EV</b>	<b>GHP</b>	
<b>X</b>	88,40	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13	73,52	
<b>s<sup>2</sup></b>	323,28	895,90	1008,70	383,38	470,46	297,22	386,91	470,46	
<b>S</b>	17,98	29,93	31,76	19,58	21,69	17,24	19,67	21,69	
	<b>PF</b>	<b>RP</b>	<b>RE</b>	<b>SF</b>	<b>P</b>	<b>MH</b>	<b>EV</b>	<b>GHP</b>	
<b>U</b>	1,50	7,79	11,24	10,66	2,33	16,32	8,07	6,92	
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception	
<b>%</b>	89,96	37,45	28,71	35,5	78,89	28,27	39,14	46,64	

**u kritická = 1,76 na 5%, 2,62 na 1%**

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce VII. jsou popsány jednotlivé domény kvality života na alkoholu závislých respondentů zúčastněných výzkumu ve srovnání s evropským standardem Oxford.

- V první doméně – **Fyzické funkce** – dosahují průměrného skóre **89,96 %**, při  $u$  – shledané 1,50. Shledávám daný **jev statisticky nevýznamným**.
- Ve druhé doméně – **Fyzické omezení rolí** – dosahují průměrného skóre **37,45 %**, při  $u$  – shledané 7,79. Shledávám **jev jako statisticky významný i při 1% hladině významnosti**.

- Ve třetí doméně – **Emoční omezení rolí** – dosahují průměrného skóre **28,71 %**, při u – shledané 11,24. Potvrzují tento **jev vysoce statisticky významným, a to i s ohledem na 1% hladinu významnosti.**

- Ve čtvrté doméně – **Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí** – dosahují průměrného skóre **35,50 %**, při u – shledané 10,66. Daný jev je zjevně **statisticky významný na obou % hladin významnosti.**

- V páté doméně – **Bolest** – dosahují průměrného skóre **78,89 %**, při u – shledané 2,33 činí **jev je mírně statisticky významným na 5% hladině významnosti.**

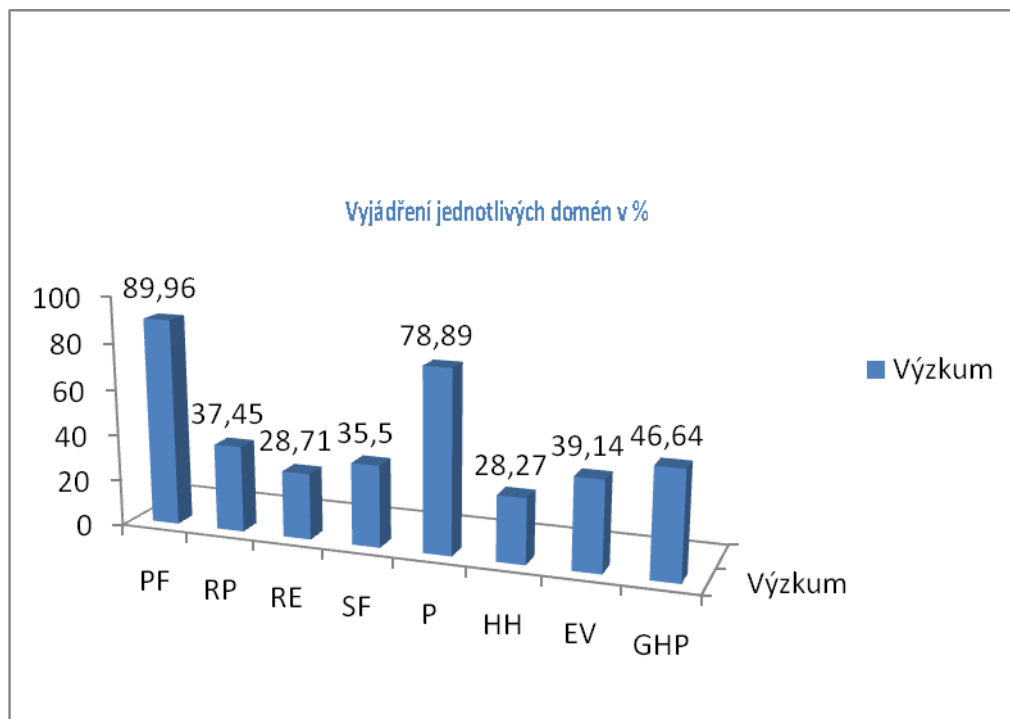
- V šesté doméně – **Všeobecné duševní zdraví** – dosahují průměrného skóre **28,27 %**, při u – shledané 16,32. Potvrzují **jev jako velmi statisticky významný, již při 1% hladině významnosti.**

- V sedmé doméně – **Vitalita** – dosahují průměrného skóre **39,14 %**, při u – shledané 8,07. Shledávám **jev statisticky významným jak na 1%, tak na 5% hladině významnosti.**

- V osmé doméně – **Vnímání vlastního zdraví** – dosahují průměrného skóre **46,64 %**, při u – shledané 6,92. Potvrzují, že daný **jev je statisticky významný při obou % hladin významnosti.**

Všech 8 domén je statisticky významným hlediskem na 5% hladině významnosti. Jen v první doméně Fyzické funkce se průměrné skóre nejvíce snížilo k 1% hladině významnosti. Všeobecné duševní zdraví je pak doménou nejznatelněji statisticky významnou.

Graf 7. Procentuální vyjádření souboru respondentů – mužů závislých na alkoholu v porovnání s Oxfordem.



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 7. Vyjadřuje jednotlivé domény v procentech. Procentuální vyjádření poměru souboru – mužů závislých na alkoholu s evropským standardem Oxford.



Tabulka VIII. Vyjádření hodnot dotazníků. Závislí na alkoholu – ženy

Specimen 1:	Krumanová, příbuzní závislých (F)							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
X	79,69	54,69	12,50	41,41	63,89	28,50	16,88	37,81
s <sup>2</sup>	282,71	1423,34	260,42	307,01	686,73	73,75	180,86	174,90
S	16,81	37,73	16,14	17,52	26,21	8,59	13,45	13,23
Specimen 2:	Oxford							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
X	88,40	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13	73,52
s <sup>2</sup>	323,28	895,90	1008,70	383,38	470,46	297,22	386,91	470,46
S	17,98	29,93	31,76	19,58	21,69	17,24	19,67	21,69
u	2,07	3,30	17,40	10,63	2,69	21,01	13,14	10,77
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception
%	86,86	63,72	15,07	47,05	78,51	38,63	27,61	51,24

u kritická = 1,70 na 5%, 2,46 na 1%

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce VIII. je zaznamenáno 8 domén kvality života na alkoholu závislých žen v porovnání s Oxfordem.

- V první doméně – **Fyzické funkce** – dosahují průměrného skóre **86,86 %**, při u – shledané 2,07 se potvrzuje, že daný jev je **mírně statisticky významný na 5% hladině významnosti**.
- Ve druhé doméně – **Fyzické omezení rolí** – dosahují průměrného skóre **63,72 %**, při u – shledané 3,30. Shledávám, že daný jev je **statisticky významný s ohledem na obě hladiny významnosti**.
- Ve třetí doméně – **Emoční omezení rolí** – dosahují průměrného skóre **15,07 %**, při u – shledané 17,40 z čehož vyplývá, že tento jev je **vysoce statisticky významný již na 1% hladině významnosti**.

