

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

COPINGOVÉ STRATEGIE
V DOBĚ PANDEMIE COVID-19
U LIDÍ SE ZÁVISLOSTÍ NA
ALKOHOLU

COPING STRATEGIES DURING THE COVID-19
PANDEMIC AMONG ALCOHOL ADDICTS



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. et Bc. Kristýna Horáková**

Vedoucí práce: **PhDr. Eva Aigelová, Ph.D.**

Olomouc

2024

Ráda bych touto cestou poděkovala vážené paní PhDr. Evě Aigelové, Ph.D. za vstřícný a ochotný přístup, za cenné rady a čas při odborném vedení mé diplomové práce. Dále bych chtěla vyjádřit poděkování všem respondentům za jejich ochotnou spolupráci při realizaci výzkumu. V neposlední řadě děkuji své rodině a přátelům za jejich podporu nejen při psaní práce, ale po celou dobu studia.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou prací na téma: „Copingové strategie v době pandemie COVID-19 u lidí se závislostí na alkoholu“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis

OBSAH

ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČÁST.....	6
1 ZÁVISLOST NA ALKOHOLU	6
1.1 Definice alkoholu.....	6
1.2 Diagnostika závislosti na alkoholu	8
1.3 Léčba závislosti na alkoholu	12
2 STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ STRESU A ZÁTĚŽE.....	17
2.1 Vymezení stresu.....	17
2.2 Charakteristika zátěžových situací.....	21
2.2.1 Pandemie COVID-19 jako zátěžová situace	24
2.3 Strategie zvládnání stresu.....	28
3 STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ PANDEMIE COVID-19 U LIDÍ SE ZÁVISLOSTÍ NA ALKOHOLU	33
3.1 Copingové strategie závislých na alkoholu.....	33
3.2 Konzumace alkoholu v době pandemie COVID-19	35
VÝZKUMNÁ ČÁST	38
4 METODOLOGIE VÝZKUMU	38
4.1 Výzkumný záměr.....	38
4.2 Výzkumný design	38
4.3 Výzkumný soubor.....	39
4.4 Metody sběru dat	40
4.5 Etika výzkumu.....	42
5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	43
5.1 Vznik a rozvoj závislosti	43
5.1.1 Spouštěč abúzu alkoholu	44
5.1.2 Průběh závislosti	45
5.1.3 Dopady závislosti.....	47
5.1.4 Řešení závislosti	49
5.2 Prožívání pandemie.....	50
5.2.1 Postoj k pandemii.....	51
5.2.2 Negativní copingové strategie	52
5.2.3 Pozitivní copingové strategie.....	57
5.3 Dopady pandemie	60
5.3.1 Zátěžové faktory	60

5.3.2	Protektivní faktory	62
5.3.3	Konzumace alkoholu v době pandemie	64
5.4	Shrnutí výsledků	66
6	DISKUSE.....	71
7	ZÁVĚR.....	78
8	SOUHRN	79
	SEZNAM LITERATURY.....	82
	PŘÍLOHY	89

Úvod

Pandemie COVID-19 s sebou přinesla nejen globální zdravotní krizi, ale také rozsáhlé psychosociální výzvy, které ovlivnily životy lidí na celém světě. Zvláštní pozornost si zaslouží osoby se závislostí na alkoholu, pro které představovala tato bezprecedentní situace značnou zkoušku. Sociální izolace, změny denní rutiny, ekonomická nejistota a všeobecně zvýšené úrovně stresu mohly výrazně ovlivnit jejich schopnost zvládat každodenní výzvy a udržet se v abstinenci nebo kontrolovaném pití. Tato diplomová práce se věnuje prozkoumání copingových strategií, které jedinci se závislostí na alkoholu uplatňovali v době pandemie COVID-19, a zároveň specifikuje charakter a dopady pandemie COVID-19 z pohledu těchto jedinců. Skrze tento úhel pohledu práce přináší nové perspektivy na problematiku závislosti v kontextu globální krize a seznamuje čtenáře s copingovými strategiemi užívanými jedinci se závislostí na alkoholu v reakci na mimořádnou situaci, kterou pandemie COVID-19 bezesporu byla.

Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a výzkumnou. Teoretická část je strukturována do tří kapitol věnujících se problematice závislosti na alkoholu, strategiím zvládání stresu a zátěže, a nakonec strategiím zvládání pandemie COVID-19 u lidí se závislostí na alkoholu. Výzkumná část se opírá o kvalitativní výzkum, který je realizován formou polostrukturovaných rozhovorů, doplněných o dotazníkové šetření s využitím dotazníku SVF 78 ke zjištění strategií zvládání stresu. Výzkumný soubor je složen ze sedmi respondentů nacházejících se v době sběru dat v procesu léčby či doléčování závislosti na alkoholu. Výsledky výzkumu vycházejí z tematické analýzy a interpretace dat, v rámci, kterých jsou zodpovězeny stanovené výzkumné otázky.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁVISLOST NA ALKOHOLU

Na začátek je nutné seznámit se se stěžejními tématy této práce. V rámci této kapitoly se budeme zabývat problematikou alkoholu, závislostí na něm a možnostmi jeho léčby.

1.1 Definice alkoholu

Původ slova alkohol sahá do arabštiny, kde „al-ka-hal“ znamená jedinečnou, jemnou substanci. Chemicky jde o ethylalkohol neboli etanol, který se prezentuje jako čirá, bezbarvá a charakteristicky páchnoucí kapalina s ostrou chutí, vznikající fermentací cukrů (Skála, 1988).

Alkohol, podobně jako nikotin, patří mezi legálně dostupné drogy, jež jsou v naší společnosti ve vysoké míře užívány. Je uváděno, že Česká republika spadá již dlouhodobě mezi státy s nejvyšší spotřebou čistého alkoholu na obyvatele ve světě (Fanta et al., 2023). Celková roční spotřeba nyní činí 8,5 litru alkoholu na osobu v České republice. Přičemž ve srovnání s ostatními evropskými zeměmi je míra konzumace alkoholu, včetně pití nadměrných dávek alkoholu, v ČR nad evropským průměrem (Chomynová et al., 2024). Alkohol je psychoaktivní látkou, která se v Evropě stala jednou z nejčastěji zneužívaných látek (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Právě zvyšující se prevalence rizikové a škodlivé konzumace alkoholu představuje významný problém pro českou společnost. Jeho důsledky vedou k tomu, že je u nás alkohol pokládán za hlavní příčinu nemocnosti či předčasné úmrtnosti (Fanta et al., 2023). Navzdory tomu je českou společností nebezpečí alkoholu velmi podceňováno a jeho užití je tolerováno i přes výskyt ohrožujících nežádoucích důsledků.

Kalina et al. (2015) uvádí, že po požití alkoholu se nejčastěji ocitáme v přechodném stavu zvaném prostá opilost (*ebrieta*, *ebrietas simplex*), kdy malé dávky vyvolávají stimulační efekt a vyšší dávky tlumivý efekt. Prostá opilost je tudíž následkem nadměrného jednorázového požití alkoholu (Heller & Pecinovská, 2011). Průběh ebriety začíná v podobě zlepšené nálady, vzrůstajícího pocitu sebevědomí a energie. Postupně může tento stav vrcholit ztrátou zábran a bagatelizací dané situace, přičemž se posléze objeví pocit únavy, který vyústí ve spánek, tedy v naprostý útlum organismu. Efekt alkoholu na organismus se liší v závislosti na množství konzumace a dalších faktorech, jako jsou environmentální vlivy nebo genetická predispozice. Očekávané účinky mohou mít jak krátkodobé, tak dlouhodobé dopady na zdraví. Krátkodobě mohou nastat somatické

symptomy jako problémy s koordinací pohybů, zvýšené svalové napětí, pomalejší reakční čas, pocit nevolnosti a zvracení. Může se také objevit agresivita či tendence k riskantnímu chování, což zvyšuje riziko úrazů v důsledku oslabené schopnosti kritického úsudku. V krajních případech může dojít k poruše vědomí nebo dokonce ke smrti. Dlouhodobé účinky zahrnují poškození trávicího systému (trávicí problémy, průjmy, záněty žaludku), narušení funkce kardiovaskulárního systému (vysoký krevní tlak, srdeční onemocnění), poruchy tvorby krve, anémii, narušení spánkového režimu, úzkostné a depresivní stavy. Chronické nadužívání alkoholu může vyústit v psychotické poruchy nebo organické poškození mozku. U těhotných žen může konzumace alkoholu způsobit vážné škody na plodu, vedoucí k fetálnímu alkoholovému syndromu (Kalina a spol., 2015).

Může být otázkou, proč se přes takové množství nežádoucích účinků tolik lidí, dle alarmujících údajů o vysoké spotřebě alkoholu a vzrůstajícím počtu závislých v naší společnosti, ke konzumaci alkoholu nadále uchyluje. Proč pijeme alkohol? Alkohol je ve velké míře jednotlivcem vyhledáván pro své euforizační působení, tzv. dosažení pocitu euforie, „tj. příjemnou změnu nálady, obveselení, úlevu, odstranění potíží a duševního napětí, zapomnění...“ (Skála, 1988, s. 7). Toto umělé, cílené navozování tzv. nepravé euforie není bohužel bez rizika (Skála, 1988), ačkoliv to mnoho konzumujících nebere v potaz a zaujímá k této aktivitě poněkud laxní postoj, což může mít vážné následky.

Jak bylo zmíněno, alkohol patří mezi psychoaktivní látky, což znamená, že je schopen měnit psychický stav, často v subjektivně příjemný směr, přičemž jeho účinky se mohou projevovat na různých úrovních. Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, 1992) se poruchy související s konzumací alkoholu nacházejí v sekci F10, která pokrývá poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu. Kód F10.0 se vztahuje na akutní intoxikaci, což je dočasná změna ve fyziologických a psychických funkcích, která může vyústit až v poruchu. Sekce F10.1 popisuje škodlivé užívání (abúzus), včetně psychických nebo fyzických změn a škod vzniklých obvykle v důsledku dlouhodobého užívání alkoholu.

Je důležité zdůraznit, že dlouhodobá konzumace alkoholu ovlivňuje nejen fyzické a mentální zdraví osoby, ale má výrazný dopad také na její sociální život. V kontextu konzumace alkoholu se setkáváme s termíny jako abúzus, úzus a misúzus. Úzus neboli umírněné užívání, je definován jako konzumace alkoholu, při níž hladina alkoholu v krvi nepřesahuje 0,6 promile, obvykle spojená s příležitostným pitím, například u večere nebo po práci. Misúzus, nebo zneužívání alkoholu, znamená porušování právních nebo sociálně

uznávaných norem, jako je například pití a následné řízení motorového vozidla nebo konzumace alkoholu během těhotenství (Skála, 1988).

V případě, kdy se setkáváme s čím dál více gradujícími negativními vlivy alkoholu na život jedince, je možné hovořit o vývoji závislosti na alkoholu. Podle Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, desáté revize (MKN-10, 1992), tento stav odpovídá kódu F10.2 - Syndrom závislosti. Tuto problematiku dále detailněji rozebereme v následující podkapitole.

1.2 Diagnostika závislosti na alkoholu

Alkohol patří mezi návykové látky s vysokým potenciálem vyvolání závislosti. Návykové látky jsou v Trestním zákoníku definovány jako „alkohol, omamné látky, psychotropní látky a ostatní látky způsobivé nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování“ (Zákon, č. 40/2009 Sb., § 130, odst. 1, o trestním řádu). Vzhledem k tomuto návykovému potenciálu se alkohol může stát klíčovým a nezbytným prvkem v životě jedince, jak upozorňuje Nešpor (2011).

Závislost lze definovat jako „stav, v němž člověk není schopen obejít se bez určité látky nebo činnosti“ (Matoušek, 2003, s. 270). V případě závislosti na alkoholu se tento stav projevuje sklonem jedince k pravidelnému konzumu alkoholu a postupnému ztracení kontroly nad jeho užíváním. Konzumace v tuto chvíli dosahuje takového stupně, kdy škodí či přímo ohrožuje jedince a společnost. To se obvykle projevuje na fyzické, psychické a sociální úrovni (Matoušek, 2003).

Pro **diagnostiku závislosti na alkoholu** jsou stanovena jasná **diagnostická kritéria**, mezi které patří:

- 1. intenzivní touha nebo pocit nucení konzumovat látku (craving, bažení),**
- 2. problémy v kontrole konzumace látky, včetně začátku, ukončení nebo množství zkonsumovaného alkoholu,**
- 3. výskyt somatických abstinčních příznaků,**
- 4. změny v toleranci vůči alkoholu,**
- 5. přiklánění se k alkoholu na úkor ostatních aktivit a zájmů a vynakládání většího množství času na získávání, konzumaci nebo zotavování se z účinků alkoholu,**
- 6. pokračování v konzumaci i přes zřetelné negativní důsledky**

(World Health Organization, 2024).

Pokud se během posledního roku vyskytnou alespoň tři ze zmíněných jevů, podle MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize) se stanovuje diagnóza syndromu závislosti. Tento syndrom zahrnuje soubor fyziologických, behaviorálních a kognitivních reakcí, které se vyvíjejí po opakované konzumaci určité látky. V důsledku toho dochází k tomu, že užívání této látky se stává pro jedince prioritnější než ostatní aktivity, jež dříve tvořily střed jeho zájmů (Kalina, 2015).

Z uvedených kritérií vychází, že závislý člověk čelí závislosti ve dvou rovinách – psychické a somatické. Psychická závislost souvisí s velmi těžko potlačitelnou touhou látku opakovaně užívat, neboť už samotná představa neuzítí látky v jedinci vyvolává úzkost či podráždění. Z psychické závislosti se obvykle vyvíjí závislost somatická, s kterou jsou spojeny fyzické projevy závislosti. Ty se projevují ve formě adaptace biologických funkcí organismu na požívanou látku, což se vyznačuje zvyšující se tolerancí, tzv. vyžadováním vyšších dávek látky k dosažení žádoucího účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (Kalina, 2015). Jedním z následků somatické závislosti je abstinenci syndrom neboli tělesný stav vyvolaný ukončením užívání drogy po jejím dlouhodobém požívání. Typickými projevy bývá úzkost, pocit napětí a vegetativní symptomy, jako jsou zvýšené pocení a třes (Rahn & Mahnkopf, 2000).

Důležité je zdůraznit, že závislost na alkoholu není vrozený stav. Skála (1988, s. 39) to vyjadřuje slovy: „Nikdo není předurčen k tomu, aby se stal závislým na alkoholu, ale nikdo také nemá předem jistotu, že se jím nestane“. U osob závislých na alkoholu musíme brát v úvahu jak interní příčiny, mezi které patří biologické a psychologické faktory, tak externí, sociální vlivy. Závislost na psychoaktivních látkách je totiž poruchou, na jejímž vzniku se podílí řada rozličných faktorů.

Biologické faktory, jako jsou genetické predispozice, metabolické funkce a neurohumorální reakce, jsou základem pro to, jak organismus metabolizuje psychoaktivní látky, včetně alkoholu, a určují individuální toleranci k alkoholu. Způsob, jakým tělo zpracovává alkohol, má zásadní význam pro reakci osoby na jeho požití, což může ovlivnit vznik výpadků paměti a kocoviny. Z genetických faktorů hraje významnou roli vliv rodinných predispozic a funkčnost rodiny (Fischer et al., 2009). Studie naznačují, že genetický podíl na vzniku závislosti na alkoholu je významný u jedinců pocházejících z rodin s historií alkoholismu, což může být podmíněno jen napodobením tohoto vzoru chování (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Psychické faktory zahrnují osobnostní rysy, jako jsou typické způsoby vnímání, myšlení a reakce. K pití alkoholu mají sklon zejména jedinci, kteří se potýkají s emočními stavy charakterizovanými nedostatkem pocitu spokojenosti, zvýšenou podrážděností a emoční nestabilitou, často zažívající psychické napětí, úzkost nebo depresi. Právě při nezvládnutí těchto emočních obtíží se tito jedinci mohou více uchýlovat k užívání alkoholu jako prostředku přinášejícímu okamžité uspokojení a uvolnění. Rozvoj tohoto návyku může vést k častějšímu sklonu řešit své problémy užitím drogy, namísto vyhledávání přiměřených vzorců chování. Naopak u nich převažují rigidní a méně flexibilní reakce. Určitou rizikovou skupinu tvoří nejistí a nezralí adolescenti v období dospívání, pro něž je typická snížená sebekontrola, impulzivní a nezdrženlivé reagování až rizikové chování (Vágnerová, 2012). Nesporný vliv na predispozice k závislosti na alkoholu může mít i výchova v dětství. Zvláště pokud se jedná o autoritářský výchovný styl, který klade důraz na dosahování úspěchu, poslušnost a často moralizuje, ale zároveň zanedbává a opomíjí citové potřeby dítěte. Tento přístup může vést k silnému pocitu méněcennosti a viny (Skála, 1988), což se může v dospělosti projevit v podobě silné potřeby tyto pocity utlumit kupříkladu prostřednictvím alkoholu či jiných substancí.

Užívání alkoholu a jiných psychoaktivních látek ovlivňují také **sociální faktory**. Dostupnost těchto látek a normalizace pití alkoholu v určité společnosti mohou ovlivnit, jak často lidé konzumují alkohol ve svém volném čase. Také sociální deprivace, jako je nezaměstnanost nebo nedostatek možností se realizovat, může podnítit užívání těchto látek (Vágnerová, 2012). Kromě toho může také místní kultura a její normy intenzivní užívání látek, jak podporovat, tak od jeho užití odrazovat. Tyto kulturní rozdíly jsou viditelné v různých vzorcích pití a užívání drog. Přes veškerou snahu o difúzi přetrvávají stále rozdíly v myšlení, vzorcích užívání a reakcích na psychoaktivní látky (el-Guebaly et al., 2021)

Nakonec nesmíme opominout jeden z velmi důležitých rizikových faktorů, kterým je komorbidita jiných psychických poruch či chorob (např. schizofrenie, deprese, úzkostné poruchy či poruchy osobnosti). Tento případ nazýváme sekundárním alkoholismem (Epstein, 2001).

Ať už jsou původcem závislosti na alkoholu u jedince jakékoliv příčiny, způsobuje dlouhotrvající nadměrná konzumace alkoholu adaptaci buněk na trvalý přísun látky. Interakce zmíněných faktorů předznamenává pravděpodobnost experimentace i míru rizika vzniku závislosti (Vágnerová, 2012). Přičemž rychlost rozvoje závislosti závisí na

dispozicích jedince, jeho pohlaví, věku začátku požívání a způsobu zneužívání alkoholu (Heller & Pecinová, 2011).

Tím se dostáváme k tématu vývoje a rozvoje závislosti na alkoholu. Byla stanovena vývojová stádia závislosti, která v roce 1952 E.M. Jellinek, americký alkohololog českého původu, seřadil do následujících čtyř po sobě jdoucích fází:

1. **Počáteční, iniciační stádium**, ve kterém dochází ke vzrůstající frekvenci pití a stoupají dávky alkoholických nápojů. Rizikovým faktorem se stává poznání toho, že alkohol přináší úlevu.
2. **Varovné, prodromální stádium** nastává, když se alkohol stává prostředkem pro zvládnání stresu. V důsledku dlouhodobého zvyšování konzumace dochází k růstu tolerance vůči alkoholu, což vede k postupnému zvyšování konzumovaného množství. V této fázi se často objevují opakované intenzivní myšlenky na alkohol a skryté pití v soukromí, z čehož mohou vzniknout výpadky v paměti spojené s alkoholem (palimpsesty).
3. **Rozhodné, kruciální stádium** je charakterizováno ztrátou kontroly nad pitím, kdy je osoba již plně závislá a potřebuje alkohol každodenně. Přestože se rozrůstají sociální problémy, jedinec odmítá uznat svoji závislost. Stává se, že stavy opilosti nastávají častěji a objevují se alkoholové amnézie. Pokusy o zdrženlivé pití jsou neúspěšné, střídají se s obdobími nucené abstinence.
4. **Konečné, terminální stádium**, v jehož důsledku se snižuje jak fyzické, tak duševní zdraví jedince a klesá tolerance k alkoholu. To vede k pití alkoholu hned ráno a několikadenním opilostem, což vyvolává sociální a adaptační problémy. Osoba prožívá pocity bezmoci, úzkosti, třesu a dochází k uvědomění si vlastní neschopnosti zvládnout závislost (Vágnerová, 2012).

Vývojové fáze závislosti na alkoholu podle Jellinka mohou být užitečným nástrojem při sběru anamnestických údajů, což může napomoci k přesnější diagnóze. Nicméně je důležité si uvědomit, že tento model není univerzální a nelze ho aplikovat na všechny případy. Každý jedinec s abúzem alkoholu má své individuální schéma, které se může zcela lišit.

Jellinek (1960) také formuloval rozlišení pěti typů abúzu, respektive závislosti na alkoholu, které mohou přispět k snadnější volbě optimálního a diferencovaného léčebného programu. Jedná se o následující typy:

1. **Typ alfa** charakterizují sporadické excesy vedoucí k problémům, jako jsou úrazy nebo trestné činy. Motivace k pití pramení z potřeby zmírnit napětí, dosáhnout stavu euforie,

nebo usnadnit sociální interakci. S rostoucí tolerancí a četností konzumace může dojít k posunu od kontrolovaného pití alfa typu k nekontrolovanému pití typu gama (Skála, 1987).

2. **Typ beta** se projevuje ztrátou kontroly během příležitostného pití, což vede k problémovým ebrietám. Tento typ je spojen s tzv. společenským pitím během různých sociokulturních příležitostí (Heller & Pecinovská, 2011).
3. **Typ gama**, u kterého se střídají období abstinence s opakující se problematickou ebriitou, která může dosahovat až do stavu intoxikace. Tento typ se vyznačuje rostoucí tolerancí a výraznou psychickou závislostí.
4. **Typ delta** je definován pravidelným každodenním pitím jako součástí životního stylu, kdy jedinec udržuje stálou "hladinku" alkoholu v krvi bez ztráty kontroly, avšak s omezenou schopností abstinence. Převládá somatická závislost, z níž se může vyvinout závislost psychická.
5. **Typ epsilon** je známý kvartálním vzorcem pití, kdy se střídají fáze nadměrné konzumace s obdobími, ve kterých jedinec zcela abstínuje (Skála, 1987).

Při klasifikaci je důležité brát v úvahu, že se zmíněné typy mohou svými příznaky překrývat, což vede k obtížnějšímu rozlišení. Dále se v historii nemoci jedince můžeme setkat s přechody mezi jednotlivými typy. Termín "alkoholismus" nebo "alkoholová závislost" se obvykle odkazuje na typ gama a delta, které jsou nejčastější. Jedná se již o zřejmé alkoholiky, kteří se nemohou vlastní silou pití alkoholu ubránit, což je vede k vyhledání zdravotnické a společenské pomoci (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Nutno podotknout, že to může trvat i několik let, než člověk vyhledá pomoc. Většinou až při nástupu zdravotních problémů je jedinec okolím nucen vyhledat lékaře či psychologa (Lesch et al., 2020). V následující podkapitole se seznámíme s tím, jaké formy pomoci lze nabídnout jedinci bojujícímu se závislostí na alkoholu.

1.3 Léčba závislosti na alkoholu

Při léčbě závislosti na alkoholu je důležité brát v úvahu složitost faktorů, které k vzniku závislosti vedou. Proto se při léčbě jedince se závislostí často používá komplexního přístupu, který zahrnuje aspekty biologické, psychologické, sociální, případně i duchovní. Tento přístup vychází z bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu, který k jedinci přistupuje, jak individuálně, tak komplexně. Cílem léčby je dosáhnout úplného uzdravení jedince, což znamená zbavit se příznaků závislosti. Neboť, jak popisuje Kalina (2015, s.

122), tak „zneužívání návykových látek je projevem, nikoliv podstatou poruchy“. Nicméně není možné očekávat, že léčba přinese jedinci návrat ke stavu před vznikem závislosti (Heller & Pecinovská, 2011). Trvalé udržení uzdravení závislí na celoživotní snaze jedince vyhnout se konzumaci alkoholu. I malé množství může způsobit návrat k závislosti. Alternativou může být tzv. kontrolované pití, tedy celková konzumace alkoholu v omezeném a sníženém množství, které může být zvažováno pouze u lidí s typem abúzu alfa a beta, nikoliv u ostatních typů (Skála, 1987). Z výsledků metaanalytické studie zabývající se porovnáváním kontrolovaného pití s abstinenční léčbou vychází, že kontrolované pití může být možností tam, kde nelze aplikovat abstinenční přístup. Zejména v případech, kdy závislí nejsou vůbec ochotni přestat pít. Výsledky tedy nepotvrzují, že by kontrolované pití bylo přijatelné pouze u nezávislých pacientů (Henssler et al., 2020).

Na úvod této problematiky je nutné seznámit se se souvisejícími pojmy, s nimiž přicházejí běžně do styku lidé léčící se závislostí na alkoholu. Jedná se o abstinenci, laps, relaps a recidivu. **Abstinence** jako stav, kdy se jedinec z vlastní vůle vědomě zříká požití alkoholických nápojů. Nicméně je důležité si uvědomit, že abstinence není konečným cílem, ale spíše prostředkem k léčbě a uzdravení ze závislosti. **Laps** (lapsus, „úlet“) znamená izolované, jednorázové užití alkoholu, které jedinec dokáže zastavit, tudíž nevede k rozvoji žádného symptomu (Kalina, 2015). **Relaps** už znamená opakované užití alkoholu, tzv. vícenásobné „uklouznutí“, jde o částečnou remisi. Přičemž Lesch a kol. (2020) uvádějí, že v průběhu léčby je relapsy nutné akceptovat, neboť jsou součástí závislosti a pacient své pití vnímá jako relaps až tehdy, kdy sám začne usilovat o dodržení abstinence. Nakonec pojem **recidiva** použijeme pro návrat nemoci, při opětovné diagnóze syndromu závislosti (Kalina, 2015).