- Ve čtvrté doméně – **Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí** – dosahují průměrného skóre **47,05 %**, při u – shledané 10,63. Utvvrzují tak **jev s velkou statistickou významností na 1% hladině významnosti na 5% hladině je tato znatelnost logicky podstatnější.**

- V páté doméně – **Bolest** – dosahují průměrného skóre **78,51 %**, u – shledaná je 2,69, což činí tento **jev je lehce statisticky významným na 5% hladině významnosti.**

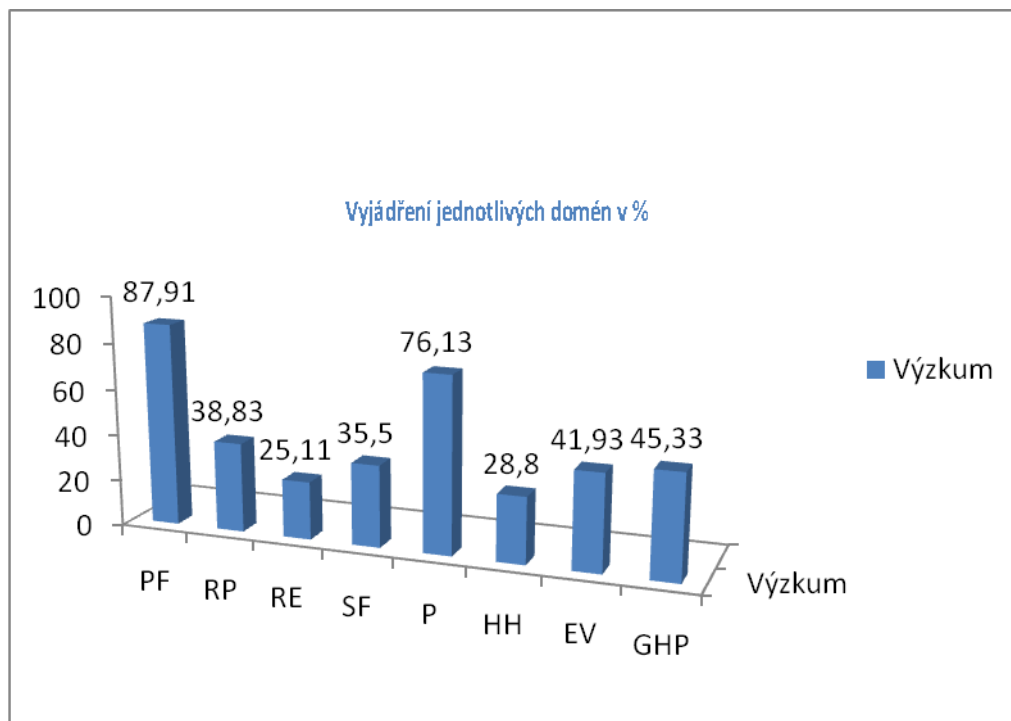
- V šesté doméně – **Všeobecné duševní zdraví** – dosahují průměrného skóre **38,63 %**, při u – shledané 21,01. Potvrzují, **jev velmi statisticky významný a to i se zřetelem na 1 % hladinou významnosti.**

- V sedmé doméně – **Vitalita** – dosahují průměrného skóre **27,61 %**, při u – shledané 13,14. Z toho vyplývá značná **statistická významnost pro obě hladiny významnosti.**

- V osmé doméně – **Vnímání vlastního zdraví** – dosahují průměrného skóre **51,24 %**, při u – shledané 10,77. Utvvrzují daný **jev, jako statisticky významný s přihlédnutím k oběma hladinám významnosti.**

Mimo první doménu Fyzických funkcí, které se nepotvrdili u vzorku souboru jako statisticky významné, jsou všechny ostatní domény nad hladinou minimální statistické významnosti. Doména Všeobecné duševní zdraví a Emoční omezení rolí jsou pak ve své významnosti nejdominantnější.

Graf 8. Procentuální vyjádření souboru respondentů – všech závislých na alkoholu - žen i mužů - v porovnání s Oxfordem.



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 8. Vyjadřuje jednotlivé domény v procentech. Procentuální vyjádření poměru souboru – všech závislých na alkoholu s evropským standardem Oxford.

Tabulka IX. Vyjádření hodnot dotazníků. Závislí na alkoholu muži a ženy.

Specimen 1:	Krumanová, závislí na alkoholu (M)							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
X	79,29	32,14	23,81	31,25	64,29	20,86	23,93	34,29
s <sup>2</sup>	513,78	663,27	385,49	396,21	761,53	146,69	297,07	449,49
S	22,67	25,75	19,63	19,90	27,60	12,11	17,24	21,20
Specimen 2:	Krumanová, závislí na alkoholu (F)							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
X	75,50	35,00	16,67	31,25	58,89	21,60	28,00	32,00
s <sup>2</sup>	392,25	650,00	277,78	289,06	445,68	71,04	381,00	186,00
S	19,81	25,50	16,67	17,00	21,11	8,43	19,52	13,64
U	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
	0,43	0,27	0,96	0,00	0,54	0,18	0,53	0,32
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception
%	105,01	91,82	142,83	100	109,16	96,57	85,46	107,15

u kritická = 1,76 na 5%, 2,62 na 1%

Zdroj: Vlastní výzkum

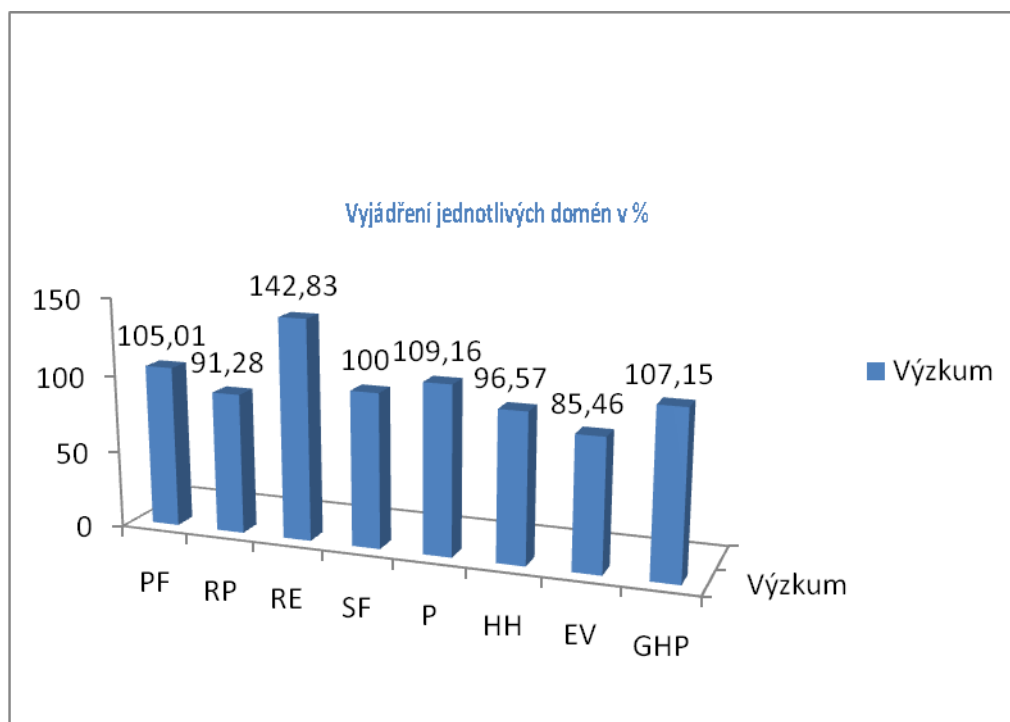
V tabulce IX. sledujeme 8 domén kvality života mužů závislých na alkoholu ve srovnání s ženami stejně postiženými.

- V první doméně – **Fyzické funkce** – dosahují průměrného skóre **105,01 %**, při u – shledané 0,43. Tudíž neshledáváme v **tomto jevu statistickou významnost**.
- Ve druhé doméně – **Fyzické omezení rolí** – dosahují průměrného skóre **91,82 %**, při u – shledané 0,27. Tento jev se jeví **jednoznačně statisticky pod hladinou 5% významnosti**.
- Ve třetí doméně – **Emoční omezení rolí** – dosahují průměrného skóre **142,83 %**, při u – shledané 0,96. Označuji tento jev za **statisticky nevýznamný**.

- Ve čtvrté doméně – **Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí** – dosahují průměrného skóre **100 %**, při u – shledané 0,00. Tento jev můžeme označit za **statisticky bezvýznamný**.
- V páté doméně – **Bolest** – dosahují průměrného skóre **109,16 %**, při u – shledané 0,54. Ze skóre vyplývá, že daný **jev je statisticky pod 5% hladinou významnosti**.
- V šesté doméně – **Všeobecné duševní zdraví** – dosahují průměrného skóre **96,57 %**, při u – shledané 0,18. Potvrzují **statistickou nevýznamnost**.
- V sedmé doméně – **Vitalita** – dosahují průměrného skóre **85,46 %**, při u – shledané 0,53. Je zřejmé, že je **jev statisticky nevýznamným**.
- V osmé doméně – **Vnímání vlastního zdraví** – dosahují průměrného skóre **107,15 %**, při u – shledané 0,32, což daný **jev potvrzuje statisticky nevýznamným pod 5% hladinou významnosti**.

Všechny domény jsou statisticky pod hladinou 5 % významnosti. Ve čtvrté doméně Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí shledávám zajímavou hodnotu u kritické 0,00, kdy se závislý muži i ženy absolutně shodují.

Graf 9. Procentuální vyjádření souboru respondentů – v porovnání s Oxfordem.



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Graf 9. Vyjadřuje jednotlivé domény v procentech. Procentuální vyjádření poměru souboru – na alkoholu závislých mužů vůči stejně postiženým ženám.

#### 4. DISKUZE

**K Výzkumu 1:** Proč vzniká závislost na alkoholu a jaké faktory vedou k nekontrolovatelné konzumaci alkoholu? Může rodina a vztahy v ní nějak přispět ke vzniku závislosti? Teorie zabývající se systémem rodinných vztahů předpokládají, že ano, jak uvádí KALINA cit. 9, s. 41. Z odpovědí respondentů téměř jednoznačně vyplývá, že ano. Více než polovina dotázaných závislých vyrůstalo v neúplné rodině. Problémy s alkoholem v rodině závislých uvádí 55 % dotázaných tedy opět více než polovina respondentů a stejný počet dotázaných nyní žije v rozvedeném manželství. To, že 40 % respondentů pocíťovalo nedostatek lásky ze strany otce, svědčí pro jeho významný vliv v této problematice, což popisuje i PIN HEIRO cit. 24, který uvádí, že: “Málo vřelý a problematický vztah dítěte s otcem byl zjištěn v rodinách, kde se později u dítěte projevila závislost – především na alkoholu.” Role otce jako velice podstatnou připomíná i HAJNÝ cit. 22. Matku jako nedostatečně milující uvedlo 35 % respondentů, což také není rozhodně zanedbatelné procento. V literatuře jsem často objevovala spojitost: hyperprotektivní matka (tedy matka, která nadměrně pečuje, ochraňuje a citově závisí na dítěti) s možným negativním vlivem na rizika vzniku závislosti, s čímž tak trochu koresponduje fakt zjištěný dotazníkovým průzkumem – 28 % dotázaných své rodiče označili za přehnaně pečujících a 47 % je označilo jako nekompromisní, což je oproti poznatkům autorů zabývajících se touto problematikou naopak faktor, který by neměl směřovat k rozvoji závislé osobnosti, jelikož dostatek jasných pravidel a jejich jasné uplatňování – tzv. přesné “mantinely” jsou právě jedním z preventivních opatření. Odpovědi respondentů si vysvětlují tak, že pod pojmem nekompromisní se pravděpodobně skrývá spíše nepřístupní domluvě, slepí k potřebám a pocitům dítěte a to usuzují vzhledem k odpovědi na další dotaz, který směřoval právě k výše zmiňovaným jasným hranicím, co dítě smí a co rozhodně ne, na což téměř polovina 48 % dotázaných odpovědělo -, že jejich hranice byly, respektive nebyly stanoveny podle nálady a rozpoložení rodičů – tedy o nekompromisnost v této souvislosti se rozhodně tedy asi nejednalo a 40% z nich odpovědělo, že postrádalo jakékoliv pevná jasně stanovená pravidla. SZAPOCZNIK, J., COASTWORTH, J. D cit. 23 shodně uvádí některé charakteristiky rodiny, které se možné vysledovat i z odpovědí respondentů, a to např.: nedostatek jasných pravidel a jejich rozporuplné uplatňování, nedostatečná či přehnaná péče rodičů o dospívající a děti, špatná komunikace mezi rodiči a dospívajícími apod.

Prožití neradostného dětství tedy nadmíra frustrací prožitých v dětství ukazuje a globalizuje důležitost rodiny při vzniku závislosti, na čemž se shoduje NEŠPOR cit. 30, KALINA cit. 9, HAJNÝ cit. 22, NEŠPOR cit. 29, KLOUČEK, E., STUHLÍK, R., HAJNÝ, M. cit. 27, KŘIVOHLAVÝ cit. 16 a 39, KUDRLE cit. 17 a jiní. Tento fakt potvrzují i respondenti tohoto výzkumu, kteří označili své dětství za neradostné v převažujících 62 %. Nízké sebevědomí, které uvádí 82 % dotázaných, nás opět vede zpět do rodin, protože vědomí vlastní jedinečnosti by nám měl vtisknout, kdo jiný než naši rodičové. K faktoru rodiny, ale přibývají i další – biologické. Problém s alkoholem v rodině udává 65% dotázaných, tudíž se nabízí možný vliv genetických dispozic k alkoholismu, jak popisuje i ŠERÝ cit. 18, který píše, že zatím jediné ověřené genetické souvislosti se týkají právě závislosti na alkoholu. Z dosavadních poznatků vyplývá, že podíl genetických faktorů v multifaktoriální etiologii závislostí je značný a pohybuje se v rozmezí 40-60 %. Závislost na alkoholu a na nealkoholových drogách má společný genetický základ, který moduluje neurobiologické mechanismy závislosti na konkrétní látce. Výsledky výzkumu závislosti na alkoholu, který má delší historii a obsáhlejší bibliografii, jsou tedy ve značné míře platné také pro oblast nealkoholových drog. U alkoholiků se výzkumy prokazuje odlišná hormonální sekrece adrenálních žláz a dále se zdá, že u alkoholiků některé nervové tkáně preferují alkohol před cukrem v metabolickém procesu. WOITIZOVÁ<sup>44</sup> ve své knize popisuje vyzorované rysy chování u dospělých dětí alkoholiků: ..nejsou si jisté tím, jaké chování je normální, berou samy sebe příliš vážně, mají problém se bavit, posuzují samy sebe bez slitování, mají těžkosti s dotahováním úkolů do konce, neustále hledají a vyžadují pochvalu, mají nízké sebevědomí...Mnoho faktorů však zůstává nevyjasněno, jak uvádí KUDRLE cit. 17. s. 92. Z respondentů, kteří vyplňovali dotazník, jich 23 % uvedlo, že trpí duševní poruchou, tedy koincidence duševních poruch a alkoholismu má jistě své opodstatnění. Vliv sociální na vznik a rozvoj závislosti na alkoholu hledám v dalších odpovědích respondentů... 38 % bylo v době vyplňování dotazníků nezaměstnaných, 28% - tedy nejvíce zastoupená skupina dotázaných byla ve věku 40-50 let a základní vzdělání jako z dalších predisponujících faktorů (pro nižší míru pracovního uplatnění- prostor pro sociální patologie, frustraci a deprivaci a další negativní pocity, které mohou usnadnit cestu k alkoholismu) uvedlo 40 % dotázaných, oproti 5 % vysokoškoláků.

---

<sup>44</sup> WOITIZOVÝ, J., G. *Dospělé děti alkoholiků*. Praha: Columbus, 1998. ISBN 80-85928-736.



Zaměstnaných 39 % respondentů, pak uvádělo v 65 % stres, který prožívají v souvislosti s výkonem povolání, což je dalším vztyčeným ukazováčkem v této problematice, zvláště pak ženy těžko tento stres snáší, což by mohlo vést k uchýlení se každodenní relaxace po požití alkoholického nápoje. Alkohol může fungovat jako “rychlý reset“, když je třeba vyřešit komplikovanou situaci, odložit ji a jít dál, což dělá ženám problémy, jak píše KRAMULOVÁ<sup>45</sup> v Psychologii Dnes. Ženy byli při dotazování zastoupeni v 31 %, z čehož by se dalo vyvodit, že dalším predisponujícím faktorem může být mužské pohlaví, ovšem žen alkoholiček dle průzkumů stále přibývá. MLČOCH<sup>46</sup> předesílá, že až 10 % žen v Evropě požívá alkohol v takové míře, že si vážně poškozuji zdraví) a jejich závislost se často odhaluje, až v pokročilém stádiu, jelikož svou “slabost“ umí lépe skrývat než muži. Zájmy a koníčky chyběli 85 %! dotázaným, což je smutně vysoké číslo. Dostatek zájmů a koníčků uvádí NEŠPOR<sup>47</sup> jako jedno z možných preventivních opatření a naopak jejich nedostatek jako velice rizikový faktor dávající prostor např. právě rozvoji různých závislostí. S volnočasovými aktivitami lze dát do souvislosti i přítomnost či nepřítomnost vztahů kamarádství a přátelství, jehož chybění uvádělo 58 % respondentů, ovšem těžko dedukovat zda nepřítomnost těchto vztahů již předcházela vzniku závislosti nebo byla, až jejich důsledkem, ovšem osamění tito lidé se cítili v převážné většině zastoupené 78 %. Z výsledků výzkumu bychom mohli vyvodit závěr, že alkoholismus se více vyskytuje u lidí žijících ve městech – 78 %, můžeme uvažovat, že ve městě je jedinec více anonymní, eventuelní pocit osamění, který by mohl vést k nadměrné konzumaci alkoholu je zde, oproti životu na vesnici jistě opodstatněnější. Nespokojenost s dosavadním způsobem života, která se zdá být zcela logickou uvádí 89 % dotázaných, což by mohlo být jedním z motivů v boji proti tak těžkému soupeři, jakým závislost na alkoholu rozhodně patří. Z výsledků dotazníkového šetření z řad na alkoholu závislých respondentů je myslím patrné, že na vzniku a rozvoji alkoholismu se podílí mnoho

---

<sup>45</sup> **KRAMULOVÁ, D.** Mladá, vzdělaná, úspěšná- a opilá. *Psychologie dnes.*, 2009, roč. 15, č. 9, 60 s. 34-35.