Seifertová et al. (2008) přibližují léčbu závislosti na třech obvykle po sobě jdoucích krocích: léčba odvykacího stavu, motivace směrem k zahájení abstinence a prevence relapsu. Přičemž Vágnerová (2012) uvádí, že nezbytnými předpoklady léčby jsou motivace a ochota pacienta spolupracovat. Závislý jedinec může vybírat z široké nabídky různých zařízení dle jeho současných potřeb a také s ohledem na jeho dostupné možnosti. Existují tři základní formy léčby: **ambulantní léčba, ústavní léčba a stacionární léčba** (Heller & Pecinovská, 2011). Nastolená léčba a příslušné léčebné postupy by v každém případě měly odpovídat dosaženému rozvoji závislosti.

V některých případech, zejména při akutní intoxikaci, je v první řadě nutné odstranit drogu z organismu prostřednictvím procesu zvaném **detoxikace**. Jedná se o první stadium v léčbě závislosti, při kterém dochází k vyloučení toxických látek z těla pod dozorem

lékaře v detoxikačním středisku či oddělení (Hartl & Hartlová, 2015). Absolvování detoxikační léčby (v rozmezí 2-3 týdnů) bývá v některých psychiatrických nemocnicích podmínkou před nástupem na ústavní léčbu.

V případě, kdy jedinec nedokáže sám zvládat stav po odnětí drogy a vrací se opakovaně k jejímu užívání bez ohledu na škody na jeho život a jeho okolí, nabízí se jako pomocné řešení **ústavní léčba**. Při ústavní léčbě dochází k hospitalizaci pacienta ve zdravotnických zařízeních (psychiatrická oddělení nemocnic, specializované psychiatrické léčebny) a nezdravotnických soukromých zařízeních. Lze využít pobytové léčby krátkodobé (po dobu 3 měsíců), střednědobé (po dobu 6 měsíců) a dlouhodobé (přesahující dobu 6 měsíců). Ústavní léčba je založena na strukturovaném léčebném režimu s přesně danými pravidly. Pobyt se opírá o intenzivnější léčbu, jelikož je uplatňováno souběžně několika postupů jako je psychoterapie včetně rehabilitačních a resocializačních technik s podpůrnou farmakoterapií (Heller & Pecinová, 2011). Výhodou této formy léčby je odnětí jedince z rizikového prostředí a získání náhledu na svou nemoc a seznámení se s principy abstinujícího života (Kalina, 2015).

Ambulantní léčba může představovat začátek léčebného procesu, kdy jedinec začne docházet do poradny do specializovaných zařízení, kde lze využít, jak individuální, tak i skupinové terapie. Zároveň sem mohou preventivně docházet i pacienti po absolvování ústavní léčby (Kalina, 2015).

Léčba stacionární je poskytována (obvykle po dobu několika týdnů či měsíců) v tzv. denních stacionářích, které jsou založeny na pravidelné denní docházce do zařízení. Pacienti tvoří uzavřenou skupinu pod vedením psychologa či psychoterapeuta, která staví na režimových prvcích a psychoterapii. Smyslem této péče je udržení léčebného efektu, snížení rizika relapsu a podpora klienta při jeho opětovné integraci do sociálního prostředí (Kalina, 2015).

Mimo to lze v rámci procesu doléčování využít tzv. doléčovacích programů, ať ústavní či ambulantní formy. Dále existují také svépomocné skupiny, z nichž nejznámější jsou Anonymní alkoholici (AA), kde se sdružují lidé potýkající se se stejnou problematikou. Podstatou svépomocné skupiny je vzájemné sdílení a podpora v rámci skupinových setkání. Lze využít také služeb socioterapeutických klubů při psychiatrických odděleních, které jsou oproti svépomocným skupinám vedeny odborníkem. U rozvinuté závislosti na alkoholu se jeví jako nejúčinnější strategií kombinace ústavní léčby a následného ambulantního doléčovacího systému (Heller & Pecinová, 2011).

Důležitým předpokladem pro úspěšné zvládnutí léčby je bezesporu pacientův náhled na jeho nemoc a s tím související i náhled vhodné léčby. Po získání náhledu mohou být osoby závislé na alkoholu vedeny k oprostění se od pro ně tolik typických destruktivních a degradujících vzorců myšlení a chování. Namísto toho u nich dochází k rozvoji konstruktivních tendencí (Skála, 1987). Tyto naučené tendence by pacienta měly vést k přehodnocení jeho dosavadního hodnotového systému a přeměně nezdravého způsobu života. Pacient je proto prostřednictvím léčby veden ke zvýšené disciplinovanosti a ke převzetí odpovědnosti za svá rozhodnutí a jejich následky. K dosažení náhledu a z něj vycházející produktivitě pacienta přispívá ve velké míře **psychoterapie**, jež hraje klíčovou roli v terapii závislosti na alkoholu. Přičemž při léčbě závislosti na alkoholu se osvědčil zejména integrativní a kognitivně-behaviorální přístup využívající postupů jako identifikace spouštěcí závislosti, odmítání či osvojování si nových vzorců chování. To, co ale hraje v léčbě závislosti dle Skály (1989) ústřední roli je terapeutický vztah a skupinová dynamika. Je přesvědčen, že by terapie měla zahrnovat nejen behaviorální postupy, ale i silné terapeutické vztahy, protože pouhá aplikace behaviorálních technik bez zapojení emocionálního aspektu nemusí dosáhnout požadované účinnosti.

Vhodným doplněním individuální terapie je pro tento typ obtíží skupinová terapie, která bývá doplněna neverbálními technikami, arteterapií, pracovní terapií a dalšími postupy dle možností zařízení (Seifertová et al., 2008). Právě na skupinové psychoterapii je stavěna režimová léčba v našem systému (Jílek, 2008). Skupinová terapie může pro pacienta vytvořit bezpečný prostor, v rámci, kterého může posilovat své sociální dovednosti, učit se zdravému sebeprosazování a vnímání sebe a svého okolí. Účinné může být pro pacienta také využití rodinné či partnerské terapie, neboť abúzus alkoholu nezřídka vede k narušení rodinného či partnerského systému, který si žádá pomoc ve formě stabilizace a změn.

Jelikož závislost má mnoho faktorů, léčba se obvykle skládá z různých terapeutických metod, které se vzájemně doplňují a tvoří komplexní a efektivní program. Důležitou součástí léčby závislosti je dlouhodobý a intenzivní přístup. Kromě psychoterapie se také využívá **farmakoterapie**, která má prokazatelný vliv při snaze o ovlivnění bažení (craving), což je klíčový příznak závislosti. Léky jako acamprosát (známý jako Campral) a naltrexon jsou často používány k minimalizaci rizika relapsu u pacientů trpících závislostí (Raboch & Pavlovský, 2008).

Další často využívanou metodou léčby je senzibilizační terapie, která zahrnuje použití léku Disulfiram (známého také pod názvem Antabus) při léčbě závislosti na alkoholu. Tento lék funguje tím, že inhibuje enzym aldehyddehydrogenázu, což vede k hromadění

acetaldehydu v těle po požití alkoholu. Podání Disulfiramem poté způsobuje toxické reakce, jako je zrudnutí kůže, nechutenství, zvracení, dýchavičnost a nepravidelný srdeční rytmus. Intenzita těchto příznaků závisí na množství alkoholu požitého po podání léku. Senzibilizační terapie Disulfiramem by měla být prováděna pod dohledem odborníka a měla by být součástí komplexní léčebné strategie. Kombinace léčby s psychoterapií může napomoci k vytvoření nových způsobů chování a posílit účinnost léčby (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Dalšími terapeutickými metodami při léčbě závislosti jsou **relaxační techniky**, které byly zpopularizovány předním odborníkem v oboru, Karlem Nešporem. Tyto metody slouží jako zdravá alternativa ke konzumaci návykových látek, přičemž mohou podstatně přispět ke zlepšení životního stylu a ke zmírnění pocitů úzkosti a deprese. Jsou obzvláště užitečné v dobách zvýšeného stresu a řadí se mezi ně techniky jako autogenní trénink či jóga (Nešpor, 2018).

Závěrem si shrneme tři hlavní kroky, které jsou nezbytnou součástí léčby závislosti na alkoholu. Prvním krokem je zamezit kontaktu s drogou, následuje druhý krok v podobě posilování schopnosti zvládat rizikové situace bez drogy, a nakonec třetí krok v podobě dekonstrukce udržovacích faktorů a prevence relapsu, což se neobejde bez rozklíčování stěžejních osobních témat a podpory v rámci psychoterapie (Kalina, 2015). Z textu vyplývá, že prvotním cílem léčby závislosti na alkoholu je přechod z nadměrného užívání alkoholu k abstinenci. Mezi dílčí cíle léčby patří rovněž snížení počtu relapsů, zlepšení psychických a sociálních funkcí a v neposlední řadě posílení motivace k další léčbě. Na závěr této kapitoly zabývající se problematikou závislosti na alkoholu nutno dodat, že zvolený přístup a léčebné strategie je nutné volit a kombinovat s ohledem na aktuální stav a vývoj závislého jedince (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

2 STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ STRESU A ZÁTĚŽE

Stres a zátěž představují neodmyslitelnou součást života každého člověka. Tato kapitola se zaměřuje na strategie zvládání stresu a zátěže, které jsou klíčové pro efektivní navigaci v běžném životě. Cílem této kapitoly je poskytnout ucelený přehled o problematice stresu a zátěže a představit různé přístupy k jejich zvládání. Porozumění těmto konceptům a jejich aplikace v praxi může být zásadní pro dosažení lepšího duševního a fyzického zdraví a efektivnějšího fungování v každodenním životě.

2.1 Vymezení stresu

Na úvod je třeba se seznámit se s termínem **zátěž**, z kterého stres vychází. Zátěž lze obecně pojímat jako stav, kdy na jedince působí určité nároky, kterým se musí v rámci adaptačního procesu přizpůsobit. Tyto nároky mohou mít různou intenzitu, kvalitu a délku trvání, a vyžadují od jedince různé úrovně energie. Existuje mnoho variant, jak kategorizovat zátěž. Paulík (2012) klasifikuje zátěž na základě typů stresorů do několika kategorií, včetně biologických stresorů, které jsou vyvolány fyzickými nebo biologickými faktory, fyzických stresorů, souvisejících s tělesnou aktivitou, a psychických stresorů, které zasahují do oblasti vnímání, emocí a myšlení. To, zda je zátěž vnímána jako optimální a podporující výkon, či naopak neoptimální, nežádoucí s negativními dopady, záleží na perspektivě daného jedince.

Stres můžeme definovat jako konkrétní typ nechtěné zátěže, při které dochází k nesouladu mezi požadavky prostředí a schopností organismu se přizpůsobit. Tento nesoulad vzniká z kombinace vnějších požadavků (expoziční faktory) a vnitřních schopností a predispozic jedince (dispoziční faktory) (Paulík, 2012). Všechny požadavky kladené na osobu jsou pro ni zátěžové v míře, která odpovídá jejím aktuálním schopnostem zvládat tyto situace.

Slovo "stres" má původ v angličtině, od slovesa "stringo, stringere" v latině, což znamená "utahovat, stahovat, svírat", a přeneseně se používalo ve smyslu utahování smyčky kolem krku odsouzenců při popravě šibenice, jak popisuje Křivohlavý (1994). Autor dále poukazuje na technický význam slova, který připomíná působení tlaku na objekt, podobně jako lis. V tomto kontextu pocit stresu vzniká, když se ocitneme pod tlakem a v situaci, kdy musíme čelit různým výzvám, což vyvolává pocit úzkosti.

Stres lze kategorizovat jako **distres**, což je forma stresu s negativním vlivem, vyvolávajícím nepříjemné a často ohrožující pocity (Paulík, 2017). **Eustres**, na druhé

straně, je pozitivně vnímaný stres, spojený s příjemnými emocemi a anticipací pozitivních změn či událostí. Distres se objevuje v situacích, které náš mozkový kmen vyhodnotí jako potenciálně nebezpečné, zatímco eustres můžeme prožívat při radostných událostech nebo výzvách (Plamínek, 2013). Eustres či prestres (mírný stres) je pro člověka důležitý, jelikož přispívá k výkonnosti a zvyšuje odolnost vůči závažnému stresu (Večeřová-Procházková & Honzák, 2018). Rozlišujeme také **hyperstres**, což je situace, kdy úroveň stresu přesahuje schopnost jedince se přizpůsobit, což může vést k poškození organismu. Oproti tomu **hypostres** je charakterizován nižší intenzitou stresu, která sice nedosahuje limitu adaptace jedince, ale její dlouhodobé působení může způsobit negativní důsledky, jak upozorňuje Křivohlavý (1994). Stres se dále dělí podle doby trvání na akutní, chronický a intermitentní. Akutní stres se vyznačuje tím, že představuje určitou výzvu, kterou je jedinec schopen aktivně řešit a mít nad ní kontrolu. Naopak, pokud se jedná o dlouhodobou a přetrvávající zátěž, kterou jedinec není schopen okamžitě vyřešit nebo řešit, mluvíme o tzv. chronickém stresu. Pojem intermitentního stresu zahrnuje každodenní starosti a obtíže, kterým čelíme, a propojuje prvky jak akutního, tak chronického stresu (Orel et al., 2014).

Stresový či zátěžový faktor, který vyvolává stresovou reakci organismu, označujeme jako **stresor**. Podle Seyleho (2012) je stresorem cokoli, co na nás a náš organismus klade nějaké požadavky, na něž musíme následně reagovat. Nutno podotknout, že každý člověk může na tentýž stresor reagovat odlišným způsobem. Vliv stresoru na člověka se odvíjí od řady faktorů, včetně jeho typu, síly, kontextu a celkové schopnosti jedince odolávat stresu (Křivohlavý, 1994). Stresory mohou působit přímo, ovlivňovat fyzické zdraví osoby skrze imunitní, endokrinní či nervový systém, či nepřímo, skrze změny v chování, jako je například změna stravovacích návyků, pití alkoholu či kouření, což představuje zdravotní riziko. Často se setkáváme se synergickým účinkem stresorů, kdy kombinace jejich přímých a nepřímých vlivů vyvolává silnější reakci, než by bylo očekáváno pouze na základě jejich individuálního působení (Křivohlavý, 2009).

Podle Lazaruse (1966) je vznik stresu závislý na subjektivním hodnocení dané situace jedincem. Do tohoto hodnocení člověk zahrnuje míru ohrožení svých hodnot vnějšími podmínkami a okolnostmi (tzv. primární hodnocení) a své možnosti zvládnout situaci (tzv. sekundární hodnocení). Pokud situaci vyhodnotí jako řešitelnou, bude se zaměřovat na řešení problému. V opačném případě, pokud je situace vnímána jako neřešitelná, jedinec se obvykle zaměří na řízení svých emocí. Hodnocení situace ovlivňuje řada faktorů, jako jsou osobnostní rysy, strategie zvládnání stresu, předchozí zkušenosti se stresem, sociální podpora a sociální postavení. Je důležité rozlišovat mezi stresory, které jsou reálné a

představují bezprostřední nebezpečí nebo narušení v životě jedince, a potenciálními stresory, tedy takovými, které mohou vyvolat stres, pokud dosáhnou určité úrovně intenzity, trvání, frekvence nebo se kumulují (Paulík, 2017).

Podle H. Saleyho (2013) se stresory dělí na fyzikální a emocionální. **Fyzikální stresory** zahrnují faktory jako toxiny a skoro-toxiny (včetně alkoholu, nikotinu, kofeinu), znečištění ovzduší, sezónní změny, viry, bakterie, přírodní katastrofy (například zemětřesení, povodně), nehody, úrazy, genetické predispozice, těhotenství, znásilnění a další. **Emocionální stresory** pak obsahují pocity úzkosti, smutku, obav, strachu, nenávisti, nepřátelství a hněvu (Křivohlavý, 1994). Bartůňková (2010) rozděluje stresory na fyzické (jako je teplo a tlak), chemické (včetně toxinů a alkoholu), biologické (hlad, žízeň, bolest) a psychosociální (strach z nemocí, zkoušek), a také upozorňuje na stresory vznikající v důsledku problémů v interpersonálních vztazích, ať už v rodině, na pracovišti či mezi přáteli.

V každodenním životě se obvykle potýkáme s kombinací různých stresorů. Za paradoxní jev se dá považovat alkohol, který bývá používán jako prostředek proti stresu, ačkoliv je sám stresorem. Důsledkem toho vzniká bludný kruh, kdy kvůli narůstající konzumaci alkoholu dochází k prohlubování dopadu stresových vlivů se zdravotními, psychickými a sociálními následky (Bartůňková, 2010).

Dopady stresu lze vysledovat na několika různých rovinách – fyziologické, emocionální a behaviorální. **Na fyziologické rovině** se stres může projevit v podobě tělesných příznaků (např. bušení srdce, bolesti nebo tlak na hrudi, respirační potíže, bolesti hlavy, bolesti břicha, zažívací obtíže) (Machač & Macháčová, 1991). Stres ovlivňuje srdce a zvyšuje riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění, jako jsou srdeční choroby a mrtvice, a také může přispívat k endokrinním poruchám, včetně hypertyreózy, Gravesovy choroby, diabetes mellitus a obezity (Napolitano, 2017). **Emocionální projevy** mohou zahrnovat prudké výkyvy nálad, přehnané obavy kvůli nepodstatným věcem, neschopnost projevit empatii, omezení sociálního života, nadměrné starosti o zdraví a vzhled, spolu se zvýšenou podrážděností a úzkostností (Křivohlavý, 1994). V krajních případech mohou intenzivní vnější nebo vnitřní podněty způsobit vznik depresí, posttraumatické stresové poruchy nebo úzkostných poruch (Kumar et al., 2013). **Behaviorální příznaky** stresu mohou zahrnovat váhání v rozhodování, zvýšenou nemocnost a náchylnost k nehodám, pokles kvality výkonu, úbytek apetitu a změny v denním režimu, jak popisuje Křivohlavý (1994). Mezi behaviorální projevy stresu řadíme také zvýšenou konzumaci alkoholu, kterou jsme se zabývali v předchozí kapitole.

Kumar et al. (2013) zdůrazňují, že schopnost vyrovnat se se stresory je základním předpokladem pro přežití. V okamžiku ohrožení dochází k oslabení vnitřního prostředí jedince. Pro dosažení stabilního stavu vnitřní vyrovnanosti, označovaného jako homeostáza, se začne organismus připravovat na fyzickou aktivitu typu boj nebo útěk. Hans Selye v roce 1951 zjistil, že nezávisle na typu stresového podnětu dochází v těle k univerzálním fyziologickým odpovědím, které pojmenoval jako obecný adaptační syndrom (General Adaptation Syndrome – GAS). Rozdíly v reakcích organismu se objevují pouze v závislosti na síle stresorů (Paulík, 2012). Tento proces, který byl později přejmenován na stresovou reakci, se odehrává ve třech fázích:

1. **Fáze poplachu** zahrnuje okamžitou reakci organismu na stresový podnět, která se může projevit jako šok s nekoordinovanými až chaotickými reakcemi a sníženou schopností obrany. Po počátečním šoku následuje adaptace, během níž organismus aktivuje svoje obranné reakce a přizpůsobuje se situaci. Tato adaptace je podpořena komplexními biochemickými procesy, včetně zvýšené produkce adrenalinu a glukózy, což usnadňuje rychlé uvolnění energie. Aktivace sympatického nervového systému se projeví například zmenšením průměru krevních cév v kůži, urychlením srdečního tepu a dechu, zvýšením svalového napětí, rozšířením zornic a vznikem husí kůže (Bartůňková, 2010).
2. Ve **fázi rezistence** se organismus setkává s opětovným vlivem stresoru, což vede k fázi, kdy se systém uklidňuje a mobilizují se dodatečné zdroje energie pro udržení pohotovostního stavu. V této etapě dochází k hormonálním reakcím, které signalizují centrálnímu nervovému systému potřebu ukončit stresovou odpověď, pokud už není vyžadována. Hlavním záměrem je vybudovat obranu, která umožní organismu zvládnout nebo přežít nepříznivé podmínky. Aktivace parasympatického nervového systému a uvolňování adrenokortikotropního hormonu z hypofýzy stimuluje nadledvinky k produkci kortizolu a kortizonu, které jsou klíčové pro přežití. Nicméně, pokud stresory přetrvávají a organismus není schopen obnovit rovnováhu kvůli nedostatku energetických rezerv, může to vést k psychosomatickým obtížím, jak upozorňuje Paulík (2017).
3. **Fáze vyčerpání** je charakteristická zpočátku zvýšenou odolností vůči stresoru, ale současně sníženou odolností vůči jiným vlivům. Při dlouhodobém působení stresoru může dojít kvůli vyčerpání adaptačních zdrojů ke zhroucení organismu. K tomu dochází na základě chybějící zpětné vazby pro hypotalamus, který nadále vysílá signály o probíhající stresu, jelikož není informován o ukončení stresové reakce.

Jedinec se poté ocitá ve fázi dekompenzace, kdy mu selhávají regulační mechanismy zabraňující vzniku funkčních, metabolických a psychických poruch (Paulík, 2012).

Z toho, co bylo řečeno, vyplývá, že reakce na stres, jak ji popisuje model obecného adaptačního syndromu, hraje klíčovou roli v životě člověka. Umožňuje tělu přizpůsobit se změnám a výzvám v okolním světě. Avšak dlouhodobý stres nebo selhání v adekvátním zvládnutí stresových situací může mít vážné následky pro zdraví a celkovou pohodu jedince. Z tohoto důvodu je zásadní vypracovat efektivní strategie pro řešení stresu, na což se zaměříme v dalších částech této práce.

2.2 Charakteristika zátěžových situací

Jak již bylo řečeno, tak stres může být vyvolán nespočtelným množstvím událostí. Jako zátěžové nebo stresové situace lze charakterizovat situace, které jsou neobvyklé a vyvolané silným stresorem, a které vyžadují od jedince zvýšené úsilí při fyzické, emoční a psychické adaptaci. Vnímání zátěžové situace závisí na intenzitě stresového vlivu, délce trvání stresové zátěže a míře akceptace stresoru (Bartůňková, 2010). Jedinec se ocitá v situaci, kdy je vystaven neoptimální zátěži, která může být příznačná přetížením nebo nevyužitím kapacity organismu pro zvládnutí úkolů, sensorických podnětů nebo informací (Paulík, 2017). Mimo to může působení těchto situací vést k narušení psychické rovnováhy, což se projevuje v emocionálním prožívání, myšlení a chování. Tato narušení mohou být buď dočasná, přechodné povahy, nebo mohou mít trvalejší charakter a ovlivňovat jedince i dlouhodobě (Vágnerová, 2014).

Paulík (2017) uvádí, že existují určité situace v životě, ve kterých se zátěž stává nepřiměřeně velkou a vyvolává stres. Mezi tyto situace patří problémy, frustrace, deprivace, konflikty, nemoci, bolest, utrpení a krizové momenty. Tyto situace mohou být považovány za přímé zdroje stresu nebo mohou být interpretovány jako jeho důsledky.

Problém nastává tehdy, kdy máme specifický cíl, ale není jasné, jakou cestou jej lze dosáhnout. Tento stav často vyžaduje zvýšené úsilí a hledání alternativních přístupů k řešení dané situace, protože běžné strategie zvládnutí problémů selhávají. Řešení problému obvykle prochází několika fázemi, které zahrnují identifikaci problému, jeho definici, plánování operací, získávání a zpracování informací, a nakonec zhodnocení dosaženého výsledku (Vágnerová, 2014).

Frustrace je definována jako psychický stav nebo okolnost, ve které dochází k pocitu zklamání nebo nenaplnění subjektivně významné potřeby, jak popisuje Vágnerová (2014). Tento stav může být vyvolán externími faktory (exogenní frustrace), jako jsou fyzické nebo sociální bariéry, příkladem může být situace, kdy je cesta k cíli zablokována, například uzavřený prostor nebo zpoždění dopravního spojení (Nakonečný, 1997). Na druhé straně, endogenní frustrace pramení z interních omezení, jako jsou etické zásady nebo obavy. Frustrace generuje pocit nesplnění a podněcuje k akcím směřujícím k obnově psychické rovnováhy (Vágnerová, 2014). Tyto iniciativy mohou zahrnovat projevy agrese, zesílení pokusů o překonání překážek, návrat k dříve naučeným reakcím, úplnou rezignaci nebo akceptaci situace. Pokud nedostatek naplnění potřeby dlouhodobě přetrvává, může frustrace vést k pocitu hlubokého nedostatku neboli deprivaci (Paulík, 2017). **Deprivace** je situace, kdy dlouhodobě nedosahujeme uspokojení naší důležité potřeby (Pugnerová, 2019). Může to být způsobeno nedostatkem příležitostí nebo osobních omezení. Tyto stavy jsou stresové, protože nám brání v dosažení toho, co považujeme za důležité, a mohou vést k psychickému nepohodlí a napětí (Paulík, 2017).

Konflikt nastává, když se protikladné síly, cíle, zájmy nebo názory setkávají v konfrontaci (Kopecká, 2015). Ačkoliv tento stav může narušit stabilitu systému, nevyvolává vždy negativní reakce a může být také zdrojem pokroku (Paulík, 2017). Konflikty se dělí na intrapersonální, tedy ty, které probíhají v rámci nitra jedince, a interpersonální, tedy mezi jednotlivci. Jejich jádro často spočívá v rozdílných názorech, postojích či zájmech a jsou běžnou součástí každodenních výzev (Vágnerová, 2014).