<sup>46</sup> **MLČOCH, Z.** MUDr. Zbyněk Mlčoch.[on line]. 7.5. 2010 [cit. 2010-06-30]. Dostupné z: [http://www.zbynekmlcoch.cz/info/ostatni\\_obory/alkoholismus\\_zen\\_zena\\_alkoholicka\\_priznaky\\_chovani\\_faktory\\_geny\\_tehotenstvi.html](http://www.zbynekmlcoch.cz/info/ostatni_obory/alkoholismus_zen_zena_alkoholicka_priznaky_chovani_faktory_geny_tehotenstvi.html).

<sup>47</sup> **NEŠPOR, K., CSÉMY, L.** Alkohol, drogy a vaše děti. [online]. [Citováno 2009-3-4]. Dostupné z:<http://www.drnespor.eu/addictcz.html>.

faktorů, z nichž jeden z nejpodstatnějších se jeví vliv rodiny. **Tímto potvrzují stanovenou hypotézu H1: Příčiny vzniku alkoholismu jsou multifaktoriální, s významným podílem vlivu rodiny a výchovy.**

Problematika léčby alkoholika je velice těžkou prací týmu lékaře, pacienta a jeho rodiny. Největší a nejtěžší práci musí odvést sám závislý, ovšem bez pomoci okolí je to u závislého jedince často nad jeho síly. Vědět, na jak hluboké dno propasti se nadměrní konzumenti pomalu spouští myslím, že jen málokomu by pud sebezáchovy k pití alkoholu dal svolení, ovšem, ne všichni se ptají...Proto je třeba varovat, ukazovat a nazývat věci pravými jmény. Rodičům by měl být kladen větší apel nejen na fyzické zdraví svých dětí, vždyť stejně tak je důležité to duševní a jejich propojenost je klíčem k zdravému vývoji jedince či naopak. Zdraví jedinec, který se dostane na scesti, také může na chvíli zbloudit, ale po malém či větším zaváhání, ví jakým směrem jít dál, ví, na jakou cestu, se má vrátit, ale ten který ji nemá řádně vyšlapanou a doposud jen tak bloudil od nikudy nikam, toho může zlákat ta omámená alkoholem...a těžko se vracet, když není kam...

*K Výzkumu II.:* Pro získání dat o kvalitě života osob závislých na alkoholu a vlivu alkoholismu na rodinné příslušníky závislý jsem zvolila metodu v předcházející části předepsanou a blíže popsanou metodu kvantitativního výzkumu, a sice způsob dotazníkového šetření. Koncept HRQoL – „Kvalita života podmíněná zdravím“, jehož nástrojem ke zjištění kvality života je dotazník typu SF-36, mi připadl nejvhodnější, jelikož se jedenácti obsaženými otázkami zaměřuje na zkoumání celkového fyzického, psychického, tak i emocionálního zdravotního stavu. Jak ve své práci píše SVOBODOVÁ<sup>48</sup>, míním také, že tímto složením podtrhuje ideální komplexnost a multidimenzionalitu zkoumané šíře v pojetí kvality života.

Výzkumu se zúčastnilo celkem 48 probandů, z nichž 24 bylo jedinců na alkoholu závislých a 24 osob, kteří byli příbuznými dotazovaných, což z původně zamýšlených 100 dotazníků, čítá pouze 48% návratnost.

---

<sup>48</sup> SVOBODOVÁ, L. *Soudobá sociologie II. Kvalita života.* [on line][ Citováno 2010 –7-5]. Dostupné z: <http://search.seznam.cz/?q=ISBN+80-7254-657+0&mod=f>.

Při vyhodnocení se přihlíželo k 8 doménám, jejichž úkolem je poodhalit rozdíly mezi normály západoevropského vzorku a výsledky zkoumaného souboru pro středoevropský region. Tak popisuje vyhodnocení PETR<sup>49</sup>. 100% v každé doméně je předpoklad pro optimální zdravotní stav každého jedince. Takový druh však neexistuje, proto jsou za normativní reprezentativní data pro evropskou populaci považována ta ze studie provedené v letech 1991/1992 v Oxfordu, předkládá tak JENKINSON<sup>50</sup>

Ze získaných výsledků ve výzkumné části jsem vypočítala procentuální rozdíl svého zkoumaného souboru, který jsem následně porovnávala vůči obecně platnému standardu, za který tedy považujeme hodnotu 100 %. Tímto způsobem byly rozdíly srovnány i mezi pohlavím obou zkoumaných souborů.

V prvním zkoumaném souboru hodnocení kvality života u *příbuzných závislých* na alkoholu vůči standardu vykazují probandi v 7 doménách nižší kvalitu života než je tomu u zdravé populace. Největší rozdíly se objevily u domén (RE) emoční omezení rolí a (EV) vitality, kde dosahovali ani ne poloviny hodnot průměrného skóre evropského standardu. Pouze doména (PF) fyzické funkce se nejvíce přiblížila 100 %, z čehož vyplývá, že je zdravotní stav ve fyzické kondici narušen nejméně nebo nejdéle vydrží nenarušen oproti ostatním funkcím.

V porovnání *příbuzných závislých mužů a žen* oproti standardu se prokazují rozdíly, které jsou nejpatrnější v doménách (RE) emoční omezení rolí a (EV) vitality. V případech je kvalita života zhoršená u mužů průměrně na 68 % a u žen dokonce na 50% ve srovnání s Oxfordem jen ve třech doménách, z čehož vyplývá, že ženy tento stav, kdy některý z jejich příbuzných je na alkoholu závislým hůře tolerují než muži, o čemž vypovídá podstatný rozdíl v doménách (RE) a (MH) – všeobecné duševní zdraví, (EV) vitalita a (GHP) vnímání vlastního zdraví a (P) bolest se pohybuje u mužů a žen

---

<sup>49</sup>**PETR, P.** *Hodnocení kvality života v ošetrovatelství, sociální práci a souvisejících oborech.* [on line] [Citováno 2010 -6-30]. Dostupné z: [http://zsf.jcu.cz/struktura/katedry/verzdrav/petr/studijni\\_texty/texty\\_KZ05/](http://zsf.jcu.cz/struktura/katedry/verzdrav/petr/studijni_texty/texty_KZ05/).

<sup>50</sup>**JENKINSON, C. et al.,** *The UK SF-36. An Analysis and Interpretation Manual.* Oxford Ghealth Servicers Research Unit, March 1996, Oxford, England, Great Britian.

s rozdílem v rozmezí asi 20 %. Pouze u (RE) dosahují ženy v porovnání s muži o 30% nižšího skóre. Fyzické funkce mají z řad respondentů lépe zachovány příbuzní závislých - muži oproti ženám.