Nemoc ovlivňuje fyzické i psychické zdraví jedince a může být vnímána jako zátěžová situace, protože omezuje schopnost jedince plnit běžné aktivity a vyžaduje přizpůsobení a léčbu. Jedná se o poruchu zdraví, která narušuje normální fungování organismu v důsledku patologických procesů nebo poruchy (Paulík, 2017). Na nemoc může nasedat **bolest** a **utrpení**, kde bolest slouží jako signál upozorňující na vznikající chorobu, ohrožení či poškození, zatímco utrpení může být způsobeno chronickou bolestí nebo těžkou akutní bolestí, která může být neúnosná. Utrpení může vzniknout také v situacích, které jsou vnímány jako bezvýchodné, jak zdůrazňuje Paulík (2017).

Krize představuje intenzivní psychickou zátěž, která je jedincem negativně vnímána a souvisí s pocitem, že problém je nepřekonatelný (Kebza, 2009). Tento stav překračuje obvyklé strategie zvládání a může být způsobený neočekávanými událostmi, akumulací stresorů nebo trvalými změnami v životě. Projevy krize zahrnují silné emocionální reakce, jako je úzkost, zoufalství a bezmoc, a mohou se projevovat i fyzicky. Krize může být

akutní, kumulovaná nebo chronická a může se vyskytovat na úrovni jednotlivce, páru nebo skupiny. Je důležité adaptovat se na krizovou situaci a najít způsob, jak se s ní vyrovnat, aby se zabránilo stagnaci v osobním vývoji (Vágnerová, 2014).

Uvedené situace jsou pokládány za zátěžové, jelikož přesahují naši schopnost zvládnout je bez výrazného emocionálního nebo fyzického nepohodlí. Jsou charakterizovány tím, že ovlivňují fyzické i psychické zdraví jedince a vyžadují přizpůsobení a vyrovnání se s nimi.

Nolen-Hoeksema (2012) klasifikuje stresové situace do různých typů. Zahrnují jak **vnější události**, což jsou traumatické situace mimo běžnou lidskou zkušenost, nekontrolovatelné situace, nepředvídatelné okolnosti a výzvy, které testují limity našich schopností, tak i **interní události**, které se týkají vnitřních konfliktů. Mezi traumatické události se řadí přírodní katastrofy, války, jaderné havárie, dopravní nehody, letecké katastrofy a fyzické útoky, jako je znásilnění či pokus o vraždu. Události, které nelze ovlivnit, zahrnují úmrtí blízké osoby, ztrátu práce nebo závažná onemocnění (Nolen-Hoeksema, 2012).

Přičemž vystavení jedince nekontrolovaným a nepředvídatelným událostem, jejich vnímání a reakce na ně, může být ovlivněno mnoha faktory, včetně pohlaví, postavení menšiny, socioekonomického statusu a kultury (Nolen-Hoeksama, 2020). Události tlačící nás až na hranice našich schopností nemusí být vždy nutně vnímány negativně. Do této kategorie spadá například manželství, které představuje výzvu v podobě přizpůsobení se mnoha novým podmínkám.

Nevyřešené vnitřní konflikty nastávají, když osoba čelí nutnosti vybrat mezi cíli, jež jsou vzájemně nekompatibilní nebo si odporují. Souhrn **charakteristických rysů stresových situací** zahrnuje následující body:

1. **Neovlivnitelnost situace** se týká vnímání situace jako extrémně stresující, zejména když se jeví mimo naši kontrolu. Tento dojem pramení z pocitu, že nemáme možnost situaci ovlivnit (Nolen-Hoeksema, 2012).
2. **Nepředvídatelnost vzniku stresové situace** zvyšuje stres tím, že způsobuje nejistotu ohledně budoucích událostí. Pokud je možné stresový moment předpovědět, může to emoční napětí zmírnit (Katz a Wykes, 1985).
3. **Nezvládnutelnost situace** vyvíjí tlak na limity našich schopností a zasahuje do našeho sebepojetí, což vede k zesílení pocitu stresu.
4. **Nepříjemný tlak ze strany okolí**, zejména když je vyžadována významná změna, může vyvolat pocit ztráty orientace. Velké změny, jako rozpad rodiny nebo přechod

do nového prostředí, vyžadují od jedince značnou adaptaci a mohou devalvovat stávající způsoby chování (Nolen-Hoeksema, 2012).

Stresové události lze rovněž kategorizovat mezi životní události, které mají na život jedince významný dopad často mimo jeho kontrolu a mohou dlouhodobě ovlivňovat jeho denní aktivity a životní styl. Tyto události mohou přinést jak žádoucí, tak nechtěnou změnu a vyžadují od nás adaptaci nebo zvládnutí této změny (Baštecká et al., 2015). V roce 1967 psychiatři Thomas Holmes a Richard H. Rahe uvedli klasifikaci zátěžových životních situací. Do této kategorie zařadili například úmrtí partnera, rozvod nebo ukončení manželství, věznění, ztrátu blízkého člena rodiny, osobní úraz či nemoc, uzavření manželství, ztrátu práce, přechod do důchodu, očekávání dítěte, příchod nového člena rodiny, změnu v profesní kariéře, ztrátu přítele, finanční závazky, rodinné spory, začátek školní docházky, stěhování, dovolenou, období Vánoc a mnohé další. Tuto kategorizaci doprovází tvrzení, že každou životní změnu lze vnímat jako stresovou, pokud vyžaduje četná přizpůsobení. Mimo to je důležité zdůraznit, že jednotlivé události budou na každého jedince působit jiným způsobem (Holmes & Rahe, 1967). To znamená, že situace, která se zdá být snesitelná pro jednoho člověka, může být pro druhého neúnosná (Řezáč, 1998).

Křivohlavý (2009) zdůrazňuje, že stresové situace mohou být úmyslně vyhledávány lidmi za účelem navození příjemných pocitů prostřednictvím vyplavených endorfinů do mozku. Takové situace mohou zahrnovat účast v extrémních sportech nebo přetěžování nadměrnými výkony (Vágnerová, 2014). Tyto zkušenosti mohou vést k posílení sebeúcty, důvěry v okolí a vlastní schopnosti, čímž jedince povzbuzují. Navíc, úspěšné zvládnutí výzev spojených se stresem může člověku poskytnout hluboký pocit uspokojení a přispět k lepší kvalitě života (Paulík, 2017).

Vzhledem k tematickému zaměření této práce se v následující podkapitole zaměříme na pandemii COVID-19 jako na zátěžovou situaci, se kterou se celý svět potýkal v předchozích letech. Přiblížíme si důsledky této specifické situace na náš život, včetně vlivu pandemie na sociální situaci jednotlivců, rozšíření strachu z nákazy, reakce médií na pandemii a jejich dopad na stres obyvatel.

2.2.1 Pandemie COVID-19 jako zátěžová situace

V důsledku globální pandemie COVID-19 jsme se ocitli v konfrontaci se zátěžovými situacemi nevídaného rozsahu. Toto onemocnění nejenže ohrozilo naše fyzické zdraví, ale také způsobilo značné sociální, ekonomické a každodenní změny. Tato podkapitola se

zaměřuje na zkoumání pandemie COVID-19 jako zátěžové situace, která ovlivnila jednotlivce i celé společnosti na různých úrovních.

Na konci roku 2019 se v čínském městě Wu-chan objevil nový koronavirus, který se rychle rozšířil po celém světě, vyvolávajíc tak pandemii známou jako COVID-19. Toto onemocnění dramaticky změnilo životy lidí po celé planetě. Epidemii lze obecně považovat za neočekávané a rozšiřující se onemocnění v určitém čase a regionu. Pandemie je pak ještě rozsáhlejší formou epidemie, která se vyskytuje na globální úrovni, postihující celý svět (Vláda, ČR, 2020).

Dne 12. března 2020 byla pandemie oficiálně vyhlášena Světovou zdravotnickou organizací (Vláda ČR, 2020). Následně musely vlády po celém světě rychle jednat a zavést opatření k omezení šíření nemoci. To zahrnovalo mnohá omezení, jako je karanténa pro osoby v kontaktu s nakaženými, uzavření nemocnic a sociálních zařízení, online výuka ve školách, omezení volného pohybu, noční zákaz vycházení, uzavření obchodů a služeb, zrušení sportovních akcí a kulturních akcí, a další opatření, včetně povinného nošení ochranných prostředků a testování zaměstnanců. Mezi nejběžnější symptomy tohoto vysoce nakažlivého viru, který má podobné projevy jako chřipka, se řadí dušnost a kašel, bolest svalů, únava, horečka a ztráta čichu či chuti. Skupiny s nejvyšším rizikem zahrnují starší lidi a osoby s chronickými nemocemi nebo se sníženou imunitou. V těchto skupinách má infekce vysokou smrtelnost (Mravčík, 2020).

Pandemii COVID-19 lze považovat za zátěžovou situaci, jelikož vykazovala charakteristické znaky stresových situací, které byly přiblíženy v rámci předchozí podkapitoly. Jedním z těchto znaků byla neovlivnitelnost situace, kterou lidé vnímali jako nejistou a nekontrolovatelnou. Tento pocit bezmoci a nedostatku kontroly zvyšoval intenzitu stresu. Dalším znakem byla nepředvídatelnost pandemie. Nejistota ohledně budoucího vývoje situace v lidech vyvolávala pocit ztracenosti a strachu. Tato pandemie představovala pro současnou generaci první zkušenost s tak rozsáhlou pandemií, což vyžadovalo od jednotlivců vysokou míru přizpůsobivosti a odolnosti vůči jejím dopadům. Současně lidé čelili zásadním změnám ve svém každodenním životě kvůli měnícím se vládním opatřením. V důsledku toho byla pandemie COVID-19 vnímána jako výrazný stresor působící v oblasti nároků na psychickou integritu člověka. Podle Šeblové et al. (2020) přispívaly ke zvýšené hladině stresu různé situační faktory, jako byla sociální izolace, nedostatek informací nebo informační chaos, a následně i ekonomické dopady karanténních opatření.

Jedním z nastolených opatření během pandemie COVID-19 byla zavedená **sociální izolace**, která měla zabránit šíření viru ve společnosti. Neblahým dopadem sociální izolace bylo, že se pozornost jednotlivců obracela převážně k jejich vnitřním pocitům, což vedlo k hromadění frustrace, namísto možnosti se odreagovat. Tato situace ohrožení vyvolávala u mnoha jedinců silnou potřebu sociální opory, jejíž naplnění však bylo narušeno nastolenou karanténní izolací (Brooks et al., 2020). Bonanno et al. (2007) popisují, že v ohrožujících situacích dochází k aktivaci obranných mechanismů v těle, včetně přirozené tendence vyhledávat společnost ostatních. Proto se člověku obtížně daří čelit hrozbám v situaci sociální izolace. To odlišuje pandemii od jiných krizí, jako jsou přírodní katastrofy, kde lidé mají sklon se spontánně sjednocovat a podporovat se, což jim umožňuje efektivněji překonávat krizové okamžiky. V průběhu pandemie docházelo k ohrožení pocitu sounáležitosti a příslušnosti ke společnosti. Pocit izolace vyvolával těžkosti, jako jsou depresivní symptomy, pocity strachu, paniky a úzkosti, pocity osamělosti či nuda. Nuda byla důsledkem ztráty obvyklé rutiny a omezeného sociálního i fyzického kontaktu s ostatními. Zároveň lidé zažívali frustraci, neboť jim byly odepřeny do té doby běžné každodenní činnosti, jako je nakupování základních potřeb nebo účast na různých společenských akcích (Brooks et al., 2020). Lidé emočně strádali kvůli absenci kontaktů, ztrátě zájmů a pocitu stagnace (Buchtová & Hrušková Kusnieriková, 2021). Podle Mucci et al. (2020) mohla sociální izolace vést k vzniku tzv. "paralelní pandemie" různých duševních poruch, jako jsou akutní stresové poruchy, posttraumatické syndromy, emoční disturbance nebo depresivní syndromy. Zavedení sociální izolace také změnilo způsob lidské komunikace a poskytování si vzájemné podpory. Někteří lidé si uvědomili důležitost sociálního kontaktu a sociální opory (Porges, 2020).

Dalším silně působícím vlivem bylo **působení medií během období pandemie**, zejména na začátku krize. Lidé se denně setkávali s údaji o nárůstu případů COVID-19 a s úmrtími spojenými s tímto onemocněním. Vlivem medií a politiky docházelo k selektivnímu zaměření pozornosti občanů na téma pandemie, což v lidech vyvolávalo podrážděnost a mrzutost (Buchtová & Hrušková Kusnieriková, 2021). Sociální média se v této době stala obzvlášť důležitým prostředkem komunikace. Zprostředkovávala možnost spojení s blízkými, poskytování podpory, praktických rad a pomoci ohledně duševního zdraví (Haider et al., 2020). Na druhou stranu sociální média často prezentovala statistické údaje bez jasné interpretace, což mohlo vést k mylným výkladům (Fetzer et al., 2021). Prezentace pesimistických scénářů, nejasných a protichůdných informací zvyšovala v populaci nejistotu a psychosociální zátěž, zejména u starších osob. Tato neustálá

expoziční informacím vysílala obyvatelstvu enormní varovný signál, který mohl zvyšovat úzkost a obavy (Kučerová & Haškovcová, 2020). Celkově lze říci, že způsob, jakým česká média komunikovala během pandemie, měl negativní dopad na psychický stav populace, působící až traumatizujícím způsobem (Trnka & Lorencová, 2020).

Velmi rozšířeným stresorem byl **strach z nakažení koronavirem**. Lidé měli obavy, jak o vlastní zdraví, tak o zdraví blízkých (Brooks et al., 2020). Obavy z nákazy se lišily v závislosti na věku, přičemž Korbel et al. (2020) uvádí, že nejvíce se nákazy obávali lidé ve věku nad 45 let, zatímco nejméně obavy pocítovala věková skupina od 18 do 24 let. Oproti mladším skupinám dodržovali starší lidé ve věku nad 65 let preventivní opatření zodpovědněji, jako je pravidelné mytí rukou a vyhýbání se kontaktu s lidmi. Další výzkum zjistil, že čeští občané projevovali vyšší míru optimismu ve srovnání s některými jinými evropskými zeměmi, ačkoli míra strachu dosahovala vrcholů na začátku pandemie a později postupně klesala.

Pandemie široce zasahovala do společenského a pracovního života, přičemž její společenské dopady se lišily v závislosti na sociálním a ekonomickém statusu jednotlivců, což mohlo ovlivnit míru jejich úzkosti a schopnost zvládnout tuto složitou situaci (European National Panels, 2020). Častými zdroji obav byly tzv. **ekonomické stresory**, do kterých spadá celková finanční situace, pokles příjmů, ztráta zaměstnání a jiné finanční problémy. Lorant et al. (2023) uvádí, že stres z ekonomických problémů zvyšuje riziko projevů deprese a jedinci trpící ekonomickým stresem častěji prožívají negativní emoce. Osoby s nízkými příjmy čelily během pandemie řadě obtíží, jako byl nedostatek finančních prostředků na léky a potraviny, omezení přístupu k adekvátní zdravotní péči, nejistá pracovní místa a nedostatečné pracovní benefity. Nepříznivé pracovní podmínky měly negativní vliv na subjektivní pohodu jednotlivců (Džuka et al, 2021).

Nejistota vznikala také kvůli **neurčitému pohledu do budoucnosti**, který mohl být ještě více zesílen nejasnými předpověďmi od odborníků a politiků. Stále rostoucí ekonomické dopady pandemie způsobily obavy o zaměstnání a finanční stabilitu. Otázky ohledně budoucnosti zdravotnictví a školství také vzbuzovaly úzkost (Kučerová & Haškovcová, 2020).

Marazziti a Stahl (2020) zdůrazňují, že pandemie podstatně narušila pocit bezpečí a jistoty v západních společnostech. V důsledku toho není překvapivé, že u některých lidí se vyvinula stresová reakce, která se může projevit zvýšenou úzkostí, panickými záchvaty, iracionálním strachem, paranoidními sklony nebo pasivním přijetím situace. Zatímco někteří lidé reagovali hromaděním zásob, jiní se mohli agresivně obracet proti osobám,

kteřé vykazovali symptomy jako kašel nebo řýmu. Podle výzkumů Národního ústavu duševního zdraví (2020) zhruba 20 % dospěle populace během pandemie trpělo běžnými psychickými problémy, jako jsou deprese, úzkostné stavy nebo poruchy související s abúzem alkoholu. Z toho vyplývá, že tato krize snížila adaptační kapacitu některých jedinců (Buchtová & Hrušková Kusnieriková, 2021). Mezinárodní klasifikace nemocí (1992) uvádí, že dlouhodobá expozice stresujícím událostem nebo významným životním změnám může vést k dysfunkcím a maladaptaci, pokud není individuální zranitelnost vyvážena.

Na závěr lze konstatovat, že pandemie nemoci COVID-19 představovala pro celý svět náročné období plné stresu, extrémních situací a neočekávaných událostí. Tato kritická situace vznikla v důsledku neočekávaného výskytu viru, jeho rychlého šíření a nedostatečných reakcí politiků. Různé stresory, jako je strach z nemoci a smrti, nejistota obhledně budoucnosti, hrozba nezaměstnanosti, ekonomická nestabilita, sociální izolace a ztížené pracovní podmínky, postihly během pandemie řadu obyvatel. Tato změna ve světových poměrech se stala novou výzvou pro adaptaci člověka (Lečbych, 2021). V následující podkapitole se budeme zabývat možnými strategiemi pro zvládání stresu v takto zátěžových situacích.

2.3 Strategie zvládání stresu

V přechozích podkapitolách byly přiblíženy zátěžové situace, včetně pandemie COVID-19, jejich charakteristické znaky a dopady na náš život. Nyní se zaměříme na to, jaké strategie lze v situacích zvýšené zátěže využívat k regulaci a snižování stresu.

Denně se ocitáme v různorodých situacích různého typu a míry zátěže. Během těchto životních momentů postupně objevujeme různé strategie chování, které se jeví jako nejvýhodnější pro danou situaci. V situacích, kterým jsme vystaveni opakovaně, dochází k využívání strategií, které nám pomáhají dosáhnout stanoveného cíle a zvládnout danou situaci. Strategie pro zvládání stresu lze pojmout jako důkladně zvažovaný plán akcí (Křivohlavý, 2012). Hlavním záměrem procesu zvládání stresu je minimalizovat riziko, zvládnout nepříjemné situace, uchovat si pozitivní sebepojetí, udržet si emocionální stabilitu, zlepšit možnosti pro odpočinek a obnovu a udržet si schopnost sociální interakce s druhými (Křivohlavý, 2009).

Termín **coping**, jak ho definují Hartl a Hartlová (2015), odkazuje na schopnost osoby vypořádat se s požadavky, které jsou na ni kladeny. Folkman et al. (1986) coping chápou jako reakci zahrnující behaviorální, kognitivní a sociální složky, cílenou na odstranění,

zvládnutí nebo snášení interních a externích stresorů, které vznikají v důsledku interakce mezi osobou a jejím okolím. Coping tedy představuje aktivní a uvědomělý přístup k řešení stresových situací (Paulík, 2017). Je důležité odlišit coping od **adaptace**, přičemž oba koncepty se týkají řešení stresu ve složitých situacích. Podle Křivohlavého (1994) adaptace značí proces zvládnání stresu v rámci obvyklých limitů a je spojena s tolerancí, která je pro jedince zvládnutelná. Naopak, coping se uplatňuje v situacích s extrémním nebo neobvyklým tlakem, což vyžaduje vyšší úroveň adaptace a zvýšené úsilí k překonání daných okolností. Paulík (2017) také poukazuje na pojem **maladaptace**, označující neúspěšnou adaptaci, což se projevuje potížemi ve zvládnání životních výzev a častými vnitřními či vnějšími konflikty.

Proces vyrovnávání se se zátěžovou situací zahrnuje jak vědomé, tak nevědomé reakce (Šauerová Švamberk, 2018). Vyrovnávání se se stresem a zátěží pomocí vědomých psychických a behaviorálních procesů označujeme jako **copingové (zvládací) strategie**. Na výzkumu copingových strategií se podílel R. S. Lazarus (1966), který ve svém výzkumu identifikoval čtyři hlavní typy copingových strategií:

1. **strategie útočení**, která zahrnuje aktivní boj s obtížemi,
2. **strategie posílení vlastní síly**, obnášející různé činnosti na zvýšení odolnosti,
3. **strategie vyhýbání**, vyznačující se ústupem a pocitem strachu,
4. **strategie netečnosti, apatie**, projevující se cítěním beznaděje a bezmoci (Křivohlavý, 1994).

Tyto strategie lze členit na **ofenzivní (útočné)** a **defenzivní (obránné)** (Křivohlavý, 1994). Ofenzivní, nebo také aktivní strategie, spočívají v odvaze čelit stresorům a zahrnují diagnostikování situace, mobilizaci rezerv, plánování a realizaci akce a vytrvalost. Defenzivní strategie jsou naopak pasivní a zahrnují udržování klidu a pasivity, strategické kroky jako je čekání, lhostejnost, rezignace a odepsanost. Efektivita těchto přístupů se liší podle konkrétní situace a osobnosti jednotlivce (Hošek, 2003).

Lazarus a Folkmanová (1984) nabízí širší kategorizaci copingových strategií, které rozdělují na: strategie zaměřené na řešení problémů (problem-focused coping) a strategie zaměřené na zvládnání emocí (emotion-focused coping).

Coping orientovaný na problém se zaměřuje na aktivní a konstruktivní řešení stresové situace, včetně identifikace a odstranění stresorů a situací, které zhoršují celkový stav (Křivohlavý, 2009). Spočívá v přímé akci, získávání potřebných informací a aktivních změnách chování či prostředí. Pokud je situace vnímána jako neřešitelná, převažuje coping orientovaný na emoce (Paulík, 2017), který reguluje emocionální stav a snižuje intenzitu

negativních emocí. **Coping orientovaný na emoce** zahrnuje změnu názoru na události a hledání pozitivního významu v negativní situaci s cílem zmírnit nepříjemné pocity (Lazarus & Folkman, 1984). Zpravidla se jedná o snížení intenzity úzkosti, strachu, hněvu či zlosti (Křivohlavý, 2009). Lazarus a Folkman (1984) zdůrazňují, že schopnost jedince vyrovnat se se stresovými situacemi závisí do značné míry na jeho dostupných zdrojích. Mezi tyto zdroje patří fyzické zdraví a energie, osobní přesvědčení o smyslu života (jako je víra), zkušenosti s řešením problémů, schopnosti v oblasti sociální interakce, dostupnost sociální opory a finanční zajištění.

Podle některých autorů existuje třetí kategorie copingových strategií, známá jako **vyhýbavý coping** (avoidance-oriented coping). Tato metoda se vyznačuje snahou o vyhnutí se stresovým situacím skrze odvedení pozornosti nebo hledání rozptýlení (Kebza, 2011).

Autoři dotazníku "Strategie zvládání stresu" (SVF 78), Janke a Erdmann (2003), klasifikují copingové strategie do dvou kategorií: **pozitivní** a **negativní**. Pozitivní strategie jsou ty, které přispívají ke snížení stresu, zahrnují například strategie podhodnocení a devalvace viny, strategie odklonu a strategie kontroly. Negativní strategie naopak stres zhoršují a zahrnují únikovou tendenci, perseveraci, rezignaci a sebeobviňování (Janke & Erdmann, 2003). Ve výzkumné části této diplomové práce bude uveden bližší popis tohoto dotazníku, jelikož je využíván v rámci prováděného výzkumného šetření.

S tématem copingu úzce souvisí i pojem anticipace (předjímání), což je proces, při němž dochází k přípravě na zátěžové situace prostřednictvím vytváření adekvátních strategií a posilování zdrojů síly. Tyto přístupy se proměňují v zásadní prvky osobnosti, které zlepšují schopnost jedince efektivně čelit stresorům. Při volbě optimální strategie pro zvládání stresu je nutné zvážit tři základní dimenze: kognitivní, emocionální a volní. Kognitivní dimenze obsahuje rozumové zpracování a hodnocení jednotlivých možností a jejich potenciálních výsledků. Emocionální aspekt je klíčový v situacích, kde převládají negativní pocity, a jakýkoli pokus o jejich změnu je přínosný. Volní aspekt se odráží v akcích a reakcích jednotlivce, které hrají významnou roli v úspěšném zvládání stresu. Tyto dimenze společně determinují výběr a efektivitu copingových strategií, jak uvádí Křivohlavý (1994).

V rámci diskuse o copingových strategiích se často setkáváme s pojmem **copingových stylů**. Ty představují dlouhodobější a stabilnější způsoby, jakými jedinci reagují na stresové situace, a jsou hluboce zakořeněné v osobnosti, přičemž mohou být ovlivněné i genetickými predispozicemi. Na druhou stranu, copingové strategie jsou specifické

techniky používané pro zvládání konkrétních situací, které jsou variabilnější a ovlivněné zkušenostmi a kontextem. Tyto strategie slouží k aplikaci copingového stylu, který závisí na momentálním stavu jedince a okolnostech (Paulík, 2017).

Křivohlavý (2009) rozlišuje mezi třemi copingovými styly: vyhýbavým, konfrontačním a sebeznehodnocujícím. Vyhýbavý styl preferuje omezení kontaktu se stresovými situacemi, konfrontační styl podporuje přímé čelení výzvám, a sebeznehodnocující styl se vyznačuje tendencí očekávat neúspěch a připravovat se na něj s cílem ochránit vlastní sebeúctu. Obecně je vhodné používat aktivní copingové techniky v případech dlouhotrvajících stresorů, zatímco v krátkodobých stresových situacích může být efektivnější vyhýbat se stresu. Ve výsledku má každý styl své vhodné použití v závislosti na situaci (Křivohlavý, 2009).

Techniky, které si jedinec osvojí k vyrovnávání se se zátěžemi, se stávají důležitou součástí jeho osobnosti a charakteru (Hošek, 2003). Volba copingových strategií a jejich úspěch jsou ovlivněny i osobními charakteristikami. Pocit kontroly nad situací je klíčovým faktorem při rozhodování o volbě copingové strategie; pokud máme pocit, že můžeme situaci ovlivnit, preferujeme strategie zaměřené na řešení problému (Folkman, 1984). Koncept locus of control dle J. B. Rottera dále zkoumá, jakým způsobem jedinec vnímá kontrolu nad událostmi. Interní locus of control znamená víru v osobní kontrolu nad událostmi, zatímco externí locus of control přičítá dění vnějším faktorům nebo náhodě. Tento koncept má největší vliv v neočekávaných situacích, kde je člověk vystaven nejistotě a musí se spoléhat na své schopnosti a zkušenosti k pochopení situace (Folkman, 1984).

Kromě copingových strategií představují další skupinu zvládacích postupů tzv. **obrané mechanismy** (Kebza, 2011). Obranné mechanismy mají společné s copingovými strategiemi to, že se týkají situací, které subjektivně vnímáme jako nepříjemné a neřešitelné, a které vyžadují mobilizaci nových zdrojů psychické kompetence a sociálních dovedností (Křivohlavý, 1994). Dále slouží k ovlivnění emocí a snížení nežádoucího stresu (Paulík, 2017). Narozdíl od copingových strategií představují obranné mechanismy nevědomé vnitřní strategie, jimiž jedinec reaguje na ohrožující podněty. Tyto strategie nemění samotnou stresovou situaci, ale mění způsob, jak člověk danou situaci vnímá. Obranné mechanismy jsou často chápány jako způsoby zvládání, které neřeší problém přímo, ale spíše poskytují iluzorní úlevu. Na rozdíl od nich copingové strategie cílí na skutečné vyřešení stresové situace (Vašina a Strnadová, 2009). Tyto mechanismy mohou

být vnímány jako způsoby, jakými jedinci zkreslují realitu, aby se chránili před vnějšími hrozbami, čímž si chrání své sebepojetí (Šauerové Švamberk, 2018). Pokud se obranné mechanismy stanou dominantním způsobem, jakým člověk řeší problémy, může to být známkou maladaptace čili špatného přizpůsobení, zejména jsou-li opakovaně využívány v podobných situacích (Vašina & Strnadová, 2009).

Tyto mechanismy jsou typicky nepružné, strnulé a často nepřiměřené situaci. Sigmund Freud, jenž se problematikou obranných mechanismů intenzivně zabýval, identifikoval devět základních typů, včetně represe, při které dochází k vytěsnění bolestivých vzpomínek z vědomí, nebo regrese, což znamená návrat k chování charakteristickému pro dřívější vývojovou fázi. Dalšími obrannými mechanismy jsou projekce, introjekce, sociální izolace a racionalizace. Anna Freudová, dcera S. Freuda, rozšířila tento seznam o další, jako je identifikace s agresorem, altruistické sebeopodání, popírání a intelektualizace (Vašina, 2002). Tyto mechanismy slouží k zvládnání hrozeb a mohou být klíčové pro zachování duševního zdraví.

Špatenková et al. (2004) uvádějí, že mezi běžně využívané obranné mechanismy v obtížných životních okamžicích patří útok, útek, vytěsnění, potlačení, popření, racionalizace, introjekce, projekce, sebeobviňování, regrese a další.

Mezi obranné mechanismy využívané v zátěžových situacích, jejichž hodnota z hlediska osobního rozvoje je problematická, lze zařadit koncept naučené bezmocnosti od Martina Seligmana. Naučená bezmocnost je stav, kdy jedinec věří, že jeho snahy o vyřešení problémů jsou marné. Tato víra vede k pocitu vlastní neschopnosti a nedostatečnosti, což často vyústí v ústup od úkolů vnímaných jako příliš náročné a delegování zodpovědnosti na jiné, kteří jsou připraveni je převzít. Pocit bezmocnosti se často posiluje, zejména když blízcí lidé jedince podporují tuto pasivitu a začnou ji chápat jako nutnost (Paulík, 2017).

Přiblížení copingových strategií a obranných mechanismů nás vede k rozlišení mezi vhodnými a nevhodnými postupy v boji se stresem. Nakonec můžeme strategie zvládnání klasifikovat jako adaptivní, což znamená, že umožňují jedinci účinně se adaptovat na výzvy prostředí a zvládnout stresové situace, nebo jako maladaptivní, kdy jedinec není schopen se adekvátně přizpůsobit výzvám nebo volí nevhodné způsoby řešení, jako je únik do konzumace alkoholu a užívání drog nebo opakované využívání obranných mechanismů. V následující kapitole se zaměříme výhradně na nadměrné požívání alkoholu jako na jednu z nevhodných copingových technik.

3 STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ PANDEMIE COVID-19 U LIDÍ SE ZÁVISLOSTÍ NA ALKOHOLU

Pandemie COVID-19 nepochybně představovala výzvu pro každého jedince. Jedním z prostředků k vyrovnávání se s dopady této celosvětové krize mohl být alkohol. Ke zvýšenému riziku relapsu či nadměrné konzumaci alkoholu mohla vést kupříkladu omezení přístupu k léčbě, sociální izolace či celkově zvýšený stres spojený s pandemií. Tato kapitola se proto zaměřuje na strategie zvládání využívané lidmi se závislostí na alkoholu během pandemie COVID-19. Nejprve budou představeny copingové strategie specifické pro tuto populaci, následně se budeme zabývat konzumací alkoholu v průběhu pandemie COVID-19.

3.1 Copingové strategie závislých na alkoholu

Jak již bylo zmíněno, každý z nás prožívá stres jiným způsobem a hledá své vlastní strategie, jak se s ním vyrovnat. Tyto strategie lze jednoduše rozlišit na vhodné a nevhodné. Mezi vhodné postupy patří relaxační techniky, různé formy odpočinku, pohybové aktivity, nastavení vhodného denního rytmu, dodržování zdravého životního stylu a společně strávený čas s rodinou a přáteli. Naopak mezi nevhodné způsoby, jak již bylo řečeno v předchozí kapitole, řadíme nadměrnou konzumaci alkoholu, dále užívání povzbuzovacích látek, léků (zejména na uklidnění) a kouření (Průcha, 2002).

Vzhledem k zaměření této práce se soustředíme na problematiku užívání alkoholu jako jednu z možných strategií zvládání zátěžových situací. Abúzus alkoholu, řazený mezi vyhýbavé strategie podle Hartla a Hartlové (2015), může vycházet z motivace nalézt úlevu od nadměrného stresu. Krátkodobá konzumace alkoholu často slouží k dočasnému zmírnění emoční a fyzické bolesti, aniž by se skutečně řešil samotný problém. Naopak může tento neadaptivní způsob copingových strategií prohlubovat depresi a přinášet další komplikace, jako jsou sociální, právní či finanční problémy. Vzniklé problémy mohou dále zvyšovat úroveň stresu a ztěžovat zvládání situace (Morin, 2023). Křivohlavý (1994) navíc upozorňuje, že alkohol často nenapomáhá ke skutečnému uvolnění napětí, ale spíše vede k nepřiměřenému vzestupu pocitu odvahy a přeceňování vlastních schopností. Zdánlivý pocit uvolnění může být klamný, neboť není v souladu se skutečností.

Malé množství alkoholu může stimulovat a zvýšit úroveň nervového vzrušení. V naší kultuře se často setkáváme s pojmem "napít se do nálady", což odráží hledání relaxace a odreagování se od stresu prostřednictvím alkoholu. Co přesně tento stav "nálady" znamená,

se liší člověk od člověka a závisí na množství konzumovaného alkoholu. V situacích plných stresu se některé osoby obrací k alkoholu jako ke strategii řešení problémů, často s opakovaným využíváním (Vašina & Strnadová, 2009).

Již studie z roku 1990 poukázala na spojitost mezi narůstajícím stresem a tendencí k problematickému užívání alkoholu až k rozvoji závislosti (Cole et al., 1990). Stres může vést ke zvýšené konzumaci alkoholu a tím ke vzniku souvisejících problémů, zejména u jedinců, kteří nemají k dispozici jiné adaptivní strategie pro účinné zvládnání stresových situací. Nedostatek alternativních, efektivnějších způsobů zvládnání stresu může být jedním z klíčových faktorů ovlivňujících vztah mezi stresem a problémovým pitím. Nemá-li člověk k dispozici adaptivní způsoby zvládnání (např. strategie zaměřené na problém), je pravděpodobné, že se začne častěji uchýlovat k nadměrné konzumaci alkoholu jako prostředku k vyrovnání se s negativními emocemi (Corbin et al., 2013).

V současných studiích se také objevuje spojitost mezi závislostí na alkoholu a vyšší úrovní nezralých obranných mechanismů. Zkoumáním obranných mechanismů se zabývá egopsychologie, která na ně nahlíží jako na prostředky chránící jedince před úzkostí a nepřijatelnými impulzy. Obranné mechanismy nám umožňují adaptovat se na změny v prostředí. Abúzus alkoholu je považován za efektivní obranu, jehož funkcí je obnovit v těle rovnováhu. Egopsychologie nezaměřuje svůj pohled na závislost na psychoaktivních látkách jako na výsledek specifické struktury osobnosti, ale spíše jako na symptom, který vzniká jako reakce na vnitřní konflikt (Váchová et al., 2010).

Některé obranné mechanismy úzce souvisí s užíváním alkoholu. Jedním z nich je tzv. únik do fantazie, který může přejít v únik do závislosti. Tento mechanismus slouží jako obrana před pocitem prázdnoty, méněcennosti nebo strachu ze slabosti. Jinou formou může být psychofyzilogické znecitlivění prostřednictvím drog, kdy dochází k tlumení frustrace, deprivace, paniky, úzkosti, osamělosti nebo pocitů nedostatečnosti (Vašina, 2002). Marhounová a Nešpor (1995) upozorňují na další obranné mechanismy související se závislostí na alkoholu. Mezi ně patří především racionalizace, která slouží k ospravedlňování vlastního chování (Vašina, 2002), a to zejména při rozhodování o užití návykové látky (např. pití ze společenských či zdravotních důvodů). Dále jsou se závislostí na alkoholu často spojovány obranné mechanismy jako popření, projekce, agování, stěžování si a následné odmítání pomoci, či formy pasivní agrese (Nešpor, 2011).

Vzhledem k rozvinutému obrannému systému jsou lidé se závislostí na alkoholu často obtížně ovlivnitelní standardními terapeutickými metodami a poradenstvím (Miller & Rollnik, 2003). Terapeutické intervence a dodržování abstinčního režimu mohou vést ke

snížení používání neadaptivních copingových strategií a zároveň k intenzivnějšímu využívání aktivních strategií, jako je zaměření na problém nebo hledání sociální opory (Forys, McKellar & Moos, 2007). Dále je třeba brát v potaz, že u jedinců s touto problematikou může být sklon k neadaptivním copingovým strategiím ovlivněn také užíváním látek v adolescenci. Konzumace látek v dospívání může představovat jeden z prediktorů užívání návykových látek v dospělosti a zhoršovat odolnost vůči stresu, což může zvyšovat riziko problémů v této oblasti v dospělosti (Elam et al., 2023).

3.2 Konzumace alkoholu v době pandemie COVID-19

Pandemie COVID-19 způsobila řadu změn v oblasti spotřebního chování, včetně užívání alkoholu (Fanta et al., 2023). V této části se zaměříme na analýzu těchto změn a jejich dopadů na spotřební zvyklosti v oblasti alkoholu během pandemie.

Alkohol je jednou z hlavních příčin nemocnosti a předčasné úmrtnosti ve vyspělých zemích, včetně České republiky, která má dlouhodobě jednu z nejvyšších spotřeb alkoholu na obyvatele na světě. Tento problém zvyšující se prevalence rizikové a škodlivé konzumace alkoholu je významným zdravotním problémem. Výzkum zaměřený na domácí konzumaci alkoholu během pandemie COVID-19 naznačuje, že i když došlo ke snížení průměrné úrovně spotřeby, neplatí to pro všechny skupiny konzumentů. V některých populacích nebo u rizikových skupin spotřebitelů alkoholu docházelo naopak k nárůstu konzumace alkoholických nápojů. Zjištění vědeckých publikací týkajících se vlivu protipandemických opatření na spotřebu alkoholu v obecné populaci se poměrně liší. Konkrétní dopady se totiž mohou lišit v závislosti na specifických charakteristikách různých demografických skupin, které mají různé motivace k pití alkoholu. Jinými slovy, někteří lidé konzumovali alkohol méně, jiní více a další svou spotřebu nezměnili (Fanta et al., 2023).

Podle Šeblové et al. (2020) došlo v mnoha zemích v době pandemie k nárůstu sociálně patologických jevů, včetně abúzu návykových látek, kvůli narušení dostupnosti léčby a podpory. Mnoho lidí se v této době obracelo k alkoholu, protože kombinace působících stresorů fungovala jako rizikový faktor, který vedl ke zvýšené konzumaci alkoholu. Tyto faktory způsobily změny v chování spotřebitelů alkoholu, zejména u těch, kteří mají problémy s alkoholem nebo jsou ve zvýšeném riziku (Fanta et al., 2023). Podle studie provedené Mravčíkem a Chomynovou (2021) krátce po ukončení nouzového stavu v

květnu 2020 došlo ke zvýšení intenzity užívání u již intenzivních uživatelů o dalších 5-10 procent.

Závěry zahraničních studií ohledně dopadu COVID-19 na spotřebu alkoholu jsou rozporuplné. Některé skupiny obyvatel zaznamenaly pokles spotřeby, zejména kvůli uzavření barů a restaurací nebo omezení společenských událostí spojených s konzumací alkoholu. Snížení spotřeby mohlo být motivováno rozhodnutím některých jedinců upřednostňujících zdravější životní styl, aby minimalizovali riziko nákazy nebo závažného průběhu nemoci. Tuto tendenci ke snižování spotřeby během pandemie projeví zejména lidé s vyšším dosaženým vzděláním (Fanta et al., 2023). Podle Mravčíka (2020) byli lidé, kteří intenzivně užívali drogy, včetně alkoholu, považováni za jednu z více ohrožených skupin koronavirovou infekcí. Máloco dalšího má tak výrazný veřejnozdravotní dopad jako užívání návykových látek.

Změny ve vzorcích užívání alkoholu během pandemie mohly být také ovlivněny úrovní stresu zažívaného během této doby. Konkrétně lidé, kteří prožívali stres, pravděpodobněji konzumovali více alkoholu než ti, kteří stres nepociťovali, nezávisle na jejich finanční situaci (Killian et al., 2021). Na druhou stranu mohl být významným faktorem také finanční příjem. Podle Fanty a Bartáka (2022) mohla finanční tíseň a změny v každodenním životě v této době zvýšit míru pití alkoholu mezi silnými uživateli alkoholu.

Další výsledky týkající se změn pitného režimu během pandemie COVID-19 přinesl reprezentativní online průzkum. Zjistilo se, že v mladších věkových kategoriích lidé hlásili větší nárůst v konzumaci alkoholu než ve vyšších věkových kategoriích. Respondenti ve věku od 18 do 24 let uváděli více změn na obou stranách křivky, tj. část zaznamenala snížení spotřeby alkoholu a část naopak její nárůst. Tato dynamika se týkala jak frekvence, tak množství konzumovaného alkoholu. Naopak nejmenší pokles spotřeby alkoholu byl zaznamenán ve věkové kategorii od 45 do 54 let. Kromě toho 8 procent respondentů uvedlo, že nyní pijí alkohol častěji o samotě oproti době před vypuknutím pandemie (Barták et al., 2022).

Autoři Fanta et al. (2023) zjistili, že zejména lidé, kteří častěji konzumují alkohol doma či o samotě, vykazovali během pandemie zvýšenou úroveň spotřeby. Jako faktory zvyšující spotřebu v době pandemie uvádějí stres, depresi, obavy o své blízké, ztrátu zaměstnání a omezení sociálních vztahů. S uzavřením nebo omezením provozu barů, restaurací, klubů a hospod, spolu s omezením sociálních kontaktů pravděpodobně došlo k částečnému přesunu konzumace alkoholu z veřejných míst do soukromých prostor. Data z výzkumu naznačují,

že konzumace alkoholu zejména v domácnosti, o samotě nebo v přírodě, je statisticky významně spojena s rizikovou konzumací (Fanta et al., 2023).

I když shromážděná makroekonomická data naznačují pokles celkové spotřeby alkoholu v České republice, což bylo částečně ovlivněno snížením počtu zahraničních turistů dopadem pandemie, mikroekonomická data naopak poukázala na zvýšení průměrné spotřeby mezi českými konzumenty alkoholu v roce 2020 ve srovnání s rokem 2019. Pandemie dále prohloubila dlouhodobý problém naší země s narůstajícím počtem rizikových konzumentů alkoholu (Fanta & Barták, 2022).

Na závěr lze konstatovat, že spotřeba alkoholu v období pandemie COVID-19 se lišila podle původního vzorce konzumace. U osob, které byly před pandemií pravidelnými konzumenty, došlo k nárůstu spotřeby, zatímco u těch s umírněnou konzumací spotřeba alkoholu klesla. Je však důležité zdůraznit, že alkohol není vhodným řešením pro zvládnutí stresu. Nadměrná konzumace má negativní dopad na zdraví, ovlivňuje psychický stav, snižuje úsudek a kontrolu nad chováním. Často dochází k situacím, kdy krátkodobé pocity euforie a zapomnění na starosti střídá depresivní nebo agresivní chování, v mnoha případech zaměřené na blízké osoby (NUDZ, 2021).

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Výzkumná část bude vycházet z kvalitativního výzkumu. Před započítím sběru dat bude stanoven výzkumný záměr a z něj vycházející výzkumné otázky a cíle. U výzkumného šetření budou dále zvoleny následující náležitosti jako výzkumný soubor, metody sběru dat, etika výzkumu a následná forma analýzy a vyhodnocení dat.

4.1 Výzkumný záměr

Výzkumnými cíli této diplomové práce je **zjistit, které copingové strategie využívají dospělí jedinci se závislostí na alkoholu** a zároveň **specifikovat charakter a dopady pandemie COVID-19 z pohledu těchto jedinců**.

Vycházejíce z výzkumných cílů bylo zapotřebí stanovit příslušné výzkumné otázky napomáhající ke komplexnějšímu obsažení tohoto tématu. Byly stanoveny následující výzkumné otázky:

VO1: *Jaké copingové strategie využívali dospělí jedinci, nacházející se aktuálně v léčení či doléčování se závislostí na alkoholu, v době pandemie?*

VO2: *Jak tito jedinci prožívali období pandemie COVID-19?*

VO3: *Jaké dopady měla pandemie COVID-19 na osobní život těchto jedinců, a které z těchto dopadů byly nejnáročnější při zvládnání této situace?*

VO4: *Jak se změnila spotřeba alkoholu u těchto jedinců během pandemie COVID-19 a jaké faktory ovlivnily tyto změny?*

VO5: *Jaký vliv měla pandemie COVID-19 na změnu spotřeby alkoholu a vznik syndromu závislosti u těchto jedinců?*

4.2 Výzkumný design

S ohledem na vybrané téma byl zvolen kvalitativní výzkumný design. Tento přístup si klade za cíl získat detailní a komplexní informace o studovaném jevu, především o tom, jak lidé vnímají a formují sociální realitu v této specifické situaci (Švaříček & Šed'ová, 2014). Použití kvalitativních metod ve výzkumu, které se soustředí na práci s daty, jež nejsou kvantitativně vyjádřená, vyzdvihuje unikátnost, jedinečný charakter, kontextovou závislost, procesualitu a dynamiku fenoménů (Mioviský, 2006). Tyto metody preferují naturalistické způsoby sběru dat a zdůrazňují význam interpretace zkoumaných fenoménů z perspektivy těch, kteří jsou jim přímo vystaveni, ať už jde o účastníky nebo pozorovatele

(Hartl & Hartlová, 2015). Kvalitativní výzkum přináší hluboké a podrobné popisy specifických situací, což pomáhá odhalovat nové vzájemné vztahy a podporuje teoretické závěry (Hendl, 2023). Vzhledem k tomu, že téma copingových strategií v době pandemie u lidí se závislostí na alkoholu není příliš prozkoumáno v českém prostředí, byla zvolena osobní vícečetná případová studie, která umožní důkladné prozkoumání tématu (Švaříček & Šedřová, 2014).

4.3 Výzkumný soubor

K získání respondentů byl vytvořen inzertní leták, který byl rozšířen a rozeslán do několika doléčovacích zařízení (např. denní stacionáře, svépomocné skupiny, doléčovací centra a skupiny, adiktologická ambulance). Dále došlo prostřednictvím emailu ke kontaktování psychiatrické léčebny Šternberk s žádostí o zprostředkování setkání s jejich pacienty léčící se aktuálně se závislostí na alkoholu. Po souhlasu etické komise PL Šternberk (viz *Příloha 3*) došlo v prostorách oddělení léčby závislostí k osobnímu setkání s pacienty. Sběr dat probíhal s respondenty z doléčovacích zařízení v listopadu 2022 a s pacienty léčebny v únoru 2023.

Při vyhledávání výzkumného souboru došlo k tzv. záměrnému výběru přes instituce. Jedná se o nejrozšířenější metodu v rámci kvalitativního šetření, prostřednictvím které jsou cíleně vyhledáváni účastníci podle určitých vlastností nebo stavu (např. příslušnost k určité skupině). Dle stanoveného kritéria dochází k výběru těch osob, které toto kritérium splňují (Miovský, 2006). Jako hlavní kritéria v rámci tohoto výzkumného šetření byla stanovena plnoletost jedince s diagnózou závislosti na alkoholu, který prochází aktuálně léčbou či doléčováním závislosti na alkoholu.

Výsledný výzkumný soubor je složen z dospělých jedinců, kteří se v minulosti potýkali se závislostí na alkoholu a v době sběru dat procházeli léčbou (tříměsíční léčbou v psychiatrické léčebně) či doléčováním (v podobě doléčovací skupiny a adiktologické ambulance prevence a léčby závislostí). Soubor je tvořen ze 7 respondentů, ze 2 žen a 5 mužů, ve věku od 22 let do 60 let. Z nichž jedna respondentka dosáhla vysokoškolského vzdělání (VŠ), jeden respondent dosáhl středního vzdělání (SŠ) s maturitou a ostatních pět respondentů absolvovalo střední odborné učiliště s výučním listem (SOU) (viz *tabulka 1*).

Tabulka 1: Výzkumný soubor

	POHLAVÍ	VĚK	NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ	FÁZE LÉČBY	DŘÍVĚJŠÍ ŘEŠENÍ ZÁVISLOSTI	DĚLKA PITÍ	SPOTŘEBA ALKOHOLU V DOBĚ PANDEMIE
R1	žena	54	VŠ	doléčování – Adiktologická ambulace	4 ústavní léčby	34 let (z toho 2 roky abstinence)	vzrostla
R2	muž	29	SŠ s maturitou	doléčování – Doléčovací skupina	1 ambulantní léčba individuální terapie	6 let (z toho 6 měsíců abstinence)	snížila se
R3	žena	28	SOU	léčba v Psychiatrické léčebně	1 ambulantní léčba individuální terapie	14 let (z toho 3 roky abstinence)	beze změny
R4	muž	60	SOU	léčba v Psychiatrické léčebně		40 let (z toho 5 let abstinence)	vzrostla
R5	muž	47	SOU	léčba v Psychiatrické léčebně	2 ústavní léčby 1 stacionární léčba	27 let (z toho 7 let abstinence)	vzrostla
R6	muž	22	SOU	léčba v Psychiatrické léčebně		4 roky	vzrostla
R7	muž	48	SŠ s maturitou	léčba v Psychiatrické léčebně		15 let	vzrostla

4.4 Metody sběru dat

K výzkumnému sběru dat byly využity dvě metody – dotazník SVF 78 (strategie zvládání stresu) (Janke & Erdmann, 2003) a polostrukturovaný rozhovor (Ferjenčík, 2010). Před započítáním sběru dat byl každý respondent seznámen s tématem a účelem výzkumu, s jeho cíli a výstupy. Sběr dat probíhal s 5 respondenty v prostorách Psychiatrické léčebny Šternberk, s 2 respondenty došlo k setkání v kavárně, neboť jsem s nimi komunikovala prostřednictvím jiných organizací. Se všemi respondenty došlo k osobnímu setkání, přičemž každé setkání probíhalo cca 2 hodiny, včetně počátečního seznámení, vyplnění dotazníku a uskutečnění výzkumného rozhovoru se závěrečným rozloučením.

Respondentům byl předložen dotazník SVF 78, který jako vícedimenzionální sebesupozovací inventář slouží k identifikaci osobních preferencí v používání různých strategií při zvládání stresu v zátěžových situacích. Jedná se o zkrácenou verzi původního inventáře SVF 120. Dotazník SVF 78 se skládá z 13 subtestů obsahujících celkem 78 položek, na které respondent odpovídá pomocí pětibodové škály. Administrace probíhá klasickým způsobem tužkou a papírem, a vyplnění by mělo trvat přibližně 10–15 minut. Před samotným vyplňováním respondent nejprve čte stručnou instrukci, která úmyslně

nezahrnuje slovo "stres". Názory respondentů na jejich běžné strategie zvládání stresu nemusí úplně odpovídat tomu, jak se s konkrétními stresovými situacemi skutečně vyrovnávají. Výsledky z dotazníku SVF 78 odrážejí pouze to, co je respondentům přístupné k sebezpozorování a v jaké míře jsou ochotni tuto informaci sdělit (Janke & Erdmannová, 2003).