Z dotazníkového šetření u druhého zkoumaného souboru, kde jsem porovnávala kvalitu života u *na alkoholu závislých mužů a žen* oproti standardu Oxford jasně vyplývá, že jsou statisticky významné již na 1% hladině významnosti. Výsledné hodnoty vypovídají o tom, že kvalita života alkoholiků je jednoznačně snížena ve všech zastoupených doménách – funkcích nebo rolích, ve kterých nedokážou fungovat, tak jako běžně zdravá populace k těmto závěrům dospěli GARAJ a BENKOVIČ cit. 35, kteří výzkumem potvrdili stanovenou hypotézu, že skupina alkoholiků bude mít jasně nižší úroveň kvality života, subjektivní pohody a vlastního smyslu života, než skupina nealkoholiků. Nejvíce jsou postiženy domény (RE) emoční omezení rolí, u nichž průměrné skóre nedosahuje ani čtvrtiny referenčního standardu v poměru 28:15% muži vůči ženám. (Výše citovaní autoři předkládají, že alkoholici jsou v emočním prožívání výrazně nestálí, jejich výrazné výkyvy nálad v čase ebriety jakoby, prý narušuje schopnost vcítovat se, a ztrácí schopnost orientovat se ve vztazích, jako by nevěděli, co chtějí). U žen dokonce pouhou jednu čtvrtinu v této doméně, dále (MH) duševní zdraví jedinců obou pohlaví je pak dle výzkumu prokazatelně negativně poznamenáno, neboť ženy ve výzkumu dosáhly pouhých 38 % a muži 28 %, což je oproti standardu podstatně méně. Duševní zdraví alkoholiků ze vzorku respondentů je znatelně narušené..... Podstatná změna zaznamenána v doméně (EV) vitality, kde závislé ženy opět dosahují nižšího skóre, než zdá-se, že odolnější muži, kteří ovšem“bodovali“ také výrazně pod polovinu průměrného dosahovaného skóre. Vnímání vlastního zdraví (GHP) je další doménou, která zcela logicky nemůže zůstat “nedotčenou“. V této doméně ženy skórují lépe než muži 51:46 %. Alkoholismus u vzorku respondentů zasahuje také emoční omezení sociálních funkcí – doménu (SF), omezení je více na straně mužů oproti opačnému pohlaví, které ovšem dosahuje jen o 12 % lepšího výsledku, ale nedosahující ani poloviny průměru. Fyzické omezení rolí v doméně (RP) u vzorku probandů je podstatně dominantnější u mužů, kteří dosahují pouhých 37 %. Z čehož vyplývá, že ženy můžeme odvodit závěr, že ženy alkoholismus lépe dokážou

skrývat než muži, kteří k tomu společností ani nejsou tak nuceni, jelikož pití alkoholu u mužů je všeobecně více tolerováno než u žen. MLČOCH cit. 46 míní: „Ženy alkoholičky se mnohem více snaží svůj návyk tajit a tutlat. Pijí velmi často v soukromí svého obydlí“. U zbývajících 2 domén (fyzické funkce a bolest) se subjektivní vnímání kvality života pohybuje v průměru 83 % ku Oxfordu. Nejméně narušené označují respondenti fyzické funkce v doméně (PF), které se dle dotazníkového šetření, téměř shoduje s „tzv. normálem“ průměrného skóre.

**Tímto potvrzují stanovenou hypotézu H2: Alkoholismus snižuje kvalitu života jedinců samotných i jejich blízkých.**

## 5. ZÁVĚR

V mé bakalářské práci jsem si stanovila za cíl zjistit a popsat nejčastější příčiny podílející se na vzniku závislosti na alkoholu. Deskriptovat pomocí kvantitativně zjištěných faktů vliv alkoholu na kvalitu života jedince a jeho rodinných příslušníků a shrnutím faktů a zjištění navrhnout možná preventivní řešení pro rizikové skupiny a seznámení s touto problematikou široké veřejnosti.

V provedeném šetření se tedy prokazuje, že na vzniku alkoholismu se podílí řada faktorů navzájem se kombinujících, z nichž nejpodstatnější se jeví vliv rodiny a výchovy jedince. Dle mého zjištění je pro vznik zdravé osobnosti, kde nezbude prostoru pro vznik závislosti nebo jiné sociální patologie potřebné řádné sociální zázemí těch nejbližších. Vyrovnaní a duševně vyzrálý rodiče, kteří přiměřeně a dostatečně uspokojí bio-psycho-socio-spirituální potřeby svého dítěte, či napomohou k jejich saturaci, jsou myslím tou nejdůležitější a neúčinnější prevencí proti vzniku a rozvoji závislosti na alkoholu.

**Hypotézu H1: „Příčiny vzniku alkoholismu jsou multifaktoriální, s významným vlivem rodiny a výchovy“, potvrzuji v plném rozsahu.**

Výsledky dotazníku SF hovoří jasně a prokazatelně. U vzorku respondentů *závislých na alkoholu* v porovnání se standardem Oxford dosahují respondenti *v průměru 48 %*. Přičemž *muži méně (47 %) než ženy (50 %)*. Nejvíce negativně byla ze vzorku respondentů ovlivněna role emoční – doména (RE), kde obě pohlaví nedosahovali ani čtvrtiny standardu, dále je zřejmé, že alkoholismus výrazně snižuje vitalitu – doména (EV), pokles v této oblasti je větší u žen. Narušení duševního zdraví v doméně (MH) není jistě překvapivé. Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí nezůstává logicky nedotčeno, kdy muži skórují hůře oproti ženám v poměru 35:47 %. Sestupně následuje pokles v doménách: bolest (P), fyzické omezení rolí (RP) -, které bylo ovšem s velkým rozdílem vnímáno u mužů, ti toto omezení vnímali lépe v průměru s 25 % rozdílem vůči ženám všeobecné vnímání zdraví (GHP), a nejméně zasažené

fyzické funkce ( PF), jejichž dosažené hodnocení se nejvíce přibližovalo standardu Oxford

Soubor probandů *příbuzných na alkoholu závislých* pak boduje ve výši **59 %**. A to s poměrem **51:67 % ženy proti mužům**, z čehož lze možno dedukovat, že ženy hůře snášejí a méně snadno se s faktem blízkého závislého vypořádávají než muži. Ve druhém výzkumu tedy prokazují výrazné snížení kvality života jak u na alkoholu závislých jedinců, tak i jejich rodinných příslušníků.

**Hypotézu H2: „Alkoholismus snižuje kvalitu života jedinců samotných i jejich blízkých“, potvrzují v plném rozsahu.**

*Multifaktoriálnost příčin vzniku alkoholismu s podstatným vlivem primárního prostředí a výchovy se myslím u respondentů zúčastněných dotazníkového šetření potvrdila, stejně tak jako logická domněnka, z které vzešla hypotéza, že kvalita života závislých i jejich rodinných příslušníků se vlivem alkoholismu snižuje.*

## **7. KLÍČOVÁ SLOVA**

- Alkohol
- Alkoholismus
- Kvalita života
- Závislost
- Respondenti



## 8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. **AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*. 3rd. (revised). Washington, D.C: American Psychiatric Association, 1987
2. **BALCAR, K.** Životní smysl a kvalita života. In *Kvalita života a zdraví*. Praha. Triton, 2005. s. 628. ISBN 80-7254-657-0.
3. **BARTOŠÍKOVÁ, I., MIOVSKÝ, M.** Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislosti. In: *Drogy a drogové závislosti – Mezioborový přístup*. Kapitola 2/1. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 640 s.. ISBN 50-86734-05-6.
4. **BENKOVIČ, A., GARAJ, V.** Kvalita života u lidí závislých od alkoholu a její změna v průběhu léčby. *Alkoholismus a drogové závislosti*, 2009, roč. 44, č. 3, s. 129-152. ISSN 0862 – 0350.
5. **BUTKOVÁ, E.** Vzpomínky alkoholika podle Jacka Londona. *Psychologie dnes.*, 2008, roč. 14, č. 1, 60 s. ISSN 1212-9607.
6. **EHRMANN, J. jr., SCHNEIDERKA, P., EHRMANN, J.** *Alkohol a játra*. Praha: Grada. 2006. 184 s. ISBN 80-247-1048-X.
7. **HAJNÝ, M.** *PhDr Martin Hajný*. [online]. 2004 [cit. 2009-31-13]. Dostupné z: <http://martin.hajny.net/next/11/zavislost-drogy-rodina-factory/>.
8. **HNILICOVÁ, H.** Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In *Kvalita života a zdraví*. Praha. Triton, 2005. s. 628. ISBN 80-7254-657-0.

- 9. HNILICOVÁ, H.** Kvalita života. In: *Sborník příspěvků z konference, konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. s. 120. ISBN 158 -245-45.
- 10. CH., GOHLERT, F., KUHN.** *Od návyku k závislosti*. Praha: Ikar, 2001. 144 s. ISBN 80-7202-950-9.
- 11. JENKINSON, C. et al.,** *The UK SF-36. An Analysis and Interpretation Manual*. Oxford Ghealth Servicers Research Unit, March 1996, Oxford, England, Great Britian.
- 12. KALINA, K. et al.** *Drogy a drogové závislosti - Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. 640 s.. ISBN 50-86734-05-6.
- 13. KALINA, K. et al.** *Základy klinické adiktologie*. 1. Vydání. Praha: Grada, 2008. s. 392. ISBN 978-80-247-1411-0.
- 14. KEBZA. V.** *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. Vydání. Praha: Academia, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.
- 15. KHANTZIAN, E. J.** The self- medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and kokain dependence. *Americen Journal of Psychiatry*, 1985, vol. 142, p. 1259-1264.
- 16. KLOUČEK, E., STUHLÍK, R., HAJNÝ, M.** *Akta Y: Drogový problém versus rodina: Praktická příručka pro rodiče*. Praha: Votobia, 1999. s. 124. ISBN 80-7220-022-4.
- 17. KNIGHT, R. P.** The dynamic and treatment of chronic alcoholic addiction. *Bulletin of the Meninger Clinic*, 1937, Vol. 1, p. 538-549.