Základní členění pro zvládání stresu se dělí na pozitivní strategie (POZ) zahrnující subtesty 1–7, a na negativní strategie (NEG), které obsahují subtesty 10–13. Subtesty 8 (*Potřeba sociální opory*) a 9 (*Vyhýbání se*) nepatří ani do pozitivních ani do negativních subtestů, jelikož se jedná o specifické aspekty, které vyžadují individuální interpretaci. Tyto subtesty jsou podle manuálu řazeny mezi zřídka se vyskytující strategie a jejich interpretace závisí na konkrétní situaci (Janke & Erdmannová, 2003). Pro lepší orientaci v testu je níže uvedena *tabulka 2*.

Tabulka 2: Charakteristika subtestů dotazníku SVF 78 (Janke & Erdmannová, 2003)

NÁZEV SUBTESTU	CHARAKTERISTIKA	VYHODNOCENÍ
1. Podhodnocení	Ve srovnání s ostatními si přisuzovat menší míru stresu	Pozitivní strategie
2. Odmítání viny	Zdůraznit, že nejde o vlastní odpovědnost	Pozitivní strategie
3. Odklon	Odklon od zátěžových aktivit/situací, případně příklon k situacím inkompatibilním se stresem	Pozitivní strategie
4. Náhradní uspokojení	Obrátit se k pozitivním aktivitám	Pozitivní strategie
5. Kontrola situace	Analyzovat situaci, plánovat a uskutečnit jednání za účelem kontroly a řešení problému	Pozitivní strategie
6. Kontrola reakcí	Zajistit nebo udržet kontrolu vlastních emocí	Pozitivní strategie
7. Pozitivní sebeinstrukce	Přisuzovat sobě kompetenci a schopnost kontroly	Pozitivní strategie
8. Potřeba sociální opory	Přání zajistit si pohovor, sociální oporu a pomoc	Zřídka se vyskytující strategie
9. Vyhýbání se	Předsevzetí zamezit zátěžím nebo se jim vyhnout	Zřídka se vyskytující strategie
10. Úniková tendence	Tendence (rezignační) vyváznout ze zátěžové situace	Negativní strategie
11. Perseverace	Nedokázat se myšlenkově odpoutat, dlouho přemítat	Negativní strategie
12. Rezignace	Vzdávat se s pocitem bezmocnosti, beznaděje	Negativní strategie
13. Sebeobviňování	Připisovat zátěže vlastnímu chybnému jednání	Negativní strategie

Dále byla využita další metoda – polostrukturovaný rozhovor, který představoval hlavní metodu při sběru dat. Dotazník SVF 78 byl využit k doplnění informací. Polostrukturovaný rozhovor, který je typem hloubkového rozhovoru (Švačiček & Šed'ová, 2014), sloužil k získání informací, jako jsou názory, postoje, záměry, přání, a zároveň k porozumění tomu, jak daný jedinec chápe situaci. Jedná se o nestandardizovaný způsob dotazování, kdy se výzkumník ptá otevřenými otázkami jednoho respondenta, čímž získává neomezené, přirozené a volné odpovědi (Ferjenčík, 2010). Při rozhovoru s každým respondentem jsem vycházela z předem připravených otázek (viz *Příloha 4*). Každý rozhovor byl nahráván na diktafon, k čemuž poskytli souhlas všichni respondenti v rámci informovaného souhlasu.

4.5 Etika výzkumu

Všichni respondenti byli před vstupem do výzkumného šetření seznámeni se zásadami etické realizace výzkumu prostřednictvím informovaného souhlasu (viz *Příloha 5*). Jejich účast ve výzkumu byla dobrovolná. Každý respondent byl obeznámen s názvem a účelem projektu, jeho cíli a s jeho průběhem a následným využitím. Účastníci byli zpraveni o možnosti výzkum bez udání důvodu kdykoliv opustit. Dále byli ujištěni o zachování jejich soukromí prostřednictvím anonymizování jejich identifikačních a osobních údajů, ke kterým nebude mít kromě výzkumníka nikdo další přístup.

Po písemném podepsání informovaného souhlasu došlo k předložení dotazníku SVF 78, po němž následoval polostrukturovaný rozhovor.

5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

Po provedení doslovné transkripce rozhovorů, tzv. přepsání mluveného slova do písemné podoby, následovala analýza dat pomocí otevřeného kódování, při kterém výzkumník identifikuje hlavní témata v textu rozhovoru (Hendl, 2023). Pro zachování autenticity zkoumaného tématu byly v prepisech ponechány nespisovné výrazy a jazykové formy respondentů. Proces kódování spočíval ve výběru klíčových pasáží v textu. Analýza dat pak vycházela z kombinace těchto kódů a úseků rozhovorů.

Získaná data byla vyhodnocena pomocí tematické analýzy dat, která se zaměřuje na identifikaci, analýzu a propojení témat v datech (Braun & Clarke, 2006). K organizaci a kategorizaci kódů získaných otevřeným kódováním do srozumitelného narativu byla využita technika "vyložení karet" (Hendl, 2023). Každá skupina kódů byla poté přiřazena k jednotlivým kapitolám, kde jsou detailně popsány a interpretovány. Analýza tak vede k prezentaci výsledků rozdělených do několika kategorií, které byly identifikovány během tohoto procesu.

Výsledky budou rozděleny do tří hlavních kategorií zahrnujících několik podkategorií:

1. **Vznik a rozvoj závislosti** – spouštěč závislosti, průběh závislosti, dopady závislosti, řešení závislosti
2. **Prožívání pandemie** – postoj k pandemii, pozitivní copingové strategie, negativní copingové strategie
3. **Dopady pandemie** – zátěžové faktory, protektivní faktory, konzumace alkoholu v době pandemie

5.1 Vznik a rozvoj závislosti

Tato kategorie představuje klíčový vstupní krok k hlubšímu porozumění složité problematice závislosti na alkoholu. Zaměřuje se na identifikaci faktorů, které přispívají ke vzniku závislosti, ale také na dynamiku a kontext, ve kterém se závislost vyvíjela. Hlavním cílem této kategorie je poskytnout důkladné zhodnocení individuálních případů, které mohou odrážet různé cesty a faktory vedoucí k závislosti.

Získaná data byla rozdělena do čtyř podkategorií, které detailně mapují postupný vývoj závislosti na alkoholu. První podkategorie se zaměřuje na konkrétní vnější a vnitřní faktory, které respondenti identifikují jako spouštěče abúzu alkoholu. Druhá podkategorie analyzuje různá vývojová stádia závislosti, od počátečního stádia po varovné a rozhodné stádium až po konečné stádium, po kterém došlo u respondentů k vyhledání odborné

pomoci. Třetí podkategorie představuje dopady závislosti na jedince a čtvrtá podkategorie seznamuje čtenáře s postupy, které respondenti volili při řešení závislosti.

5.1.1 Spouštěč abúzu alkoholu

K identifikování spouštěče závislosti došlo u mnoha respondentů až v průběhu jejich léčby závislosti. Většina z nich spojovala začátek škodlivého užívání alkoholu s nějakou zátěžovou situací, kterou lze považovat za vnější příčinu. Mezi těmito situacemi respondenti uváděli úmrtí a sebevraždu v rodině, rozvod a odchod jednoho z manželů od rodiny.

Zmíněné situace jsou charakteristické svou vysokou mírou emocionální zátěže, kterou přináší jednotlivým respondentům. Respondentka R1 popisuje situaci následovně: „...**když nás manžel s dětma, který měli 5 a 7 let, když nás na Štědrý den opustil, tak to pro mě bylo teda už šílený. A to nás ještě opustil s mojí, teda s naší společnou kamarádkou. Ona se rozvedla, neměla děti, partner nechtěl děti, tak se rozvedli a ona si našla prostě mého manžela, takže mi rozbila manželství, zničila mi život, zničila klukům život definitivně.**“ Respondent R7 popisuje svůj spouštěč nadužívání alkoholu také na konkrétní situaci. „**No začalo to přerůstat téměř před 15 lety, moje spotřeba alkoholu větší. Z toho důvodu, že mě vlastně moje starší sestra onemocněla nevléčitelným typem rakoviny a do roka vlastně zemřela na to. Tak tam jsem se s tím špatně vyrovnával trošku. Takže tam jsem, tam jsem začal začal trošku víc pít.**“ Každá zátěžová situace přicházela s určitou mírou zátěže představující změnu, se kterou se respondenti museli v danou chvíli vyrovnat a na kterou reagovali užitím alkoholu. Respondent R5 popisuje důsledky toho, kdy našel svou matku oběšenou: „**A až po tom psychickém traumatu jakémsi jsem k tomu nějak začal inklinovat až jsem se propil až kam jsem se propil.**“ Tato traumatická událost vedla respondenta k úniku do alkoholu jako způsobu zvládnání.

Uvedené příklady situací ukazují, že vnější události svou nepředvídatelností a tragičností mohou být spouštěčem abúzu alkoholu. Zároveň však zátěž nemusí vždy představovat pouze události s negativní konotací. Například pro respondenta R6 vycházelo spuštění abúzu alkoholu z narození dítěte. Popisuje: „...**ono to začlo takovou blbou situací, narozením syna. Kdy jsem si říkal, že to musím nějak oslavit. A já jsem měl otcovskou dovolenou 14 dní a místo toho, abych si to užil se synem de facto, tak jsem 14 dní holdoval alkoholu**“. Ačkoliv se jednalo o radostnou událost, tak vzhledem k okolnostem a vnitřnímu prožívání došlo u respondenta ke stejné reakci jako u mnoha jiných typů zátěžových situací.

U některých respondentů nedošlo k jmenování konkrétní spouštěcí situace. Z kontextu jejich vyprávění vycházely různé příčiny, které u jedinců působily jako rizikové faktory. Jednalo se o vnitřní faktory, které lze rozdělit na biologické a psychické. Z biologických faktorů byly uvedeny genetické predispozice k závislosti na alkoholu. Někteří respondenti zmiňovali rodinnou historii ve spojitosti s abúzem alkoholu. Respondent R5 uvedl, že všichni **členové jeho rodiny zemřeli na následky alkoholu**. A respondent R6 si svou závislost uvedl do přímé souvislosti s otcem. „*Můj biologický otec je alkoholik, kterému jsem tak nějak všechno vyčítal a on se na mě vykašlal de facto a 20 let jsem ho už neviděl. Tak jsem to tak říkal, on je alkoholik, já takovej nejsem. A pak mně v hlavě cvaklo, že jsem úplně stejnej a chtěl jsem to změnit nějak.*“ Další respondent R2 zahrnul do svého vyprávění také psychickou příčinu související s genetickými predispozicemi. Důvod jeho závislosti na alkoholu vychází z osobnostní inklinace k úzkostnému prožívání, které měl tendenci řešit užitím drogy. Uvádí: „*Vyrůstal jsem jako v rodině, kde oba rodiče byli úzkostliví, takže se to na mě nějak přeneslo. S tím [s alkoholem] jsem začínal no, protože mi to všechny ty úzkosti odbouralo a měl jsem najednou relax.*“

Ve většině případů dochází k vzájemnému ovlivňování jak vnějších, tak vnitřních příčin. Zmíněné vnější události mohou zesílit vnitřní příčiny a tím zvyšovat náchylnost jedince k reakci na vnější stresové události užíváním alkoholu. Tyto příběhy ilustrují jejich složitou vzájemnou dynamiku a prolínání mezi vnějšími a vnitřními faktory v konkrétním kontextu jedince.

5.1.2 Průběh závislosti

Jak bylo uvedeno v teoretické části této práce, rozvoj závislosti na alkoholu je determinován mnoha faktory, jako je pohlaví jedince, věk začátku užívání alkoholu či způsob jeho užívání. Každý jedinec prochází ale určitým sledem událostí, které se mnohdy příliš neliší, ačkoli jsou ovlivněny individuálními dispozicemi daného jedince. Tento proces rozvoje koresponduje s diagnostickými kritérii závislosti.

V analyzovaných datech bylo detekováno **počáteční stádium závislosti**. U několika respondentů nasedal abúzus alkoholu již na **první zkušenost s alkoholem**. U respondenta R5 se první setkání s alkoholem událo ve 20 letech. „*Bylo to den poté, kdy jsem našel svoji máti na půdě oběšenou. Do té doby jsem byl naprostý abstinent.*“ Po této události začal respondent v rámci rekreačního pití **navyšovat dávky alkoholu**: „*Nejdřív jsem to bral jako anxiolytikum, jo. Potom i na spaní a na odbourávání nějakých úzkostí. Pak už jako*

standard.“ Dále u respondentky R3 došlo k první konzumaci alkoholu ve věku 12 let, po níž následovala **změna tolerance**. Původně začala s pivem a vínem, avšak postupně přešla kvůli dosažení požadovaných účinků na tvrdý alkohol, vodku. U všech respondentů je v rámci počátečního stádia zmíněna vzrůstající frekvence pití a navyšující se dávky alkoholických nápojů.

Ve fázi **varovného stádia** často dochází k významným změnám, kdy jedinec přechází z veřejného společenského pití do konzumace alkoholu o samotě, leckdy v tajnosti. Respondent R4 uvádí příklad situace, ve které nechtěl, aby jeho konzumace alkoholu byla známa manželce: *„Jsme se vzali vlastně a ona ta její rodina chlastali hodně. Já jsem třeba říkal ne ne, já nechci, ale já jsem to dělal jenom kvůli manželce, aby nebyla naštvaná nebo co, přitom já jsem na to měl chuť se napít. Takže oni potají mi dávali, tak pojď, to neuvidí, že.“* Jiná respondentka, R1, se snažila vyhnout tomu, aby její syn viděl, že pije alkohol: *„...jako když tam byl jo, prostě, já jsem si třeba koupila pivo nebo něco, ale dala jsem si to až večer, až mě on neviděl“.* Změna proběhla také u respondenta R7, který ze společenského pití alkoholu přešel k samotářskému pití, což komentuje: *„Ze začátku jsem měl tu tendenci to tajit, no nicméně jsem to neutajil, že, nic netrvá věčně, takže pak to nešlo utajit, no.“*

Následuje **stádium rozhodné**, ve kterém jedinec dosahuje bodu, kdy ztrácí kontrolu nad svou konzumací alkoholu. Každodenní pití alkoholu již nadále nezůstává bez povšimnutí a vyvolává reakce v okolí. Respondentka R1 například zmiňuje konzumaci alkoholu v práci: *„Pak to bylo už aj takové, že já jsem si koupila třeba pití do práce, **já jsem pila v práci**. Ve svojí firmě. Průšvih jako mraky. Takže to byla úplná katastrofa, ale ona vždycky ta moje kolegyně na recepci, tak ona mě jako vždycky omluvila, že mi třeba není dobře nebo něco.“* Alkohol zasáhl i do práce respondenta R7, který říká: *„ač jsem byl upozorňován, přemlouván, abych se vzpamatoval, tak bohužel jsem se nevzpamatoval. A **přišla vlastně výpověď**.“* Mimo to respondent R7 zmiňuje i sociální odezvu od rodiny: *„...i nejbližší okolí mi začalo naznačovat, že se občas přestávám kontrolovat.“*

V posledním, **konečném stádiu** se dostávají **silné abstinční příznaky**, které se jedinec snaží eliminovat nebo alespoň dočasně zmírnit ranními doušky. V rámci tzv. **somatického odvykacího stavu** se objevují různé symptomy, například dle respondenta R4: *„Já jsem měl absták. Mně se normálně třepaly ruky. Já jsem čekal až otevřou obchod a už jsem frčel do obchodu a musel jsem si koupit pivo.“* Jiný respondent, R5, toto konečné stádium popisuje následovně: *„...už to nebylo o žití. Už jsem přestal jíst, trásl jsem se a už už, a přestal mi fungovat mozek hlavně.“*

Respondent R2 zvolil strategii typickou pro alkoholiky usilující o předcházení těmto nepříjemným abstinenciálním příznakům. „*No já jsem hladinkář spíš. Jsem nebo byl jsem. Že jsem se jako nějak neopijel, nebylo úkolem se opít, ale řák si držet tu hladinku, abych se cejtíl tak nějak v pohodě. ... právě jsem to ráno musel hned zapít, abych neměl kocovinu nebo absták řákej.*“

Jedinci jsou si v tomto stádiu vědomi toho, že se dostali za hranu. Velmi často ale dochází k pokračování užívání alkoholu navzdory zjevným škodlivým následkům. Jak uvádí například respondent R2: „*A když už jsem to zapíjel po ránu, tak jsem jako věděl, že to už není dobrý, ale furt jsem pokračoval dál v tomhlectom stylu.*“ Dále to zmiňuje i respondent R4: „*...nejhorší pro mě bylo, protože jsem trpěl tou vředovou chorobou, že mi bylo strašně zle, že jsem to přeháněl. Ale prostě já jsem si nedal pokoj, já jsem se trápil třeba celej druhej den, prostě zle, úplně třepal jsem se, jo, a dobrý, tak jsem se z toho vykurýroval, týden jsem si nic nedal a za týden znovu, že.*“ **Pokračování užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků** je řazeno mezi diagnostická kritéria pro stanovení závislosti na alkoholu.

5.1.3 Dopady závislosti

Tato podkategorie představuje široký rozsah negativních dopadů, které zasahovaly u respondentů ve spojitosti s nadměrným užíváním alkoholu, do různých oblastí jejich života. Jednu ze zasažených oblastí představují **psychické dopady** abúzu alkoholu. Psychické důsledky se u respondentů projevovaly negativním vlivem na duševní zdraví v podobě symptomů deprese a úzkosti, poruch spánku či zhoršení kognitivních funkcí. Respondentka R1 své psychické prožívání v době nadužívání alkoholu popisuje následovně: „*Předtím to byla společenská událost, že na radost a pak to bylo ze zoufalství. A s tím abych prostě nějak usmula rychle, abych to nemusela na to myslet, abych to neřešila, abych aspoň se vyspala. Jenomže já jsem se vyspala a ráno ten problém byl znovu. ...prostě u mě se prohlubovala ta deprese.*“ Jeden respondent R4 zmínil také **agresivní sklony**: „*Já jsem byl strašně agresivní, když jsem měl vypitý, jo. Mě to povzbuzovalo.*“

Respondent R5 uvádí psychické dopady závislosti v souvislosti se **somatickými důsledky**, které představují další oblast zhoršující celkové zdraví jedince. „*Nejdřív mi překážel ten odvykací stav somatický, ten třes. Jo nějaké pocení. A tak nějak jsem dával do pozadí to, proč jsem pil. Protože já jsem tím potlačoval úzkosti, nějaké deprese.*“ U tohoto

respondenta představovaly somatické dopady alkoholu tak velký zásah, který došel do krizového stádia selhání organismu, po kterém skončil v nemocnici. U některých respondentů docházelo k ohrožení fyzického zdraví v podobě různých **úrazů** („*Dokázal jsem se třeba tak opít, že jsem prostě spadl, kolikrát jsem se dotloukl, že. Ráno jsem se probíral, celej modrej, kolena dobitý, ruky dobitý. Jsem nevěděl, kde jsem byl, co jsem dělal, okno.*“ – respondent R4), či **dopravních nehod** („...*jsem ještě udělal bouračku auta pod vlivem, ... tak mi vzali řidičák.*“ – respondent R4).

Nejobsáhleji se většina respondentů vyjadřovala k poslední oblasti – k **sociálním dopadům** abúzu alkoholu. Nejčastěji se jednalo o potíže v mezilidských vztazích, jak v pracovním kolektivu, tak zejména v partnerských vztazích a rodinných vztazích s příbuznými a přáteli. Tyto problémy často přinášely značné změny, jejichž spouštěčem bylo nadměrné pití alkoholu. Byly zmíněny **změny jako rozchody, rozvody** („...*díky tomu zvyšování se míry toho alkoholu, přítelkyně se semnou po 10 letech rozešla*“ – respondent R7, „*Pak jsem se rozvedl, měl jsem nějaké další vztahy, ale všechny zkrachovaly na tom abúzu toho alkoholu.*“ – respondent R5), vznikající **konflikty, hádky**, které vyvolávaly výčitky svědomí („...*já jsem byl hned cinklej, člověk mele nesmysly a řekne kolikrát něco, co nechce a potom ho to mrzí. A druhý den se dozvídá, co to vyváděl.*“ – respondent R4). U respondentky R1 situace dosáhla bodu, kdy musely být děti svěřeny do péče otce, bývalého manžela.

Mimo mezilidské vztahy hrál alkohol roli také v rámci **porušování sociálních norem**. Jedna respondentka, R3, zmínila, že si kolikrát opatřila alkohol **krádeží**: „...*já jsem si to vlastně kradla... v té době byly regály normálně prostě, takže jste si to strčila pod bundu a 5 minut strachu a rychlý nohy, jak se říkalo.*“

Dva respondenti byli potrestáni **odnětím svobody za spáchání trestného činu** pod vlivem alkoholu. K této formě trestu došlo v případě respondenta R4 kvůli neoprávněnému vloupání do zastavárny: „*Taky pod vlivem jsme udělali trestný čin, že, vyloupili jsme ještě se dvouma kamarádama prostě zastavárnu... samozřejmě na mě přišli, že. To byla otázka času. Lapli nás všechny tři, že, a prostě jsme měli soud a pozavírali nás, no.*“, přičemž ve vězení strávil rok a půl. Respondent R5 popsal podobný scénář: „*Díky alkoholu jsem byl i v 5 let ve výkonu trestu. Díky těm způsobeným dopravním nehodám, jo a dalším.*“ Tyto situace odrážejí zvýšenou inklinaci k **rizikovému chování** vycházejícímu ze ztráty zábran nebo bagatelizace situace u jedinců pod vlivem alkoholu.

5.1.4 Řešení závislosti

Tato podkategorie poukazuje na různé cesty respondentů k léčbě závislosti na alkoholu. Liší se tzv. bodem zlomu, který představuje pro jedince moment, ve kterém se rozhodnou vyhledat pomoc. Vyhledání pomoci či nástup na léčbu nekorresponduje zákonitě vždy s uvědoměním a přiznáním své závislosti. Mnozí za sebou mají absolvování několika léčeb. Někteří respondenti nastoupili na léčbu kvůli **nátlaku okolí**, nikoliv z vlastního přesvědčení. Respondent R5 říká: „*To si uvědomila moje manželka, že mám problém. Já až ex post. Ale tak mě poslala na nějakou léčbu, což byla **vynucená léčba**. To byla vlastně vynucená abstinence tříměsíční pod kontrolou, nic víc. Takže potom jsem pil ještě víc, po té léčbě.*“

U některých přicházela pomoc v podobě upozornění ze strany okolí. Respondent R7 vedl rozhovor se svou tetou, která ho navedla k možným řešením jeho situace. Zmiňuje, svůj bod zlomu: „*Začalo mě to trošku zmáhat, jak psychicky, tak fyzicky. Jo, takže a pocítoval jsem na sobě, že to sám nezvládnou, tak jsem se prostě snažil vyhledat pomoc.*“ Po tomto uvědomění se rozhodl jednat a sjednal si tříměsíční ústavní léčbu. Respondent R6 také zmínil zpětnou vazbu od kamarádky, která posílila jeho odhodlání situaci řešit: „*Já jsem spíš s kamarádkou se o tomhle bavil, já jsem ji tak nějak všechno vyžvanil, co se stalo. A ona mi dala takový impuls at' to začnu řešit. Taky má nějaký své problémy, že jako se za to nemusím stydět a že čím dřív to začnu řešit, tím líp udělám pro sebe.*“

Všichni respondenti, se kterými jsem dělala rozhovor v průběhu jejich ústavní léčby závislosti, zmiňovali ve svých nadcházejících plánech docházení na doléčování, spolupráci s psychologem a psychiatry. Většina z nich také zmiňovala pomoc a ochotu rodiny a blízkých je podpořit při jejich boji se závislostí. S tím souvisel také **plán suché domácnosti**, což znamená, že se v domácím prostředí nevyskytuje žádný alkohol. To přímo zmiňoval respondent R6 žijící s rodiči: „*S rodičema mám domluvenou suchou domácnost, že mi se vším pomůžou, když budu potřebovat.*“ Někteří explicitně zmiňovali silnou **potřebu sociální opory** při abstinenci, například respondentka R3, která má podporu ve své mamce a sestře, řekla: „*To jako fakt obdivuju aj lidi, kteří jsou sami a dostanou se z toho. Jako já být sama, tak se z toho v životě nedostanu.*“ Stejný názor sdílí i respondent R4 žijící s podporující manželkou: „*Kdybych byl sám, tak nevím, jak bych to přežil. To nezávidím těm alkoholikům, kteří jsou tady na léčení a venku jsou sami. To je hrozný dilema.*“

Mimo doléčování zmiňovali respondenti plány představující určitou změnu v jejich životě, potřebnou k udržení abstinence po odchodu z léčebny. Respondent R6 a R5

zmiňovali **potřebu změnit práci**. Respondent R6 uvedl, že: „*Já zásadně změním práci. Protože tam kde pracuju, tam to je okolí je takový, že většina lidí tam buď chlastá, hulí trávu nebo berou pervitin. Takže to je hlavní věc, kterou chci změnit. Protože vím, že kdybych se tam teď vrátil teďka hnedka, tak to může mít taky hodně rychlej konec.*“ Ke stejné potřebě změny došel v rámci léčby i respondent R5: „*Tady mě nabádají k tomu, abych seknul s tou prací, s tím harmonogramem šíleným pracovním. Takže už hledám si práci jako elektromechanik někde na 8 hodin, kde budu mít víc volna pro sebe, nějak aktivněji trávit ten odpočinek.*“ Pro oba respondenty představuje jejich současná práce rizikové prostředí.

Ve výsledku zmiňovali respondenti mnoho benefitů a záchytných bodů, které jim léčba přinesla a nadále přináší při boji se závislostí. Pro představu uvádím sdělení respondenta R2, docházejícího v době sběru dat na doléčování v podobě individuální terapie: „*A ten individuál, to mi pomáhá, že jednou tejdne tam jdu a když třeba zrovna zjistí, že směřuju špatným, nějakým směrem, tak to pořešíme a obvykle mě do něčeho, tak jako dokope. Prostě mi to dá jinou perspektivu, abych se nad tím ještě nějak zamyslel. To obvykle pomáhá na udržení toho správného směru.*“

5.2 Prožívání pandemie

Tato kategorie představuje, jak pandemie ovlivnila prožívání lidí, kteří momentálně bojují se závislostí na alkoholu. Poskytuje náhled na to, jak se s novými výzvami, jež pandemie přinesla, tito jedinci vyrovnávali. Výsledky používaných copingových strategií v době pandemie jsou uváděny v souvislosti s aktuálně používanými strategiemi respondentů, získanými z analýzy rozhovorů a dotazníku SVF 78. Tyto výsledky jsou interpretovány v kontextu strategií používaných během pandemie, což poskytuje celkově komplexní pohled na adaptaci lidí se závislostí na alkoholu v této obtížné době.

Pro přehlednost je zde uvedena *tabulka 3*, která zaznamenává výsledky z dotazníku SVF 78, ukazující, které pozitivní (POZ) a negativní strategie (NEG) převažovaly v době sběru dat u jednotlivých respondentů. Pokud dominují strategie *Potřeba sociální opory* a *Vyhýbání se*, jsou uvedeny v posledním sloupci označeném "Dle kontextu", protože jejich zařazení závisí na konkrétní situaci. Výsledky budou přiblíženy v následujících podkapitolách.

Tabulka 3: Vyhodnocení dotazníku SVF 78

	PŘEVLÁDAJÍCÍ STRATEGIE	POZITIVNÍ STRATEGIE	NEGATIVNÍ STRATEGIE	DLE KONTEXTU
R1-ŽENA	NEG	Kontrola situace	Perseverace Sebeobviňování	Potřeba sociální opory Vyhýbání se
R2-MUŽ	POZ	Odklon	Úniková tendence	
R3-ŽENA	NEG	Kontrola reakcí	Perseverace	
R4-MUŽ	NEG	Kontrola situace Kontrola reakcí	Perseverace Úniková tendence Sebeobviňování	Vyhýbání se
R5-MUŽ	POZ	Pozitivní sebeinstrukce	Perseverace	
R6-MUŽ	NEG	Náhradní uspokojení	Perseverace Sebeobviňování	
R7-MUŽ	POZ	Pozitivní sebeinstrukce Kontrola reakcí	Perseverace	Potřeba sociální opory

5.2.1 Postoj k pandemii

Jedním z klíčových faktorů ovlivňujících zvládnutí pandemie byl postoj jedince k této nové a neobvyklé situaci. Způsob, jakým respondenti interpretovali pandemii a jaké stanovisko k ní zaujali, se projevil v jejich chování a reakcích v průběhu této krizové situace. Jejich postoje k pandemii byly velmi různorodé.

Pro respondenta R2 byla pandemie **zdrojem zájmu a rozptýlení**. Byl zaujat situací, převládala u něj zvědavost až fascinace reakcemi lidí na toto období. Svůj postoj k pandemii komentuje následovně: „*Mě to bavilo, protože se dělo něco zajímavého a mohl jsem to sledovat z první řady.*“ Vzhledem k tomu, že shledával zavedená opatření vlády jako smysluplná, nepředstavoval pro něj problém se jim přizpůsobit. O to více ho udivovaly reakce druhých. Sám zaujímá následující postoj ke krizi: „*Krise jako taková mi nepřijde jako špatná věc. Je to potřeba někdy, ono to dost vypovídá o lidech, jak reagují na opatření, který nechápou, místo toho, aby si to nějak zjistili.*“

Poměrně **nezúčastněný postoj** k pandemii zaujímal respondent R6, který zmiňuje: „*Jsem to bral asi na hodně lehkou váhu*“, jelikož u něj nepřevládaly obavy související

s onemocněním COVID-19. Selektivně se zaměřoval pouze na informace, které považoval za subjektivně důležité, zejména ta, která se týkala opatření bránících mu v jeho oblíbených společenských aktivitách, jako je chození za zábavou – do klubů nebo na diskotéky.

Jeden z respondentů, R5, přistupuje k celé situaci jako k tzv. "**pseudopandemii**". Dochází u něj k určité bagatelizaci celé situace a k vyjadřování posměchu vůči opatřením. Navzdory tomu, že jeho partnerka pracuje jako zdravotní sestra, která byla nasazena v první linii na oddělení intenzivní péče během šíření koronaviru, respondent zpochybňuje vážnost dopadů onemocnění a považuje COVID-19 za běžnou infekci. Své přesvědčení zdůrazňuje slovy: „*Já jsem říkal, že jestli mě má něco schvátit, tak mě schvátí chlast, a ne nějaký covid.*“ Podobně se k tomu vyjádřila i respondentka R3: „*Já právě jsem to pojala tak, že pokud mám onemocnět, tak prostě onemocním.*“ Z její strany došlo tedy k **přijetí a přizpůsobení se situaci**. Další respondent, R7, zaujímal k pandemii zodpovědný postoj a snažil se situaci přizpůsobit, uvádí: „*Přizpůsobil jsem se tomu a nějak mě to extrémně nezasáhlo, nebo neranilo.*“

Pro respondenty R1 a R4 představovala situace pandemie značně **zátěžovou situaci**, které se naopak těžce přizpůsobovali a na kterou reagovali **narůstající konzumací alkoholu**. Svůj postoj shrnuje respondentka R1 následovně: „*Tím covidem se to zhatilo všechno a myslím si, že kdybych možná vedle sebe měla někoho, o koho se můžu opřít, kdo mě podrží. Tak že za prvé bych přežila covid, přežila bych tu dobu prázdná, ten rok, co to bylo, když jsme to fakt nevěděli, co bude, to bylo fakt rok, rok absolutně šílenost, rok až dva. Kdybych měla vedle sebe někoho, kdo mě podrží, tak bych to přežila i v abstinenci a nemusela jsem se vracet k alkoholu.*“

5.2.2 Negativní copingové strategie

Tato kategorie zahrnuje různé negativní způsoby zvládnání zátěžových situací, včetně pandemie. Tyto strategie, ačkoliv nejčastěji slouží k dočasnému zmírnění nebo úniku od nepříjemných pocitů, mohou mít negativní dopady na různé oblasti života jedince. Jedná se o strategie, které mohou být na krátkou dobu účinné v tlumení nepříjemných emocí, ale dlouhodobě mohou přinést více škod než užitku, což dokládají výpovědi respondentů.

Výpovědi respondentů jsou analyzovány ve spojitosti s jejich výsledky z dotazníku SVF 78, který vyplnili v době sběru dat. Z *tabulky 3* je zřejmé, že negativní copingové strategie převládají u respondentek R1 a R3 a respondentů R4 a R6. Podle výsledků dotazníku

využívají respondenti nejčastěji tyto negativní strategie: *Perseverace*, *Sebeobviňování* a *Úniková tendence* (viz tabulka 3).

Strategie *Perseverace* se objevovala u respondentů v době pandemie v několika podobách, které zhoršovaly jejich prožívání této zátěžové situace. Tato strategie komplikovala snahy jedinců vymanit se z myšlenek spojených s pandemií, zejména s jejími negativními dopady. Vzhledem k množství informací, které v této době kolovaly z nejrůznějších zdrojů a jejichž pravdivost nebyla vždy zaručena, si lidé začali vytvářet různé katastrofické scénáře, což nakonec negativně ovlivňovalo jejich psychické zdraví.

Respondenti se potýkali s obavami o své vlastní zdraví i zdraví svých blízkých. Možné nakažení koronavirem a nejistý průběh pandemie v nich vzbuzovaly strach. Tato situace vyvolávala obavy z nejisté budoucnosti. Jedním z respondentů, R4, bylo řečeno: „*Furt furt jsem to sledoval, to víte, že jo. To byl mor světovej, prostě konec. Jako jasně, to se vám honí v hlavě, co bude jako, co ještě přijde.*“

Z výroků dalšího respondenta, R2, je zřejmé, že strategie *Perseverace* není v jeho případě spojena pouze s pandemií, ale s jeho celoživotními zkušenostmi s úzkostnými myšlenkami a obavami ohledně budoucnosti. Na otázku ohledně prožívání pandemie odpověděl: „*Potýkal jsem se s obavama do budoucnosti jako vždycky asi.*“ Pandemie pro tohoto respondenta představovala zdroj rozptýlení a změnu v běžném rytmu jeho úzkostí a myšlenkových procesů. Tím, že se musel zabývat novými situacemi a problémy, mohl na chvíli uniknout od svých tradičních existenčních obav: „*Spiš z takovýho jako úchylnýho hlediska jsem měl na co se zaměřit jako myšlenkama. Aby mi to v něčem pomohlo utýct od těch normálních existenčních myšlenek jako vždycky.*“ To naznačuje, že strategie *Perseverace* v jeho případě mohla být ovlivněna pandemií jako externím faktorem, který přinesl do jeho života nové perspektivy a tím i nové prostředky pro zvládnání jeho úzkostí.

Naopak pro respondenta R4 představovala strategie *Perseverace* extrémní rizikovou zátěž. Během pandemie se u něj projevovaly časté negativní a destruktivní myšlenky, včetně **myšlenek na sebevraždu**. Tento stav přibližuje následovně: „*Já jsem byl psychicky úplně na dně a úzkostlivost, brečel jsem a furt myšlenky jako zabij se, jo.*“ Tyto myšlenky ho bohužel přiměly k sebevražednému jednání. Popisuje svůj pokus o sebevraždu: „*Jsem šel k jezeru, že se utopím. Samozřejmě pod vlivem, flašku se sebou. Byl jsem na kole, to jsem potom ani už nemohl ject, tak jsem mu musel vést vedle sebe. No neutopil jsem se, já jsem prostě neměl odvalu se utopit.*“ Tato situace byla z jeho strany silně ovlivněna zneužíváním alkoholu, což naznačuje, že se strategie *Perseverace* vyskytovala

v doprovodu strategie *Únikové tendence*, které jsou v případě tohoto respondenta dominantní.

Z analýzy dat vyplývá, že u respondentů, kteří více uplatňovali strategii *Perseverace*, se po určité době projevila potřeba uniknout od svých zátěžových a zahlcujících myšlenek. Mnozí z nich proto začali volit alkohol jako prostředek, který jim napomáhal dočasně zapomenout na své problémy a negativní emoce. Tato situace naznačuje zvýšenou inklinaci ke strategii *Únikové tendence*.

Strategie *Únikové tendence* představuje způsob, jak se respondenti mohli na chvíli vyhnout nepříjemným pocitům a situacím, které nechtěli či nemohli zvládnout jinými způsoby. I přesto, že pandemie přinesla mnoho zátěžových situací a problémů, s nimiž se lidé museli potýkat, tak ne všechny tyto obtíže přímo souvisely s pandemií. Některé vznikly v té době, zatímco jiné byly důsledkem již existujících problémů, které pandemie mohla zesílit nebo odkrýt. Nicméně bez ohledu na jejich původ umožňovala strategie *Únikové tendence* jedincům nalezení úlevy a krátkodobé vymanění se ze stresujících situací.

K této strategii vedly u respondentů nejrůznější důvody vycházející ze zvyšující se zátěže. Mezi tyto důvody patřilo například prožívání frustrace z nedostatečného uspokojení subjektivně důležitých potřeb až po dlouhodobé citové strádání. Kromě toho se u respondentů objevovaly konflikty, zejména intrapersonální povahy, různé zdravotní obtíže a někteří z nich se ocitli v krizi způsobené zásadní životní změnou.

Citovou deprivaci v době pandemie zažívala respondentka R1, jelikož se potýkala s dopady pandemie sama, bez jakékoliv podpory. Emoční strádání, vyplývající z nepřítomnosti otce a nedostatku zájmu ze strany matky, vedlo už v období dospívání u respondentky R3 k využívání negativních strategií, jako je zvýšená konzumace alkoholu, užívání drog a porušování sociálních norem. Respondentka sama tuto fázi svého života označuje za rebelské období: „*Já jsem si našla prostě zálibu venku. Takže prostě dítě ulice no. Takže prostě nebyl tam ten kontakt těch rodičů, spíš toho otce. Spíš tak nějak jsem začala jako, jak se tomu říká, rebelovat.*“

Další respondenti R4, R6, R7 a R5 prožívali **krizi, která byla způsobena zásadními změnami** v jejich životě a vyžadovala rychlou adaptaci na novou situaci. Pro respondenta R4 byl čas pandemie provázán s jeho **odchodem do důchodu**, což představovalo zásadní životní změnu, na kterou se nedokázal adekvátně přizpůsobit. V důsledku toho začal hledat únik ve spotřebě alkoholu.

Respondent R6 se ocitl v situaci, ve které musel čelit výzvě v podobě **nové životní role otce**. Namísto toho, aby se vypořádal s novými povinnostmi a emocemi spojenými s otcovstvím, zvolil strategii **Únikové tendence** v podobě nadužívání alkoholu jako způsobu úniku od této reality. Své pití v té době zdůvodňoval tím, že oslavuje narození svého syna, což naznačuje použití obranného mechanismu racionalizace.

U respondenta R7 vzbuzovala potřebu úniku krize, kterou popisuje takto: „*V tu dobu jsem prostě cítil syndrom vyhoření středního věku, řekněme. Jo, jak fyzicky, tak i prostě psychicky. A chtěl jsem si nějakým způsobem asi odpočinout. Akorát jsem zvolil nevhodnou, nevhodnou metodu, nevhodného démona, co se týká alkoholu.*“ Mimo užívání alkoholu se respondent rozhodl pro doslovnou únikovou strategii – nastoupil na plánovanou celozávodní dovolenou, kterou si však neplánovaně prodlužoval. Během tohoto období se u něj rozvinula závislost na alkoholu.

Podobnou únikovou strategii zvolil i respondent R5, který se kvůli dopadům pandemie potýkal s **extrémní pracovní zátěží**, kterou začal řešit užíváním několika návykových látek. „*Čím víc ta pandemie, pseudopandemie, postihovala ty spolupracovníky, a i manažery na druhých stranách, nebylo s kým komunikovat, tak jsem byl v plné síle a postupně mi ta síla docházela, takže jsem musel kombinovat ten alkohol, pervitin, kokain, prášky.*“ V době, kdy se najednou ocitl bez zakázek, se rozhodl udělat si volno a odcestoval do Chorvatska, kde jeho závislost na alkoholu vygradovala.

Tito čtyři respondenti procházeli obdobím intenzivní zátěže a emocionálního vyčerpání, což vedlo k jejich touze po odreagování. Tato potřeba začala být uspokojována prostřednictvím dočasné úlevy, za použití návykových látek. Vlivem opakovaného užívání a zvyšování dávek alkoholu u nich došlo k postupnému rozvoji závislosti.

Jak vyplývá z výroku respondenta R6: „*Jsem se snažil od všech problémů nějakým způsobem unikat a buď to byly drogy nebo alkohol. Než abych se tomu problému postavil čelem, tak jsem se radši šel zfetovat, anebo ožrat.*“, tak kromě užití alkoholu bývá se strategií **Únikové tendence** také spojeno **experimentování s dalšími návykovými látkami či užívání tlumících léků**. Ze sedmi respondentů přiznalo pět zkušenost s užitím drog v kombinaci s alkoholem. Užívání léků v doprovodu alkoholu, případně dalších návykových látek, uvedl jak respondent R2, tak respondent R5: „*Až když jsem byl ready, až když jsem se ráno našňupal, nacpal práškama a opil, tak jsem jel do práce a mohl fungovat.*“

Se závislostí na alkoholu jsou často spojeny také výčitky svědomí a sebeobviňování. Proto není překvapivé, že se u respondentů objevovala strategie **Sebeobviňování**.

V případě respondenta R6 vyplývaly výčitky z toho, že místo trávení času s novorozeným synem se upínal k nadměrnému pití alkoholu. „*Místo toho abych si to užil se synem de facto, tak jsem 14 dní v kuse holdoval alkoholu.*“ Nyní se na své jednání dívá s vědomím toho, že se zcela odchylovalo od vhodného a žádoucího chování v daném kontextu.

S hlubokými **výčitkami vůči svým dětem** se dodnes potýká respondentka R1: „*Já jsem je zklamala jako matka... já si myslím, že jsem ublížila těm děckám hrozně. On se pak člověk nedívá na sebe, dívám se spíš na ně, že jsem jim ublížila strašně.*“ Respondentka si nejvíce vyčítá situaci, kdy v době pandemie trávila čas v autě v garáži, kde potají pila alkohol, aby ji její děti neviděly. Poté, co ji děti hledaly a našly ve velmi podnapilém a dezorientovaném stavu, zavolali otci, s nímž byla respondentka už rozvedená. Po této události byly děti svěřeny do péče otce, což respondentka nesla velmi těžce a začala se o to více uchýlovat k alkoholu: „*A zase jsem byla na všechno sama, sama, sama. Neměla jsem žádnou oporu, tak jsem sáhla po flašce. Ono se líp usíná, nic mě nebolí.*“ U této respondentky celkově převažuje strategie **Potřeby sociální opory**, což může v mnoha případech komplikovat řešení a zvládání stresových situací. Její postoj k životu naznačuje, že tento přístup může při zvyšující se zátěži vést k pasivitě a pocitu ztráty kontroly nad vlastním životem. Zároveň, potýkali-li se člověk dlouhodobě s náročnou situací, se kterou se nedokáže sám vypořádat, tendence požadovat sociální oporu se zvyšuje. Neboť sociální opora může být klíčová pro překonání obtíží a zvládání různorodých problémů.

U respondenta R4 docházelo k častému ulpívání ke strategii **Sebeobviňování** zejména po konfliktech s manželkou, která těžce nesla jeho chování pod vlivem alkoholu. Respondent popisuje: „*Ted' manželka furt jako brečela, že jako mě má ráda a že piju. Já jsem to vše házel furt na ní. A mě to přestalo bavit, už jsem neměl ani rád sám sebe.*“ Tento postoj vedl k narůstajícím pocitům viny a beznaděje. Tyto pocity nakonec přivedly respondenta k rozhodnutí spáchat další pokus o sebevraždu. Při prvním pokusu se plánoval utopit v jezeru, ale druhý pokus se odehrál na chatě, kde se rozhodl oběsit. Respondent sdílí: „*No tak jsem jel na tu chatu, tak jsem se fakt zpil jako... Sotva jsem chodil a lezl jsem na žebřík a prostě, že si tu smyčku hodím. Bohužel, no tak, bohudík, jsem byl na žebříku a uklouzla mi noha, celej jsem se rozsekal.*“ V tomto případě lze identifikovat strategii **Rezignace**, při které se jedinci vzdávají kvůli pocitu bezmocnosti a beznaděje. Respondent cítil, že není schopen řešit své problémy a neviděl žádné východisko z obtížné situace, což ho vedlo k tragickému rozhodnutí. Jeho sebeobviňování a nedostatek perspektivy zhoršily jeho mentální stav a vedly k opakovanému pokusu o sebevraždu. Nakonec ho tato situace

dovedla k rozhodnutí vyhledat pomoc a nastoupit na léčbu závislosti na alkoholu, což považuje za klíčový krok ke zlepšení svého života.

5.2.3 Pozitivní copingové strategie

V rámci této kategorie jsou zkoumány různé pozitivní přístupy k zvládnání zátěžových situací, včetně období pandemie. Tyto strategie představují účinnější a prospěšnější přístup ve srovnání s negativními strategiemi. Budou uvedeny pozitivní strategie, které se respondentům dařily využívat během zátěžového období pandemie.

Podle výsledků dotazníku SVF 78 převládají pozitivní copingové strategie u respondentů R2, R5 a R7. Z dotazníkové šetření vychází, že u respondentů z našeho výzkumného vzorku dominují z pozitivních copingových strategií: *Kontrola reakcí*, *Kontrola situace*, *Pozitivní sebeinstrukce*, *Odklon* a *Náhradní uspokojení* (viz tabulka 3).

Strategie *Kontrola reakcí* vychází z popisu prožívání pandemie respondentkou R3, která aktivně usilovala o udržení kontroly nad svými emocemi, čímž předcházela tomu, aby ji důsledky pandemie vyvedly z rovnováhy. Díky tomu u ní nedocházelo v této době k převažujícím extrémně negativním emocím. Tento přístup se vztahuje i na respondenta R7, který se snažil přirozeně zvládat situaci a stabilizovat své emoce. U obou respondentů nepředstavovala pandemie spouštěč pro rozvoj závislosti na alkoholu.

Mimo tuto strategii vychází z reakcí a postupů respondentů často využívaná strategie *Kontrola situace*. Tato strategie zahrnuje několik konkrétních kroků. Nejprve jedinec analyzuje situaci, což zahrnuje zhodnocení všech relevantních faktorů a identifikaci možných příčin a důsledků. Poté vytvoří plán, jak s danou situací naložit, a určí kroky, které je třeba podniknout k jejímu zvládnutí. Nakonec realizuje tyto kroky, přičemž aktivně jedná s cílem kontrolovat situaci a nalézt řešení problému. V souvislosti s pandemií tuto strategii uplatňovali respondenti, kteří se rozhodli pro **očkování proti koronavirové nemoci**. Jeden z nich byl respondent R4, u kterého podstoupení očkování zmírnilo obavy o zdraví: „*Já jsem si říkal jsem naočkovanéj, říkám dobrý. Protože média říkaly, když začalo očkování, že průběh nemusí být tak šílený, nemusí být úmrtí, jo. Tak jsme si říkali, proč teda se nejt naočkovat.*“ Stejný postup zvolil i respondent R7, který se situaci pandemie snažil přizpůsobit a hledal způsoby, jak zmírnit obavy z nemoci a od ní odvíjející se budoucnosti, jak u sebe, tak u svého tatínka, který byl už v pokročilejším věku. Jak uvádí: „*...jakmile byly možnosti, tak šel [tatínek] na všechny očkování, co v tu dobu byly možný, takže se snažil k tomu přistupovat zodpovědně. Já relativně taky, takže co se týkalo možnosti těch jednotlivých očkování, tak jsme absolvovali všechno. Všechno, co bylo*

možný. “ Rozhodnutí o očkování mohlo být pro jedince aktivním krokem, který mohl v této nejasné době podpořit jejich pocit kontroly nad situací a tím přispět ke snížení prožívaného stresu.

Strategie **Kontrola situace** v době pandemie se také odráží v dodržování zavedených opatření, které někteří jedinci považovali za prevenci před nakažením koronavirem. Respondentka R1 si do práce okamžitě opatřila roušky. U respondentky vycházela motivace k dodržování a respektování zákazů zejména z potřeby vyhnout se trestu, říká: „...*tak my měly strach i z těch pokut vlastně...*“. Stejná motivace převládala i u respondenta R5: „*Chodil jsem s rouškou, jo. Ale ani ne tak jako kvůli covidu, ale spíš z nějakýho důvodu, aby tam nebyly nějaké represe, aby mě nesankciovali, protože nemám roušku.*“

Další využívanou strategií v době pandemie byla také strategie **Pozitivní sebeinstrukce**. Tato strategie pomáhala jedincům udržet si pozitivní přístup a celkově posílit svou duševní stabilitu v tomto zátěžovém období. Kromě toho jim tato strategie, v podobě kladných postojů a myšlenek, pomáhala k adaptaci na nové podmínky a opatření, která s sebou pandemie přinesla.

Respondent R5 zmiňuje, že se snažil řídit „*selským rozumem*“. K jeho pocitu duševní pohody a pocitu bezpečí přispěl v tuto dobu i jeho postoj ke koronaviru, který nevnímal jako smrtelnou těžkou nemoc, ale jako běžnou chřipku. Zde je na uvážení, zda se v tomto případě nejednalo spíše o obranný mechanismus popření závažnosti situace než o pozitivní copingovou strategii.

Kombinace strategie **Kontroly situace** a **Pozitivní sebeinstrukce** se projevuje v postoji respondenta R4 k výkonu trestu odnětí svobody: „*Já jsem byl jako, jsem se choval slušně jako v tom vězení, já jsem tam pracoval, platil jsem v té době ještě alimenty... Já jsem byl celkem v tadytěch věcech zodpovědný, co se tohohle týče.*“ Respondentovi se v danou chvíli podařilo posílit svou vlastní kompetenci a řešit důsledky svých předchozích činů. V pandemii se tyto strategie podařily respondentovi uplatnit až ve chvíli, kdy začal řešit svou závislost, což odráží dle jeho slov uvědomění, že „*nejlepší by pro mě bylo, kdybych opravdu šel na léčení, protože to nedávám.*“ Respondent se v danou chvíli rozhodl převzít opět kontrolu nad svým životem, zaměřit se na problém a usilovat o zlepšení situace. Zároveň je v tomto případě uplatněna jako pozitivní strategie **Potřeba sociální opory**, neboť respondent dospěl do stádia aktivního vyhledání konkrétní pomoci v situaci, kterou nedokázal sám vyřešit.