18. **KOVÁČ, D.**, Kvalita života – naléhavá výzva pro vědu nového století. *Československá psychologie*, 2001, roč. 45, č. 1, s. 34-44. ISSN 0009 – 062X.
19. **KRAMULOVÁ, D.** Mladá, vzdělaná, úspěšná- a opilá. *Psychologie dnes.*, 2009, roč. 15, č. 9, 60 s. 34-35.
20. **KŘIVOHLAVÝ, J.** *Psychologie smysluplnosti existence*. Praha: Grada, 2006. 204 s. ISBN 80-247-1370-5.
21. **KŘIVOHLAVÝ, J.** *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
22. **KŘIVOHLAVÝ, J.** *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. 280 s. ISBN 80-7178-551-2.
23. **KŘÍŽOVÁ, E.** Sociologické podmínky života. In **PAYNE, J. et al.** *Kvalita života a zdraví*. Praha. Triton, 2005. s. 628. ISBN 80-7254-657-0.
24. **KUDRLE, S.** Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In : *Drogy a drogové závislosti – Mezioborový přístup*. Kapitola 2/1. Praha: Avicenum, 2003. 640 s. ISBN 50-86734-05-6.
25. **LONDON, J.** *Démon alkohol*. Praha: Labyrynt, 1999. ISBN 80-85935-30-9.
26. **MAREŠ, J. et. al.** *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. 1. VYD. Brno: MSD, 2006. 228 s. ISBN 80-86633-68-9.
27. **MATĚJČEK, Z., LANGMAIER J.** *Počátky našeho duševního života*. Praha: Panorama, 1986. 368 s.

- 28. MINAŘÍK, J.** *Definice závislosti*. [online]. 18. 04. 2007 [cit. 2009-12-12]. Dostupné z: <http://www.drogy.net/portal/illegalni-drogy/zavislost-4/definice-zavislosti.html>.
- 29. MLČOCH, Z.** *MUDr. Zbyněk Mlčoch*. [on line]. 7. 05. 2010 [cit. 2010-06-30]. Dostupné z: [http://www.zbynekmlcoch.cz/info/ostatni\\_obory/alkoholismus\\_zen\\_zena\\_alkoholicka\\_priznaky\\_chovani\\_faktory\\_geny\\_tehotenstvi.html](http://www.zbynekmlcoch.cz/info/ostatni_obory/alkoholismus_zen_zena_alkoholicka_priznaky_chovani_faktory_geny_tehotenstvi.html).
- 30. NESTLER, E. J.** Total recall – the memory of addiction. *Science*, vol. 292, p. 2266-2267.
- 31. NEŠPOR, K., CSÉMY, L.** *Alkohol, drogy a vaše děti*. [online]. [Citováno 2009-3-4]. Dostupné z: <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>.
- 32. NEŠPOR, K.** *Alkoholik.cz*. [online] 13. 5. 2009 [cit. 2010-03-02]. Dostupné z: [http://www.alkoholik.cz/zavislost/psychika\\_a\\_telo/telo\\_a\\_alkohol\\_jak\\_pusobi\\_alkohol\\_na\\_organy\\_a\\_mozek.html](http://www.alkoholik.cz/zavislost/psychika_a_telo/telo_a_alkohol_jak_pusobi_alkohol_na_organy_a_mozek.html).
- 33. NEŠPOR, K.** *Jak zlepšit sebeovládání*. Ústí nad Orlicí: Oftis, 2007. s. 10. ISBN 978-80-86845-67-8.
- 34. NEŠPOR, K.** *Návykové chování a závislost, Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha : Portál, 2000, revize 2002. s 152. ISBN 80-7178-432-X.
- 35. PIN HEIRO, R. T., et al.** Cocaine addict and their families. *International Journal of Psychoanalysis*, 2001, Vol. 82, p. 347.
- 36. PETR, P., KALOVÁ, H.** *Studijní text - Kvalita života* [on line]. České Budějovice: Jihočeská univerzita, [cit. 2010-03-12] Dostupné

z:[http://www.zsf.jcu.cz/struktura/katedry/verzdrav/clenove/petr/studijni\\_texty/texty\\_KZ05/4HodnoceniKZ](http://www.zsf.jcu.cz/struktura/katedry/verzdrav/clenove/petr/studijni_texty/texty_KZ05/4HodnoceniKZ).

**37. PETR, P.** *Hodnocení kvality života v ošetrovatelství, sociální práci a souvisejících oborech.* [online] [Citováno 2010 -6-30]. Dostupné z: [http://zsf.jcu.cz/struktura/katedry/verzdrav/petr/studijni\\_texty/texty\\_KZ05/](http://zsf.jcu.cz/struktura/katedry/verzdrav/petr/studijni_texty/texty_KZ05/).

**38. PRESL, J.** *Drogová závislost.* Praha: Maxdorf, 1994. ISBN 80-85800-25X.

**39. PSYCHIATRICKÉ CENTRUM PRAHA.** *Termiologický slovník.* Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2000. 80 s . ISBN 80-85121-08-5

**40. ROTGERS, F. et al.** *Léčba drogové závislosti.* Kapitola 7. Praha: Grada, 1999.

**41. SZAPOCZNIK, J., COASTWORTH, J. D.,** An ecodevelopmental framework for organizing the influences on drug abuse. In Glantz. M. *Drug abuse: Origins and interventions.* Washington DC: American Psychological Association, 1999.

**42. SKÁLA, ...až na dno!?** Praha: Avicenum, 1988. s. 144.

**43. SKÁLA, J. et al.** *Závislost na alkoholu a jiných látkách.* Praha: Avicenum, 1987.

**44. SVOBODOVÁ, L.** *Soudobá sociologie II. Kvalita života* [online]. [Citováno 2009-5-8]. Dostupné z : <http://search.seznam.cz/?q=ISBN+80-7254-657-0+&mod=f>

**45. ŠERÝ, O.** Dědičnost látkových závislostí: podíl genetické výbavy na vzniku závislostí. *Zaostřeno na drogy: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti,* Praha, Úřad vlády České republiky, 2007, no. 3, 8 s. ISSN 1214-1089.

- 46. ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY.** *Drogy-info.cz* [online]. 23. 5. 2007 [cit. 2010-03-12]. Dostupné z: [http://www.drogyinfo.cz/index.php/o\\_nas/evaluace/banka\\_evaluacnich\\_nastroju/dotazniky\\_kvality\\_zivota\\_svetove\\_zdravotnicke\\_organizace](http://www.drogyinfo.cz/index.php/o_nas/evaluace/banka_evaluacnich_nastroju/dotazniky_kvality_zivota_svetove_zdravotnicke_organizace).
- 47. VETULANI, J.** Drug addiction. Part II. Neurobiology of addiction. *Polish Journal of Pharmacology*, vol. 53, p. 303-317.
- 48. WHO EXPERT COMMITTEE ON ADDICTION- PRODUCING DRUGS..** *Thirteenth Report of the WHO Expert Committee*. Geneva: World Health Organization, 1964.
- 49. WINNICOT, D. W.** Transitional objects and transitional phenomena. *International Journal of Psychoanalysis*, 1953, vol. 34, p. 89-97.
- 50. WOITIZOVÝ, J., G.** *Dospělé děti alkoholiků*. Praha: Columbus, 1998. ISBN 80-85928-736.

## **9. PŘÍLOHY**

**Příloha č. 1** - Dotazník pro klienty psychiatrické léčebny a klienty navštěvující ambulance zaměřené na problematiku léčby závislosti.

**Příloha č. 2** - Vyjádření hodnot dotazníku SF 36

**Příloha č. 3** - Dotazník SF 36

## **Příloha č. 1:**

Dobrý den,

Jmenuji se Andrea Krumanová a jsem studentka 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity. Ve své bakalářské práci se zabývám tématem příčin závislosti na alkoholu. Chtěla bych Vás tímto poprosit o vyplnění dotazníku, který je anonymní a jehož výsledky budou použity pouze pro zpracování mé bakalářské práce.