Z analýzy dat vyplývá, že strategie **Potřeby sociální opory** byla v době, kdy se respondenti rozhodovali pro léčbu závislosti na alkoholu, využívána u všech respondentů. Respondenti se v tuto chvíli **obraceli na své okolí nebo rovnou na odborníky**, což uvádí respondent R4: „*Tak jsem si našel psychiatra. Tak jsem k němu šel, řekl jsem mu, jak se věci mají, že prostě bojuju s alkoholem, že mám prostě takový úzkosti, že přemýšlím o sebevraždě.*“ To naznačuje, že přítomnost této strategie u jedinců bojujících se závislostí na alkoholu ovlivňuje časování rozhodnutí o nástupu do léčby. Ve své podstatě uplatnění této strategie odráží uvědomění si a přijetí toho, že člověk dosáhl pro něj neoptimální zátěže, jejímž nárokům nedokáže sám čelit a potřebuje externí podporu.

Další strategie **Náhradního uspokojení** úzce souvisí se strategií **Odklonu**, která byla častěji detekována ve výpovědích respondentů. Obě strategie jsou využívány k regulaci emocí nebo ke zmírnění nepříjemných stavů. Strategii **Náhradního uspokojení** aplikoval během pandemie respondent R7 v podobě „*sledování nějakých dokumentárních filmů, cestopisných filmů.*“ Uvádí, že se v době pandemie snažil **využít volný čas a věnovat se zájmům**, které ho baví a kterým se mohl věnovat v domácím prostředí. Strategii **Odklonu** využívalo během pandemie několik respondentů. Respondent R6 se přiklonil ke strategii **Odklonu** formou **sportovní aktivity**, konkrétně jízdou na kole. Říká: „*Na kole jsem měl vždycky dobrou náladu, když jsem se šel projet na kolo.*“ Stejnou variantu odklonu od zátěžové situace volila i respondentka R3, která zmínila: „*Začala jsem v tu dobu běhat, někdy, kdy byla ta první vlna, ještě se ségrou jsme běžely s těma rouškama.*“ Sportovní činnosti u respondentů přispívaly v době pandemie ke snižování úrovně stresu.

Redukce psychického napětí dosahovali respondenti také v případech, kdy se vyhýbali stresovým situacím a zároveň se snažili předcházet konfrontaci s těmito typy situací. Můžeme to uvést na příkladu respondenta R7, který se snažil **vyhýbat přehnané expozici zprávám o šíření koronaviru**. V tomto kontextu lze strategii **Vyhýbání se** považovat za pozitivní copingovou strategii, jelikož vede k ochraně jedince před nepříznivými dopady médií šířící nepříznivé až zavádějící informace.

Se strategií **Odklonu** souvisí také možnost **docházení do práce** v době pandemie, kterou několik respondentů uvedlo jako faktor, který jim pomáhal chránit se před dopady zvýšené zátěže. To je příhodně ilustrováno výrokiem respondentky R3: „*Ale já, jelikož jsem chodila do té práce, tak já jsem to měla v pohodě...Já jsem nemusela být doma. Jako nedokážu si představit, že bych byla na tom home office, tak to by mě asi zruinovalo. Tak to bych začala se vším hodně brzo, ještě dřív, než vlastně v tu chvíli se mi dařilo abstinovat.*“ Tento výrok ukazuje, jak každodenní aktivity a povinnosti mohou být podpůrné a chránit

jedince v obtížných časech. Další podpurné, protektivní faktory působící v období pandemie budou blíže přiblíženy v kategorii *Protektivní faktory*.

5.3 Dopady pandemie

Tato kategorie představuje klíčové faktory související s pandemií, které měly nejzásadnější vliv na respondenty. Uvádí, jak zátěžové faktory, které jedincům ztěžovaly život, tak protektivní faktory, které jim naopak v této obtížné době pomáhaly. Kromě toho je v této kategorii zahrnuta analýza vztahu mezi pandemií a konzumací alkoholu u těchto jedinců. Popsány budou případné důvody vedoucí v době pandemie ke konzumaci alkoholu, změny ve spotřebě alkoholu a z toho vyplývající dopady pandemie na život respondentů.

5.3.1 Zátěžové faktory

V době pandemie čelili respondenti mnoha novým a nečekaným výzvám, které významně ovlivnily jejich životy. Tato kategorie se zaměřuje na analýzu zátěžových faktorů, které mohly ovlivňovat každodenní život jedinců během pandemie. Bude přiblíženo, jaké konkrétní faktory vedly u těchto respondentů ke zvýšenému stresu a obtížím v adaptaci na nové podmínky a situace, jež pandemie přinesla.

Během analýzy dat bylo identifikováno více zátěžových faktorů, které lze seskupit do několika kategorií. Jedná se o kategorie: zdravotní dopady, zavedená opatření a omezení, sociální izolace, ekonomické obavy a změny denního režimu.

Několik respondentů sdělilo, že během pandemie prožívalo obavy týkající se možnosti nákazy onemocněním COVID-19, průběhu nemoci s případnými komplikacemi a také strach ze ztráty blízkých a známých v důsledku pandemie. Respondent R7 popisuje, že ho sužovala „*obava z budoucnosti a samozřejmě obava z té nemoci, pokud by mě zasáhla, tak aby měla, pokud možno měla takovej rozumnej průběh, bych tak řekl.*“ Sám byl velmi těžce zasažen dopady pandemie, neboť zemřeli jeho blízcí známí v důsledku koronavirového onemocnění.

Další často zmiňovanou oblastí, která byla pro několik respondentů nepříjemná a restriktivní, byla zavedená omezení a opatření v době pandemie. Respondent R5 vnímal, že **zavedená opatření** na začátku pandemie šířila ve společnosti strach, úzkost a nedůvěru. Uvádí, že sám měl obavy z „*masivních změn*“, které se děly kolem: „*Ze začátku jsem se určitě bál, když jsem viděl ten boom, jak nás všude strašili ze všech stran, všichni chodili v rouškách, nevycházejte ven, nedotýkejte se ničeho, ani sebe. V počátku určitě byla nějaká*

paranoa. “ Stejně tak negativní psychické dopady opatření postihly i respondentku R3. Vyjádřila, že zažívala strach, který vznikl z nejistoty a nedostatku informací o situaci: „*Jako člověk nevěděl prostě jako co se děje. Venku jste chodili prostě, vlastně tam byl zákaz vlastně toho vycházení večer, v těch 10 hodin... jako jo mělo to na mě hodně velké vliv. Jako určitě jsem měla strach.*“

V případě respondenta R6 byla zavedená opatření, zejména noční zákazy vycházení, silným zátěžovým faktorem, neboť pro něj znamenala **omezení společenského života** a trávení volného času: „*Já jsem na to reagoval tak špatně, protože v tu dobu jsem jezdil hodně na zábavy. Takže to bylo hodně velké odříznutí.*“ Situaci řešil tak, že se začal vyhýbat kontaktu s rodinou a izolovat se ve svém pokoji. Říká: „*Já jsem byl ve svém pokoji, de facto uzavřenej. A jako řešil jsem si, jel jsem si svoje... byl to takovej můj únik.*“ Tato domácí izolace a nadbytek volného času vedly respondenta v době pandemie k užívání alkoholu a drog.

Omezení sociálních kontaktů mělo dopad také na respondenta R5, který zmiňoval, že pro něj byla nejtěžší „*ta okleštěná sociální, ta komunita, že jsem se nemohl k těm lidem dostat blíž, k těm nejbližším.*“ Sám to v té době považoval za určitou formu sociálního vyloučení. Osobní kontakt s blízkými chyběl také respondentovi R4, pro kterého forma elektronického kontaktu nebyla dostačující.

Někteří respondenti vyjádřili obavy týkající se **ekonomických dopadů** v průběhu pandemie. Mezi ně patřila respondentka R3, která se obávala ztráty zaměstnání. To by pro ni nepředstavovalo pouze ztrátu finančního zdroje, ale i ztrátu denní struktury, režimu a kontaktu s lidmi, které jí zaměstnání poskytovalo. Respondentka R1 zase v důsledku pandemie, šíření koronavirového onemocnění, přicházela o přichozí klienty. Dostávala se do situací, kdy její zákazníci nepřicházeli, protože se báli možného nakažení, což u respondentky způsobovalo dle jejího popisu prohlubování deprese. Ve výsledku byla nucena svou firmu prodat: „*Covid jsem nikdy neměla, ale jako moji firmu, tu to položilo, protože ta kamarádka to ode mě koupila za hubičku, nechala si tam všechno... veškeré vybavení, všechno zrekonstruovaný.*“ V důsledku toho, že ztratila své finanční příjmy, se u ní začal objevovat abúzus alkoholu.

Právě **změna denního režimu** se stala v době pandemie pro respondenty jedním z nejzátěžovějších faktorů. Tato změna se v případě respondentů R1, R2, R4, R5 a R7 týkala změny pracovního statusu, zatímco u respondenta R6 se jednalo o změny ve volnočasových aktivitách, v důsledku zavedených opatření. Většina respondentů se

s těmito změnami vyrovnávala pomocí alkoholu jako únikového mechanismu nebo prostředku ke zvládnání nových situací.

V důsledku pandemie došlo u respondenta R5 ke **změně pracovních povinností**, které narůstaly, neboť jeho spolupracovníci byli nakaženi koronavirem. Tato situace ho vystavila enormní pracovní zátěži a jeho pracovní režim se stával čím dál náročnějším a vyčerpávajícím, jak sám uvádí: *„Bylo toho na mě moc, bylo toho čím dál víc.“* Tato zátěž a tlak na výkon nakonec vedly k *„masivní recidivě“*, kdy začal nadměrně konzumovat alkohol a další návykové látky, což dokládá jeho výrok: *„Totálně jsem se rozjel v alkoholu, to byl masakr...pil, fetoval, až jsem skončil na ARU, to už jsem to fyzicky nedal.“* V jeho případě vedly dopady pandemie k rozvinutí syndromu závislosti, se kterým se od té doby snaží léčit.

Denní režim se změnil také u respondenta R4, který v době pandemie **odešel do starobního důchodu**. Tato změna pro něj znamenala značný nadbytek volného času, který musel trávit osamoceně, jelikož jeho manželka v té době docházela na směnný provoz do práce. Jejich denní rutiny se začaly lišit, což vyvolávalo časté konflikty a postupné vzdalování se jeden od druhého. Namísto plnohodnotného využití volného času a plnění domácích povinností se respondent začal uchýlovat k nadměrnému pití alkoholu, který se postupně stal nezbytnou součástí jeho každodenního života. To vedlo k častým hádkám s manželkou, neboť podle respondentových slov: *„My jsme si nějak nerozuměli v tom období, a to mě hodně ovlivňovalo. Já, jak kdybych to dělal na truc.“* Také dodává: *„Ztratil jsem sebeúctu a byl jsem takovej hodně nezodpovědněj. Že když jsem něco řekl, tak jsem to neudělal.“*

U respondenta R7 vedlo k psychické zátěži **působení médií v době pandemie**. Média hrála klíčovou roli v šíření informací o situaci, s důrazem na negativní aspekty pandemie. Tento neustálý tok byl dle respondenta všudypřítomný, *„protože před tím jako nešlo utéct, řekněme... jak v televizi, tak samozřejmě na internetu. V jakékoliv novinách, jak v regionálních, tak všude samozřejmě na prvním, prvním místě, nebo na prvním řádku prostě covid, no.“*

5.3.2 Protektivní faktory

Vzhledem k tomu, že se většina respondentů uchýlila v době pandemie k užívání alkoholu, nebylo mnoho faktorů, které by jim pomáhaly zlepšit jejich psychický stav v této

náročné době. Přesto se někteří respondenti zmínili o několika protektivních faktorech, které považovali za užitečné.

Jeden z významných protektivních faktorů představoval **pravidelný denní režim**, zejména při možnosti docházet do zaměstnání, který jedincům poskytoval strukturu a disciplínu, které v mnoha situacích v době pandemie zmizely. Zároveň takový režim bránil nadměrnému volnému času, který může vést k nuditě a pokušení k pití alkoholu, jak vyplývá z výroků několika respondentů uvedených v předchozí kategorii *Zátěžové faktory*.

Díky udržení a docházení do zaměstnání některé respondenty nezatěžovaly ekonomické obavy, se kterými se mnoho lidí v době pandemie potýkalo. To byl i jeden z důvodů, proč se respondentka R3 dokázala vypořádat s celou situací bez výrazného zvýšení zátěže. Jak uvedla: „*V podstatě ta práce mě hodně držela, to jako, to vám řeknu, kdybych přišla o práci, tak se asi zblázním.*“

Kromě práce pomáhalo respondentům k udržení režimu také pravidelné **věnování se volnočasovým aktivitám**, jako je sport, trávení času s rodinou nebo jiné koníčky. Respondentka R3 uvedla, že ve svém volném čase chodila běhat a cvičila doma se svojí sestrou podle individuálního programu, který jim zaslal jejich trenér. Říká: „*My jsme cvičily doma i v tom malém prostoru, abychom se jako nezmagorily z toho.*“ Jiný respondent, R7, se snažil v tomto omezeném režimu v rámci možností věnovat svým koníčkům, mezi které patří fotografování, kinematografie, dále úprava fotografií a videí.

Protektivním faktorem byl jeho přístup, respondenta R7, k probíhajícím změnám v době pandemie. Dokázal **si udržet nadhled a určitý odstup od celé situace**, což zahrnovalo pragmatické přijetí zavedených opatření. To ilustruje jeho výrok, ve kterém se vyjadřuje k postoji k situaci: „*Co se týkalo tedy těch opatření, tak říkám, nebyly si myslím, nebyly tak drastický, že v normálním režimu se dalo vlastně fungovat.*“ Stejně to vnímal i respondent R2, který se k tomu vyjádřil takto: „*Mě se nic v podstatě netýkalo no. Zavřený obchody v neděli, to mě moc nezajímalo, respirátory mi nevaděj, protože to dává smysl.*“

Pro respondenta R4 se v době pandemie ukázal jako důležitý **kontakt se svou náboženskou komunitou**. Vyjádřil to slovy: „*My jsme jako věřící se nemohli ani scházet a oni ti, co se starají jako o ten sbor, tak se zřídil ten zoom, a to bylo super, protože jsme se viděli všichni přes zoom a mohli jsme se jako duchovně napojit, povzbudit a povykládat si.*“ Využití moderních technologií, pro kontakt s blízkými, uváděl také respondent R7. Ve výhodě byla respondentka R3, která mohla být v osobním kontaktu s celou svou rodinou, maminkou a sestrou, jelikož s nimi v době pandemie žila.

5.3.3 Konzumace alkoholu v době pandemie

Analýza konzumace alkoholu v průběhu pandemie odhalila rozmanitost v reakcích respondentů na nové podmínky a stresové situace.

Z dat vyplývá, že ze sedmi respondentů u pěti docházelo ke **zvýšení spotřeby alkoholu v době pandemie**. Jednalo se o respondentku R1 a respondenty R4, R5, R6 a R7.

V případě respondentky R1 pandemie zesílila již existující problémy spojené s následky rozvodu a podvodu od jejího manžela, což vedlo ke **zvýšené konzumaci alkoholu**. Tyto obtíže způsobily, že začala častěji vyhledávat alkohol, který ji pomáhal uniknout před bolestivými vzpomínkami a pocity osamělosti. Sama to komentuje slovy: *„Ale já jsem prostě od toho odchodu manžela, který prostě mě totálně podrazil prostě nohy, tak já jsem začala fakt jako pít.“* Následně nastala pandemie, která ovlivnila i její podnikání v oblasti estetické medicíny, kde začala zaznamenávat úbytek klientů a finanční obtíže. Tento pokles klientů a strach o budoucnost firmy ještě více prohlubovaly její užívání alkoholu. Nakonec došlo ke krachu její firmy v době pandemie, což pro ni představovalo bod zlomu, který vyvolal plné rozvinutí závislosti na alkoholu. Tato situace byla provázena silnými pocity samoty a beznaděje, což respondentka popisuje jako: *„...pak jsem prostě začala mít pocit strašné samoty, jako úplně pocit, prostě, že to nedám.“*

Respondent R4 zažil pandemii v době, kdy nastoupil na starobní důchod. Tento nový životní úsek se pro něj stal výzvou, protože se potýkal se sociální izolací, pocity osamělosti a konflikty v manželství, které začal řešit pomocí konzumace alkoholu. Postupně se jeho **spotřeba alkoholu začala zvyšovat**. Přejít do důchodu představoval pro tohoto respondenta náročnou situaci, protože se musel přizpůsobit změně denního režimu, ztrátě pracovní náplně a nadbytku volného času, se kterým si nevěděl rady. To vedlo v jeho případě k uchýlení se k alkoholu jako ke způsobu, jak tento nadbytek času vyplnit.

Respondent R5 se vlivem pracovního přetížení v období pandemie ocitl v začarovaném kruhu, kde se uchýlil k užívání alkoholu, drog (pervitin, kokain) a tlumících léků. Jeho situace dosáhla vrcholu, když si po několika měsících náročné práce udělal volno, odjel na dovolenou, kde jeho **konzumace alkoholu rapidně vzrostla**. Vypráví, že dokázal denně vypít tři až čtyři lahve fernetu, doprovázené užíváním celého pláta diazepamem a drog. Jeho pohled na období pandemie je ilustrován jeho vlastními slovy: *„Takže jsem to období nádherně propil a profetoval.“* Hlavní příčinou jeho nadměrného užívání návykových látek bylo zvýšení pracovní zátěže způsobené absencí spolupracovníků. Pandemii považuje za spouštěč své závislosti, jelikož je přesvědčen, že *„kdyby nebylo pandemie, tak jsem*

dneska v práci, nebyl bych tady a slavil bych osm nebo devět let abstinence a bylo by to fajn.“

Respondent R6 uvádí, že v průběhu pandemie nejčastěji pil alkohol po odpolední směně: *„Třeba poté odpolední, když někdo z nás měl doma flašku, tak jsme si šli sednout.“* Změna jeho denního režimu vycházela z nadbytku volného času, který nemohl zaplňovat obvyklými aktivitami, jako bylo chození ven s přáteli nebo účast na diskotékách. Důsledky pandemických opatření vedly k tomu, že začal *„všechno flákat a hlavní roli tam hrál ten alkohol a drogy.“* Jak sám říká, jeho **spotřeba alkoholu vzrostla** z důvodu, který uvádí v tomto výroku: *„To bylo hlavně takové, hlavně skrz nudu, abych zaplnil čas.... a hlavně skrz obav z reality.“* Situace byla ještě zkomplikována tím, že se dozvěděl, že se stane otcem, což posílilo jeho tendenci unikat před problémy prostřednictvím alkoholu, případně i drog.

Respondent R7 se v průběhu pandemie uchýlil k alkoholu *„občas odpoledne a po večerech.“* **Zvýšená spotřeba alkoholu** byla důsledkem snahy zmírnit obavy z možného nakažení, jak dokládá jeho odpověď na otázku ohledně změny spotřeby alkoholu v porovnání s dobou před pandemií: *„Možná malinko, malinko větší z důvodu těch obav, jo. Z možného nakažení.“* Tento výrok reflektuje využívání alkoholu jako prostředku úniku ze stresových situací.

U respondentky R3 zůstala **konzumace alkoholu beze změny** v porovnání s obdobím před vypuknutím pandemie. Pandemické období označila za své nejlepší období, jelikož se jí dařilo udržovat kontrolu nad pitím alkoholu. Dle jejích slov: *„Ještě jsem se se nespustila. Ještě tam ten spouštěč nebyl.“* Alkohol v této době konzumovala nepravidelně, jak sama uvádí: *„...pila jsem jednou za dva měsíce třeba, ještě takhle tak.“* Vzhledem k absenci zásadních změn v jejím životě v průběhu pandemie nepocítovala žádné velké potíže. U této respondentky se tudíž neprokázalo využívání alkoholu jako copingové strategie ke zvládnání pandemické situace s COVID-19.

A nakonec jediným respondentem, u kterého došlo k **poklesu spotřeby alkoholu** v době pandemie, byl respondent R2. Tento pokles byl způsoben jeho nástupem do práce, který přinesl změnu v denním režimu a novou úroveň zodpovědnosti, což omezilo a oddálilo jeho konzumaci alkoholu. Jak sám uvádí: *„To jsem zrovna nastoupil do toho skladu, takže jsem neměl možnost pít tak moc, protože jsem nemohl pít od rána.“* Nová pracovní povinnost mu neumožnila pít od rána, což způsobilo snížení celkového množství alkoholu, které vypil. Nicméně, po návratu domů se opět pustil do pití alkoholu, což naznačuje, že i přes snížení spotřeby zůstal jeho způsob života nezměněný. Sám to

vyhodnotil a popsal následovně: „*Takže co se týče alkoholu, tak se jako spotřeba snížila, ale to chování, jako styl života, bylo tak nějak furt stejné... přišel jsem domů, tam jsem se do toho hnedka pustil, šel jsem spát pozdě nebo když mi právě došlo pivo. A takhle jsem jel furt dokola.*“

Zjištěná diverzita v reakcích nám poskytuje cenné poznatky o tom, jak pandemie ovlivnila návyky a chování jednotlivých jedinců v oblasti konzumace alkoholu.

5.4 Shrnutí výsledků

Následující shrnutí výsledků poskytuje odpovědi na stanovené výzkumné otázky:

VO1: Jaké copingové strategie využívali dospělí jedinci, nacházející se aktuálně v léčení či doléčování se závislostí na alkoholu, v době pandemie?

V době pandemie COVID-19 čelili dospělí jedinci, kteří se nachází v procesu léčení či doléčování závislosti na alkoholu, výzvám pomocí různých copingových strategií. Tyto strategie lze rozdělit na negativní a pozitivní, přičemž každá z nich ovlivňovala jedince odlišným způsobem.

Mezi negativní copingové strategie patřila perseverace, sebeobviňování a tendence k úniku. Perseverace, tedy neustálé zaměřování se na pandemii a její negativní dopady, komplikovala úsilí o odvrácení myšlenek od pandemie. Ta byla zmíněna respondenty R1, R2 a R4. Sebeobviňování a únikové tendence, včetně nadměrné konzumace alkoholu nebo pokusů o sebevraždu, poukázaly na vysokou míru zoufalství a beznaděje u respondentů R1 a R4. Tyto strategie mohly krátkodobě přinést úlevu od stresu, ale v dlouhodobém horizontu vedly k prohloubení problémů nebo k recidivě závislosti. Celkově negativní strategie převládaly v době pandemie u čtyř respondentů. Jednalo se o respondenty R1, R4, R5 a R6, u nichž převládala úniková tendence ve formě nadužívání alkoholu.

Naopak, pozitivní copingové strategie zahrnovaly u respondentů R2, R3 a R7 kontrolu nad reakcemi a situací, což umožňovalo jedincům aktivně udržovat kontrolu nad emocemi a předcházet extrémním negativním emocím. Pozitivní sebeinstrukce, odklon myšlenek a náhradní uspokojení naznačovaly schopnost jedinců čelit výzvám spojeným se zátěžovou situací efektivněji. K tomu jim napomáhalo udržování struktury denního režimu, včetně pravidelné fyzické aktivity a věnování se zájmům, které odváděly jejich mysl od problémů spojených s pandemií, jak poznamenali respondenti R3 a R7. Klíčovou roli hrálo i udržování kontaktů s blízkými, ať už osobně v bezpečných podmínkách nebo prostřednictvím digitálních technologií, což bylo běžné zejména u respondentů R3 a R4.

Ve výsledku byly pozitivní copingové strategie častěji identifikovány u tří respondentů, konkrétně R2, R3 a R7.

Tyto zjištění poukazují na rozdíly v přístupech ke copingovým strategiím mezi jedinci, což může odrážet individuální rozdíly v osobnostních charakteristikách a přístupech k řešení problémů či vyhledávání podpůrných zdrojů. Zatímco někteří jedinci upřednostňovali negativní strategie s potenciálně dlouhodobě škodlivými důsledky, jiní byli schopni aplikovat v některých situacích pozitivní strategie, které podporovaly jejich psychickou odolnost a umožňovaly jim lépe zvládat pandemickou situaci. Výsledná zjištění podtrhují důležitost podpory a intervencí zaměřených na rozvoj a posílení pozitivních copingových strategií u osob s alkoholovou závislostí, zejména v časech krizových.

VO2: Jak tito jedinci prožívali období pandemie COVID-19?

Během pandemie COVID-19 respondenti prožívali období s řadou výzev a stresových faktorů, které značně zasáhly do jejich životů. Vedle toho se vypořádávali i se stresory, které nebyly přímo spojené s pandemií samotnou. Zdrojem úzkosti pro tři z respondentů byla obava o vlastní zdraví a zdraví blízkých, spolu s obavami z možnosti nákazy a jejího případného průběhu. Čtyři respondenti vyjádřili pocity osamění a izolace, které byly důsledkem vládních restrikcí a nutnosti dodržovat sociální distanc. Tyto pocity byly zvláště intenzivní, jelikož lidé obvykle hledají v obtížných dobách oporu u ostatních, což bylo v době pandemie obtížné. Respondenti R1 a R4 specificky zmínili nedostatek sociální opory v době pandemie.

Pandemie přinesla změny v každodenním životě, které pro některé jedince znamenaly značné komplikace a zvýšený stres. Například respondentka R1 prožívala velký psychický tlak kvůli ekonomické nejistotě. Ztráta obvyklého denního rytmu a nedostatek sociálního kontaktu dále zhoršovaly duševní stav respondentů R1, R4 a R6. Nadbytek volného času a nuda byly dalšími zátěžovými faktory, na které poukázali tři respondenti. Důsledkem toho byly negativní myšlenky a emoce v podobě úzkosti, včetně extrémních projevů jako byly sebevražedné pokusy v případě respondenta R4.