Děkuji Vám za Vaši ochotu a čas.

### **1. Kolik je Vám let?**

- 18 – 25
- 25-30
- 30-35
- 35-40
- 40-50
- 50-60
- 60 a více

### **2. Pohlaví:**

- Žena
- Muž

### **3. Kde žijete:**

- Ve městě
- Na vesnici

### **4. Rodinný stav:**

- Vdaná/ženatý
- Rozvedená/ý
- Vdova/ec

### **5. Vzdělání:**

- Základní
- Střední odborné – vyučen/a
- Středoškolské
- Vysokoškolské



**6. Zaměstnání:**

- Ano
- Ne
- Dlouhodobě nezaměstnaný

**7. V zaměstnání často prožívám stres**

- Ano
- Ne

**8. Vyrůstal/a jste v úplné rodině:**

- Ano
- Ne

**9. Měli Vaše rodiče nebo prarodiče problémy s alkoholem?**

- Ano
- Ne

**10. Vztahy s rodiči:**

- Výborný
- Víceméně dobrý
- Pravidelně se navštěvujeme
- Nejsme v kontaktu

**11. Jací byli Vaši rodiče:**

- Hodní a obětaví
- Pečující
- Přísní
- Nekompromisní
- Přehnaně pečující

**12. Jaké používaly Vaše rodiče způsoby trestání za Vaše nevhodné chování?**

- Fyzické tresty – výprask
- Výčitky a nadávky
- Někdy nadávky jindy výprask
- Vždy mi domlouvali

**13. Měli jste rodiči jasně stanovené hranice, co smíte a co nikoliv?**

- Ano
- Ne
- Podle situace a nálady ro

**14. Zažívali jste v dětství pocit nedostatečné lásky ze strany?**

- Matky
- Otce
- Obou rodičů

**15. Jak hodnotíte své dětství:**

- Radostné
- Neradostné
- Těžké

**16. Jak hodnotíte své sebevědomí:**

- Nízké
- Vysoké
- Tak akorát

**17. Trpíte nějakou duševní poruchou?**

- Ano
- Ne

**18. Máte nějaké zájmy, koníčky?**

- Ano
- Ne
- Ano, mám jich spoustu

**19. Máte kamarády, přátele, s kterými se stýkáte?**

- Ano
- Ne

**20. Cítil/la jste se často osamělá?**

- Ano
- Ne

**21. Potkala Vás v životě tragédie, v podobě ztráty blízkého člověka, s kterou se těžko vyrovnáváte?**

- Ano
- Ne

**22. Jste spokojený s dosavadním způsobem života?**

- Ano
- Ne

Příloha č. 2:

**Tabulka I.: Vyjádření hodnot dotazníků – příbuzných závislých, celkový počet příbuzných závislých, průměrný věk těchto respondentů.**

<b>Specimen:</b>	Krumanová, příbuzní závislých		
<b>Date:</b>	5.5.2010		
<b>Number of records</b>	<b>PF</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s<sup>2</sup></b>	<b>s</b>
24	82,08	274,83	16,58
	<b>RP</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s<sup>2</sup></b>	<b>s</b>
24	54,17	1284,72	35,84
	<b>RE</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s<sup>2</sup></b>	<b>s</b>
24	20,83	630,79	25,12
	<b>SF</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s<sup>2</sup></b>	<b>s</b>
24	45,83	334,20	18,28
	<b>P</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s<sup>2</sup></b>	<b>s</b>
24	68,52	675,58	25,99
	<b>MH</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s<sup>2</sup></b>	<b>s</b>
24	33,33	122,22	11,06
	<b>EV</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s<sup>2</sup></b>	<b>s</b>
24	20,83	201,39	14,19
	<b>GHP</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s<sup>2</sup></b>	<b>s</b>
24	43,96	252,04	15,88
	<b>CH</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s<sup>2</sup></b>	<b>s</b>
24	33,33	243,06	15,59

<b>Records</b>	<b>Count (n)</b>	<b>Average Age</b>
Summary	24	45,0
Male	8	45,5
Female	16	44,8

Tabulka I. Obsahuje výsledné hodnocení dotazníků celé skupiny probandů – *příbuzných na alkoholu závislých*, mužů a žen. Dále je vyjádřen průměrný věk všech probandů. Hodnoty tabulky byly použity vytvoření tabulky.

**Tabulka II.: Vyjádření hodnot dotazníků – příbuzných závislých, celkový počet příbuzných, závislých žen, průměrný věk.**

<b>Specimen:</b>	Krumanová, příbuzní závislých (F)		
<b>Date:</b>	5.5.2010		
<b>Number of records</b>	<b>PF</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
16	79,69	282,71	16,81
	<b>RP</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
16	54,69	1423,34	37,73
	<b>RE</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
16	12,50	260,42	16,14
	<b>SF</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
16	41,41	307,01	17,52
	<b>P</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
16	63,89	686,73	26,21
	<b>MH</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
16	28,50	73,75	8,59
	<b>EV</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
16	16,88	180,86	13,45
	<b>GHP</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
16	37,81	174,90	13,23
	<b>CH</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
16	31,25	195,31	13,98

<b>Records</b>	<b>Count</b>	<b>Average</b>
Summary	16	44,8
Male	0	
Female	16	44,8

Tabulka II. Obsahuje výsledné hodnocení dotazníků skupiny probandů – *příbuzných na alkoholu závislých* žen. Dále je vyjádřen průměrný věk všech probandů. Hodnoty tabulky byly použity vytvoření tabulky.

Tabulka III.: Vyjádření hodnot dotazníků – příbuzných závislých, celkový počet závislých mužů, průměrný věk.

<b>Specimen:</b>	Krumanová, příbuzní závislých (M)		
<b>Date:</b>	5.5.2010		
<b>Number of records</b>	<b>PF</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
8	86,88	224,61	14,99
	<b>RP</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
8	53,13	1005,86	31,72
	<b>RE</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
8	37,50	954,86	30,90
	<b>SF</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
8	54,69	271,00	16,46
	<b>P</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
8	77,78	524,69	22,91
	<b>MH</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
8	43,00	79,00	8,89
	<b>EV</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
8	28,75	148,44	12,18
	<b>GHP</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
8	56,25	179,69	13,40
	<b>CH</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
8	37,50	312,50	17,68

Records	Count (n)	Average Age
Summary	8	45,5
Male	8	45,5
Female	0	

Tabulka III. Obsahuje výsledné hodnocení dotazníků skupiny probandů – *příbuzných na alkoholu závislých* mužů. Dále je vyjádřen průměrný věk všech probandů. Hodnoty tabulky byly použity pro vytvoření tabulky.

Tabulka IV. Vyjádření hodnot dotazníku – závislí na alkoholu ženy a muži, průměrný věk.

<b>Specimen:</b>	Krumanová, závislí na alkoholu		
<b>Date:</b>	5.5.2010		
<b>Number of records</b>	<b>PF</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
24	77,71	466,62	21,60
	<b>RP</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
24	33,33	659,72	25,69
	<b>RE</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
24	20,83	353,01	18,79
	<b>SF</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
24	31,25	351,56	18,75
	<b>P</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
24	62,04	637,00	25,24
	<b>MH</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
24	21,17	115,31	10,74
	<b>EV</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
24	25,63	336,07	18,33
	<b>GHP</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
24	33,33	340,97	18,47
	<b>CH</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
24	26,04	441,62	21,01

Records	Count (n)	Average Age
Summary	24	39,1
Male	14	37,3
Female	10	41,7

Tabulka IV. Obsahuje výsledné hodnocení dotazníků celé skupiny probandů – *na alkoholu závislých* mužů i žen. Dále je vyjádřen průměrný věk všech probandů. Hodnoty tabulky byly použity pro vytvoření tabulky.

Tabulka V. Vyjádření hodnot dotazníků - závislí na alkoholu ženy

<b>Specimen:</b>	Krumanová, závislí na alkoholu (F)		
<b>Date:</b>	5.5.2010		
<b>Number of records</b>	<b>PF</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
10	75,50	392,25	19,81
	<b>RP</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
10	35,00	650,00	25,50
	<b>RE</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
10	16,67	277,78	16,67
	<b>SF</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
10	31,25	289,06	17,00
	<b>P</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
10	58,89	445,68	21,11
	<b>MH</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
10	21,60	71,04	8,43
	<b>EV</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
10	28,00	381,00	19,52
	<b>GHP</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
10	32,00	186,00	13,64
	<b>CH</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
10	27,50	681,25	26,10

Records	Count (n)	Average Age
Summary	10	41,7
Male	0	
Female	10	41,7

Tabulka V. obsahuje výsledné hodnocení dotazníků celé skupiny probandů – *na alkoholu závislých* žen. Dále je vyjádřen průměrný věk všech probandů. Hodnoty tabulky byly použity pro vytvoření tabulky.



**Tabulka VI. Vyjádření hodnot dotazníků - závislí na alkoholu muži**

<b>Specimen:</b>	Krumanová, závislí na alkoholu (M)		
<b>Date:</b>	5.5.2010		
<b>Number of records</b>	<b>PF</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s<sup>2</sup></b>	<b>s</b>
14	79,29	513,78	22,67
	<b>RP</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s<sup>2</sup></b>	<b>s</b>
14	32,14	663,27	25,75
	<b>RE</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s<sup>2</sup></b>	<b>s</b>
14	23,81	385,49	19,63
	<b>SF</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s<sup>2</sup></b>	<b>s</b>
14	31,25	396,21	19,90
	<b>P</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s<sup>2</sup></b>	<b>s</b>
14	64,29	761,53	27,60
	<b>MH</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s<sup>2</sup></b>	<b>s</b>
14	20,86	146,69	12,11
	<b>EV</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s<sup>2</sup></b>	<b>s</b>
14	23,93	297,07	17,24
	<b>GHP</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s<sup>2</sup></b>	<b>s</b>
14	34,29	449,49	21,20
	<b>CH</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s<sup>2</sup></b>	<b>s</b>
14	25,00	267,86	16,37

Records	Count (n)	Average Age
Summary	14	37,3
Male	14	37,3
Female	0	

Tabulka VI. obsahuje výsledné hodnocení dotazníků celé skupiny probandů – *na alkoholu závislých* mužů. Dále je vyjádřen průměrný věk všech probandů. Hodnoty tabulky byly použity pro vytvoření tabulky.

## DOTAZNÍK O ZDRAVOTNÍM STAVU /SF-36/

Copyright:

Medical Outcomes Trust 1996

Boston, MA U. S. A

Health Services Research Unit, 1996

Oxford, Great Britain

Česká verze 1/2006

EMA-services, s.r.o

U Tří lvů 14

České Budějovice

Česká republika

### DOTAZNÍK SF – 36

#### O KVALITĚ ŽIVOTA PODMÍNĚNÉ ZDRAVÍM

**Návod:** V tomto dotazníku jsou otázky týkající se Vašeho zdraví. Vaše odpovědi pomohou určit, jak se cítíte a jak dobře se Vám daří zvládat obvyklé činnosti.

#### Identifikace respondenta

<b>Datum narození:</b>		<i>dd-mm-rrrr</i>
<b>Pohlaví:</b>	<b>muž/ žena</b>	<i>nehodící se škrtněte</i>
<b>Typ intervence: / trvání nemoci</b>		<i>( položka z indikačního seznamu) vyplní Váš lékař/ zdravotník</i>
<b>Nemoc/ stav:</b>		<i>( položka ze seznamu nemocí) vyplní Váš lékař/ zdravotník</i>
<b>Nejvyšší dosažené vzdělání</b>	<b>Základní-střední- vysokoškolské</b>	<i>nehodící se škrtněte</i>

1. Řekl/a byste, že Vaše zdraví je celkově:

(zakroužkujte jedno číslo)

Výborné	1
Velmi dobré	2
Dobré	3
Dosti dobré	4
Špatné	5

2. Jak byste hodnotil/a své zdraví dnes ve srovnání se stavem před rokem?

(zakroužkujte jedno číslo)

Mnohem lepší než před rokem	1
Poněkud lepší než před rokem	2
Přibližně stejné jako před rokem	3
Poněkud horší než před rokem	4
Mnohem horší než před rokem	5

3. Následující otázky se týkají činností, které někdy děláváte během svého typického dne. Omezují Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry?  
(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

ČINNOSTI	Ano, omezuje	Ano, omezuje	Ne, vůbec
	hodně	trochu	neomezuje
a. <b>Usilovné činnosti</b> jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů	1	2	3
b. <b>Středně namáhavé činnosti</b> jako posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole	1	2	3
c. Zvedání nebo nesení běžného nákupu	1	2	3
d. Vyjít po schodech <b>několik</b> pater	1	2	3
e. Vyjít po schodech jedno patro	1	2	3
f. Předklon, shýbání, poklek	1	2	3
g. Chůze <b>asi jeden kilometr</b>	1	2	3
h. Chůze po ulici <b>několik set metrů</b>	1	2	3
i. Chůze po ulici <b>sto metrů</b>	1	2	3
j. Koupání doma nebo oblékání bez pomoci další osob\	1	2	3

4. Trpěl/a jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím?

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	ANO	NE
a. <b>Zkrátil se čas</b> , který jste věnoval/a práci nebo jiné činnosti?	1	2
b. <b>Udělal/a jste méně</b> , než jste chtěl/a	1	2
c. Byl/a jste omezen/a v <b>druhu</b> práce nebo jiných činnostech?	1	2
d. Měl/a jste potíže při práci nebo jiných činnostech (např. jste musel/a <b>vynaložit zvláštní úsilí</b> )?	1	2

5. Vyskytl se u Vás některý z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli nějakým emocionálním potížím (např. pocit deprese či úzkosti)?

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	ANO	NE
a. <b>Zkrátil se čas</b> , který jste věnoval/a práci nebo jiné činnosti?	1	2
b. <b>Udělal/a jste méně</b> , než jste chtěl/a	1	2
c. Byl/a jste při práci nebo jiných činnostech méně pozorný/á, než obvykle	1	2

6. Uveďte do jaké míry bránily Vaše zdravotní nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti v posledních 4 týdnech?

(zakroužkujte jedno číslo)

Vůbec ne	1
Trochu	2
Mírně	3
Poměrně dost	4
Velmi silně	5

7. Jak velké bolesti jste měl/a v posledních 4 týdnech?

(zakroužkujte jedno číslo)

Žádné	1
Velmi mírné	2

Mírné	3
Střední	4
Silné	5
Velmi silné	6

8. Do jaké míry Vám bolesti bránily v práci (v zaměstnání i doma) v posledních 4 týdnech?

(zakroužkujte jedno číslo)

Vůbec ne	1
Trochu	2
Mírně	3
Poměrně dost	4
Velmi silně	5

9. Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám dařilo v posledních 4 týdnech. U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítil/a.

Jak často v posledních 4 týdnech...

	Pořád	Většinou	Dost často	Občas	Málokdy	Nikdy
a. jste se cítila plná elánu	1	2	3	4	5	6
b. jste byl/a velmi nervózní	1	2	3	4	5	6
c. jste měl/a takovou depresi, že, Vás nic nemohlo rozveselit?	1	2	3	4	5	6
d. jste pocíťoval/a klid a pohodu?	1	2	3	4	5	6
e. jste byl/a pln/a energie?	1	2	3	4	5	6
f. jste pocíťoval/a pesimismus a smutek?	1	2	3	4	5	6
g. jste se cítil/a vyčerpán/á?	1	2	3	4	5	6
h. jste byl/a šťastná?	1	2	3	4	5	6

i. jste se cítil/a unaven/a?      1                      2                      3                      4                      5                      6

10. Uveďte, jak často v posledních 4 týdnech bránily Vaše zdravotní nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných atd.)?  
(zakroužkujte jedno číslo)

Pořád	1
Většinu času	2
Občas	3
Málokdy	4
Nikdy	5

11. Zvolte, prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, do jaké míry pro Vás platí každé z následujících prohlášení?

	<b>Jistě ano</b>	<b>Spíše Ano</b>	<b>Nejsem si jist</b>	<b>Spíše ne</b>	<b>Určitě ne</b>
a. Zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí) snadněji, než jiní lidé	1	2	3	4	5
b. Jsem stejně zdrav, jako kdokoliv jiný	1	2	3	4	5
c. Očekávám, že se mé zdraví zhorší	1	2	3	4	5
d. Mé zdraví je perfektní	1	2	3	4	5

**Během dnešního dne užívám tyto léky:**

Název/ síla v miligramech	Ráno	Poledne	Večer
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

**Datum:** \_\_\_\_\_