I přes náročné okolnosti se některým respondentům dařilo v této náročné době zachovat pozitivní postoj. Klíčem k tomuto postoji bylo přijetí situace a smíření se s ní, spolu s dodržováním vládních nařízení. Tuto adaptabilitu a odolnost pomocí zachování nadhledu demonstrovali tři respondenti prostřednictvím uplatňování pozitivních copingových

strategií, které jim umožňovaly zvládat situaci s minimálním negativním vlivem na jejich duševní zdraví.

Zážitky respondentů během pandemie COVID-19 tak ukazují na široký rozsah emocí a použitých copingových strategií při řešení této nevídané situace. Diverzita těchto zkušeností a reakcí odhaluje složitost zápasu s pandemií u osob bojujících s alkoholovou závislostí.

VO3: Jaké dopady měla pandemie COVID-19 na osobní život těchto jedinců, a které z těchto dopadů byly nejnáročnější při zvládnutí této situace?

Pandemie COVID-19 měla na každodenní život jedinců značný dopad, přičemž některé z těchto dopadů se ukázaly být obzvláště těžko zvladatelné. Zjištění ukazují, že respondenti čelili různým zátěžovým faktorům, včetně obav o zdraví, omezení způsobených pandemickými opatřeními, sociální izolace, ekonomických nesnází a změn v denním režimu.

Pandemie vyvolala u tří respondentů strach z možné nákazy COVID-19 a obavy ze ztráty blízkých. Těžké dopady koronavirové infekce zasáhly životy jedinců na více úrovních. U dvou respondentů mělo onemocnění dopad na jejich pracovní situaci. Respondentka R1 zaznamenala kvůli pandemii pokles klientely, což vedlo k výraznému úbytku jejích finančních příjmů a k obavám ohledně budoucnosti její firmy. Respondent R5 čelil ztrátě spolupracovníků nakažených virem, což mu přineslo zvýšenou pracovní zátěž a nárůst pracovních povinností. Na respondenta R7 měla pandemie hluboký osobní dopad, neboť se musel vyrovnávat se ztrátou známých, kteří podlehlí koronavirové infekci.

Dalším dopadem pandemie byla změna denního režimu a volnočasových aktivit, kterou zaznamenalo pět respondentů. Pro čtyři z nich bylo zvláště obtížné vyrovnat se se sociální izolací, která byla důsledkem protipandemických opatření. Tato situace výrazně omezila jejich běžný způsob trávení volného času. Respondent R6 pocítil vliv těchto opatření na svůj sociální život, jelikož byl omezen ve svých obvyklých aktivitách s přáteli. Respondenti R4, R5 a R7 se museli vypořádávat s narušením pravidelného osobního kontaktu s blízkými a přáteli.

Dva respondenti, R2 a R3, nebyli dopady pandemie značně negativně ovlivněni, protože u nich nedošlo vlivem pandemie k výrazným změnám ve způsobu života. Oběma respondentům se podařilo situaci přijmout a adaptovat se na ni bez významnějších potíží. V jejich případě nedocházelo během pandemie k využívání alkoholu jako způsobu

zvládání stresu. Naopak, u pěti dalších respondentů se alkohol stal jedním ze způsobů, jak čelit následkům pandemických změn.

V kontextu těchto zjištění lze uzavřít, že nejnáročnějším aspektem zvládání pandemie byly ty dopady, které nejvíce zasahovaly do osobního a profesionálního života jedinců, čímž testovaly jejich psychickou odolnost a adaptabilitu na změny.

VO4: Jak se změnila spotřeba alkoholu u těchto jedinců během pandemie COVID-19 a jaké faktory ovlivnily tyto změny?

Různé reakce respondentů na pandemii COVID-19 v oblasti konzumace alkoholu odhalily, jak různorodě jednotlivci reagovali na tuto mimořádnou situaci a jak byly jejich návyky a chování ovlivněny kombinací vnějších okolností a vnitřních strategií zvládání.

U pěti ze sedmi respondentů byl zaznamenán nárůst spotřeby alkoholu jako reakce na stres a změny během pandemie. Naproti tomu u jednoho respondenta, R2, došlo k poklesu spotřeby alkoholu díky docházení do práce a u další respondentky, R3, zůstala spotřeba nezměněna, díky využití pozitivních copingových strategií.

Tyto poznatky poukazují na to, že pandemie přinášela individuálně odlišné výzvy, na které respondenti reagovali úpravou svých alkoholových návyků. Tyto informace nám nabízejí hlubší pochopení dynamiky změn v životním stylu lidí v reakci na globální krizové situace.

VO5: Jaký vliv měla pandemie COVID-19 na změnu spotřeby alkoholu a vznik syndromu závislosti u těchto jedinců?

Důkladnější analýza problematiky závislosti na alkoholu ukázala, že abúzus alkoholu vycházel u respondentů nejčastěji z nutnosti čelit intenzivní emocionální zátěži způsobené stresujícími událostmi, jako jsou úmrtí v rodině, zdravotní potíže, rozvody, rozchody, nebo narození dítěte. Ve výsledku měly vliv různé faktory genetické, psychologické a sociální povahy. Spojení těchto faktorů často vedlo dle výpovědí respondentů k užívání alkoholu jako způsobu úniku, což představuje negativní strategii únikové tendence, jež může nakonec přerůst ve vznik syndromu závislosti.

Právě specifické okolnosti a výskyt mnoha zátěžových faktorů učinil období pandemie zvláště rizikovým v souvislosti s problematikou závislosti na alkoholu. Výraznou roli zde hrály situace jako narůstající izolace, strach z možné nákazy, změny denního režimu a ekonomické nejistoty, které u několika jedinců ovlivnily jejich alkoholové návyky. Důležitým aspektem během pandemie byl také přesun konzumace alkoholu z veřejných

míst do soukromí domácností, což mohlo vést ke zvýšení frekvence a objemu konzumovaného alkoholu.

Pandemie COVID-19 měla zásadní dopad na rozvoj škodlivého užívání alkoholu u pěti respondentů. Respondenti R1 a R5 vidí v pandemii přímou příčinu své recidivy závislosti na alkoholu, s níž se potýkali a léčili už v letech před pandemií. Období pandemie označují za rozhodující moment, který jejich snahy o abstinenci zničil, a věří, že bez této zátěžové situace by v abstinenci pokračovali.

Další tři respondenti, R4, R6 a R7, zaznamenali kvůli pandemii nejprve zvýšení abúzu alkoholu, které postupně přerostlo v syndrom závislosti. Respondent R4 prožil během pandemie krizi, která jeho problém s alkoholem prohloubila až do fáze, která vedla k sebevražedným pokusům. Respondenti R6 a R7 zažili nárůst konzumace alkoholu během pandemie, ale syndrom závislosti se u nich rozvinul až po jejím skončení.

Na druhé straně respondent R2 zaznamenal během pandemie snížení spotřeby alkoholu, ale i přesto se jeho pití dalo považovat za škodlivé, jelikož alkohol byl stále pravidelnou a nezbytnou součástí jeho života. Respondentka R3, která se před pandemií také potýkala se závislostí, v období pandemie recidivu nezažila. Naopak, považuje toto období za jedno z nejlepších ve svém životě, neboť se jí podařilo udržet konzumaci alkoholu pod kontrolou a její spotřeba se nezvýšila.

Z analýzy dat vychází, že řada faktorů spojených s pandemií přímo ovlivnila spotřební chování a vzorce pití alkoholu u respondentů. U jedinců s již předchozími problémy s alkoholem nebo ve zvýšeném riziku mohla pandemie působit jako katalyzátor pro zvýšenou konzumaci.

Pandemie COVID-19 tedy představovala komplexní soubor výzev, které v některých případech vedly ke zvýšenému užívání alkoholu až ke vzniku závislosti. Kombinace vnějších stresorů a individuálních reakcí na tyto výzvy přispěla ke zvýšenému riziku problematické konzumace alkoholu, vyvolávající potřebu zvýšené podpory a intervencí pro tyto osoby.

6 Diskuse

Tato diplomová práce se zabývá tématem „Copingové strategie v době pandemie COVID-19 u lidí se závislostí na alkoholu“. Cílem práce bylo zjistit, které copingové strategie využívají dospělí jedinci se závislostí na alkoholu, a zároveň specifikovat charakter a dopady pandemie COVID-19 z pohledu těchto jedinců. Pro dosažení těchto cílů bylo nezbytné sestavit relevantní výzkumné otázky. Bylo stanoveno pět výzkumných otázek, které umožnily hlubší pochopení tématu.

Výzkumné otázky byly zaměřeny, jak na copingové strategie, tak na charakter a dopady pandemie na život jedinců se závislostí na alkoholu. Jedna z otázek se zaměřila na analýzu copingových strategií, které během pandemie COVID-19 uplatňovali dospělí jedinci se závislostí na alkoholu. Dalším záměrem bylo zjistit, jak tito jedinci prožívali období pandemie, jaký vliv mělo na jejich strategie zvládání a jaké konkrétní dopady toto zátěžové období mělo na jejich osobní život. Zvláštní pozornost byla věnována změnám v konzumaci alkoholu v době pandemie COVID-19 a faktorům, které tyto změny ovlivnily, stejně jako vlivu pandemie na rozvoj abúzu alkoholu a vznik závislosti na alkoholu. Cílem bylo získat hlubší porozumění vlivu pandemie na životy těchto jedinců a identifikovat nejnáročnější aspekty pandemie v kontextu jejich závislosti.

Při analýze dat byly identifikovány tři hlavní kategorie, obsahující několik podkategorií. První kategorie se týká **vzniku a rozvoje závislosti**, pokrývající téma spouštěče závislosti, jejího průběhu, dopadů a řešení závislosti. Druhá kategorie se věnuje oblasti **prožívání pandemie** a uvádí postoj respondentů k pandemii, jejich pozitivní a negativní copingové strategie. A třetí kategorie se zaměřením na **dopady pandemie** přibližuje zátěžové faktory, protektivní faktory a konzumaci alkoholu v době pandemie.

V rámci první kategorie „**Vznik a rozvoj závislosti**“ byla prozkoumána hloubka a komplexita problematiky závislosti na alkoholu. Nejčastějšími spouštěči závislosti u zkoumaných respondentů byly situace spojené s vysokou mírou stresu, zejména s emoční zátěží. Tyto stresové situace, kam spadá i období pandemie COVID-19, měly společné rysy, které byly popsány v teoretické části této práce a kterými jsou dle Nolen-Hoeksema (2012) nepředvídatelnost, neovlivnitelnost a obtížnost zvládnutí situace vedoucí k významným změnám v životě jedinců. Tyto charakteristiky zdůrazňují, že situace s těmito vlastnostmi mohou být pro osoby náchylné k užívání alkoholu značným rizikem. V těchto okamžicích rovněž hraje roli osobní vnímání situace, emocionální stav a dostupné zdroje pro její zvládnutí (Paulík, 2012). U zkoumaných jedinců bylo zjištěno, že volba

alkoholu jako řešení byla často motivována jeho snadnou dostupností, očekáváním okamžitých účinků a vzorem chování získaným od okolí. Což koresponduje s tvrzením Vágnerové (2012), která poukazuje na roli dostupnosti a společenského přijetí návykových látek ve výběru alkoholu jako řešení problémů.

Analýza dat odhalila, že všichni respondenti začali pít alkohol v období adolescence, v rozmezí od 12 do 20 let, většinou ve společnosti vrstevníků nebo přátel. Pouze v jednom případě byl první kontakt spojen s traumatem – nálezem sebevraždy matky. Časté setkávání s alkoholem od této první zkušenosti u některých vedlo k abúzu již v mladém věku. Tato počáteční konzumace v adolescenci by mohla být indikátorem pozdějšího užívání látek a snižování odolnosti vůči stresu v dospělosti (Elam et al., 2023).

U všech respondentů byl při popisu jejich průběhu závislosti zmiňován podobný průběh s výčtem symptomů odpovídajících jednotlivým vývojovým stádiím závislosti – počátečnímu, varovnému, rozhodnému a konečnému (Vágnerová, 2012). Výroky respondentů, u nichž se závislost rozvíjela v průběhu pandemie, naznačily, že pandemie mohla v několika případech urychlit průběh závislosti kvůli sociální izolaci a omezenému kontaktu s ostatními. V důsledku menší sociální kontroly mohli jednotlivci déle setrvávat v nezdravých vzorcích chování než obvykle, což znamenalo, že ke snaze o vyřešení své závislosti mohli přistoupit s větším zpožděním, než by tomu bylo bez vlivu pandemických opatření.

V teoretické části této práce jsou přiblíženy různé faktory vedoucí k abúzu alkoholu, rozdělené na vnitřní, zahrnující biologické a psychologické příčiny, a vnější, kam patří sociální vlivy (Skála, 1988). V kontextu výzkumných zjištění se pandemie COVID-19 ukázala jako výrazný stresor zvyšující úroveň stresu, zahrnující široké spektrum faktorů. Z analýzy dat vyplývá, že s pandemií souvisely psychické výzvy, jako jsou obavy o zdraví své i blízkých, pocity osamělosti a úzkosti v souvislosti s karanténními opatřeními, a celková psychická zátěž plynoucí z náhlých změn v pracovním a osobním režimu a z nejistoty ohledně budoucnosti (Fanta et al., 2023). Tyto okolnosti mohly zintenzivnit projevy u jedinců s genetickou predispozicí k závislostem, čímž se zvyšovala jejich zranitelnost vůči stresu. Na sociální úrovni pandemie přidávala další tlaky, jako je ekonomická nejistota, ztráta zaměstnání a proměny ve způsobech sociální interakce. Tyto podmínky vytvořily prostředí, v němž se psychická, genetická a sociální zranitelnost mohly navzájem prohlubovat, což vedlo ke zvýšenému riziku, že se jedinci uchýlí k alkoholu jako způsobu útěchy nebo úniku před realitou. Pandemie tak představovala specifickou situaci, kde kombinace různých typů stresorů mohla zvyšovat riziko nadměrné

konzumace alkoholu až vzniku závislosti. Výzkum ukazuje, že pandemie COVID-19 nejenže potvrzuje existující teorie o vlivu stresu a zátěže na abúzus alkoholu, ale také poskytuje cenné vhledy do toho, jak mohou být jedinci různě zranitelní vůči těmto vnějším vlivům v závislosti na jejich osobních, sociálních a genetických predispozicích (Vágnerová, 2012).

Druhá kategorie „**Prožívání pandemie**“ nabídla pohled na osobní zkušenosti a reakce jedinců na pandemickou situaci. Zaměřila se na copingové strategie, které tito jedinci využívali v náročných okolnostech, a rozdělila je na efektivní a na ty, které se ukázaly jako neefektivní až škodlivé. Tato kategorie se opírala, jak o data ze získaných rozhovorů, tak o výsledky z dotazníku SVF 78.

Výzkumná zjištění ukazují, že respondenti k pandemii přistupovali s různou mírou úzkosti, obav, ale i rezignace nebo adaptace. Reakce respondentů na pandemii byly různé a ve velké míře závislé na jejich subjektivním hodnocení situace (Lazarus, 1966). Lépe období pandemie prožívali jedinci, kteří se zaměřovali na **řešení problému**, což zahrnovalo např. očkování, dodržování vládních opatření, aktivní vyhýbání se přemíře negativních informací. U mnohých respondentů představovala pandemie primárně významný zdroj stresu vycházející z obav z nákazy, změn v osobním a profesním životě či nejistoty ohledně budoucnosti. Respondenti se v době pandemie, představující krizové období, potýkali v různé míře s problémy, frustrací, deprivací, konflikty, nemocí, bolestí i utrpením. Což představuje dle Paulíka (2017) situace přesahující únosnou míru zátěže vyžadující od jedince zvýšené nároky na adaptaci. To poukazuje na značnou míru zátěže, kterou mohla u jedinců pandemie představovat.

Výsledky této práce přináší zjištění, že copingové strategie u jedinců se závislostí na alkoholu v období pandemie COVID-19 byly rozmanité, přičemž u většiny respondentů převládalo užívání tzv. maladaptivních copingových strategií. Tyto maladaptivní, často označované jako negativní copingové strategie, vedly u respondentů k neefektivní adaptaci na situaci prostřednictvím perseverace, sebeobviňování a únikových tendencí. Na druhou stranu, adaptivní neboli pozitivní copingové strategie, zahrnující kontrolu nad reakcemi a situacemi, pozitivní sebeinstrukce, odklon a náhradní uspokojení, byly u respondentů identifikovány méně často a používány v omezenější míře.

Tato výzkumná zjištění jsou v souladu s teoretickými poznatky naznačujícími, že lidé v reakci na stres a úzkost mohou častěji využívat maladaptivní copingové strategie, mezi které spadá i zvýšená konzumace alkoholu. Toto řešení jim sice může poskytnout okamžitou, avšak pouze dočasnou úlevu od negativních emocí (Hartl & Hartlová, 2015).

Omezení využívání pozitivních copingových strategií může být zapříčiněno redukováným přístupem k alternativním způsobům zvládnání, zejména v situaci, kdy pandemická opatření omezují možnosti a prostředky tradičně vyhledávané pro podporu. S ohledem na snadnou dostupnost alkoholu se mohl tento únik zdát jako nejjednodušší cesta. Navíc pandemie a s ní související sociální distancování vedly ke zvýšeným pocitům osamělosti a izolace, což negativně ovlivnilo mentální zdraví jednotlivců. Pro jedince se závislostí na alkoholu, kteří byli již vystaveni zvýšenému riziku psychických problémů, představovalo toto období další výzvu v hledání adaptivních copingových strategií. Zároveň dle teorie locus of control (Folkman, 1984) mohli respondenti pociťovat nedostatek kontroly nad svým životem a situací, což u nich mohlo snižovat pravděpodobnost využití adaptivních, pozitivních copingových strategií. Tento pocit nízké osobní kontroly nad událostmi mohl být ještě prohlouben dlouhodobými dopady závislosti na psychické zdraví jedinců.

Téma důsledků pandemie spadá do třetí kategorie „**Dopady pandemie**“, která přináší pochopení specifických výzev, se kterými se respondenti během pandemie setkávali, včetně konzumace alkoholu. Největšími zátěžovými faktory pro respondenty v této době byly obavy o zdraví, zavedená omezení a opatření, sociální izolace, ekonomické obavy a změny v denním režimu.

Jedním z dominantních dopadů pandemie byla zejména sociální izolace, která vedla k sociální deprivaci. Podle Vágnerové (2012) může právě sociální deprivace, která je způsobena izolací, ztrátou práce a omezenými příležitostmi pro volnočasové aktivity, působit jako spouštěč užívání alkoholu. Během pandemie se sociální deprivace ukázala jako jeden z hlavních rizikových faktorů, který mohl podle Šebelové et al. (2020) vést ke zvýšenému stresu. Tento zvýšený stres pak mohl v době pandemie významně přispět k nárůstu konzumace alkoholu u těch jedinců, které sociální deprivace zasáhla nejvíce.

Toto zjištění zdůrazňuje důležitou roli sociální podpory jako klíčového protektivního faktoru během pandemie. Z výpovědí respondentů vyplývá, že dostupnost sociální podpory, ať už osobní nebo online, spolu se zapojením do volnočasových aktivit, jim poskytovala určitou míru úlevy od negativních dopadů pandemie. Z analýzy dat vychází také zjištění důležitosti udržení pravidelného denního režimu v době pandemie. Nepravidelný režim a nadměrné množství volného času v kombinaci s trávením času o samotě se ukázaly jako významné rizikové faktory vedoucí u většiny respondentů ke konzumaci alkoholu jako způsobu, jak zahnat nudu, vyplnit volný čas nebo potlačit obtěžující myšlenky. Tato zjištění podtrhují důležitost strukturovaného denního plánu a

aktivního vyhledávání sociálních kontaktů a zájmových aktivit jako efektivních strategií pro snížení rizika zvýšeného užívání alkoholu v obdobích izolace a stresu.

Výzkumné šetření v rámci této diplomové práce koresponduje se zjištěními Národního ústavu duševního zdraví (NUDZ, 2021), které zdůrazňují vztah mezi spotřebou alkoholu v době pandemie COVID-19 a předchozím vzorcem konzumace alkoholu u jednotlivců. Z výpovědi respondentů vyplývá, že jedinci s historií léčby závislosti na alkoholu a opakovanými relapsy zaznamenali během pandemie nárůst spotřeby alkoholu v pandemickém období. Výjimku představoval pouze jeden respondent, u kterého se naopak spotřeba alkoholu v době pandemie snížila. Toto snížení v jeho případě bylo přičítáno změně denního režimu a pravidelné práci, která omezila jeho celodenní možnosti pití. Tento pokles nebyl motivován snahou o zdravější životní styl nebo o snížení rizika nákazy, na rozdíl od zjištění jiného výzkumu (Fanta et al., 2023). U jediné respondentky, která v předchozích letech abstinovala a následně praktikovala kontrolované pití, zůstala konzumace alkoholu beze změny. Její schopnost zvládat situaci pandemie byla výrazně podpořena využíváním pozitivních copingových strategií a absencí životních změn, oproti ostatním respondentům se zvýšenou spotřebou alkoholu. Tyto zjištění naznačují významný vliv pandemie na spotřebu alkoholu, zejména u osob s již existujícími problémy se závislostí či zvýšenou mírou užívání alkoholu (Fanta & Barták, 2022), a zdůrazňují roli stabilního denního režimu a efektivních copingových strategií v prevenci zvýšené konzumace alkoholu v těžkých obdobích.

Výzkumná zjištění z této diplomové práce také potvrzují teoretické informace o vztahu mezi stresem a copingovými strategiemi ve vztahu k vnímání a zvládnutí zátěžových situací. V době pandemie, která byla pro mnohé zdrojem extrémního stresu kvůli faktorům jako sociální izolace, nedostatek jasných informací, informační přesycení a ekonomické důsledky karantény (Šeblová et al., 2020), lidé často upřednostňovali známé a okamžitě účinné způsoby zvládnutí. V důsledku toho se většina respondentů obrátila na konzumaci alkoholu, s níž měli předchozí zkušenosti a byli obeznámeni s jejími krátkodobými účinky. Podle výpovědi respondentů byl alkohol zpočátku využíván jako prostředek pro dosažení rychlé úlevy od negativních emocí spojených s pandemií. S prohlubující se situací a narůstajícím stresem se zvyšovala i náchylnost k sahání po alkoholu, což u některých vedlo k rozvoji abúzu alkoholu až k vývoji závislosti, což přinášelo další komplikace, zejména v oblasti mezilidských vztahů a zdraví jedinců (Morin, 2023).

Klíčové zjištění poukazuje na to, že i když někteří respondenti využívali některé adaptivní copingové strategie, pandemie COVID-19 v mnoha případech zvýšila tendenci

uchylovat se k alkoholu jako primárnímu způsobu zvládnání situace. To mohlo vést k situaci, kdy se jedinci postupně zbavili efektivních způsobů copingu a stále více se spoléhali na nadměrnou konzumaci alkoholu jako na jedinou dostupnou strategii (Cobin et al., 2013). To podtrhuje důležitost včasných a přizpůsobených intervenčních programů, které by měly být dostupné pro ty, kdo se v období krize ocitají ve zvýšeném riziku.

Nyní pokládám za důležité reflektovat limity výzkumu této diplomové práce, které souvisí s metodologií sběru dat. Hlavní omezení tohoto výzkumu spočívá v závislosti na subjektivních hodnoceních respondentů, které byly získány prostřednictvím dotazníku SVF 78 a rozhovorů. Použití těchto nástrojů může vést k určitým zkreslením, včetně tendence k sociálně žádoucím odpovědím nebo chybám v paměti, které mohou ovlivnit přesnost a spolehlivost shromážděných informací. Vzhledem k tomu, že data byla shromažďována po určité době od začátku pandemie, mohli respondenti mít zkreslené vzpomínky a nemuseli si již vše tak přesně pamatovat. To může mít za následek poskytnutí neúplných nebo zkreslených informací, což by mohlo ovlivnit výsledky výzkumu.

Dalším důležitým aspektem je dynamický a proměnlivý charakter pandemie COVID-19, což znamená, že výsledky výzkumu mohou odrážet specifické podmínky a vnímání v určitém časovém období. Tato specifickánost může omezit obecnou aplikovatelnost zjištění na budoucí nebo odlišné fáze pandemie, jelikož situace a její dopady se mohou v čase měnit.

Tyto limity je nutné brát v úvahu při interpretaci výsledků a jejich aplikaci na širší kontext. Přestože tato omezení existují, výzkum poskytuje cenné poznatky o dopadech pandemie na konzumaci alkoholu a copingové strategie u lidí se závislostí. Je důležité, aby budoucí výzkum v této oblasti pokračoval s využitím různorodějších metod sběru dat a rozsáhlejších vzorků, aby se tyto limity minimalizovaly a poskytly ještě ucelenější pohledy na zkoumané jevy.

Tato diplomová práce přispívá k porozumění vlivu pandemie COVID-19 na jedince se závislostí na alkoholu, přičemž potvrzuje známé poznatky o významu copingových strategií pro osoby se závislostí na alkoholu a zároveň nabízí nový pohled na jedinečné aspekty spojené s pandemickým obdobím. Porovnáním s existujícími studiemi tato práce rozšiřuje poznání o tom, jak sociální a zdravotní nejistoty způsobené pandemií ovlivňují způsoby, jakými se tito jedinci snaží zvládat stres. Nabízí konkrétní příklady a hluboké vhledy do individuálních zkušeností, čímž zdůrazňuje potřebu adaptace a flexibility v poskytování podpůrných služeb během globálních zdravotních krizí. Za klíčový přínos práce lze považovat poskytnutí detailního pohledu na to, jak pandemie ovlivnila copingové

mechanismy a konzumaci alkoholu mezi osobami se závislostí. Tato zjištění mohou být zařazena mezi důležité informace potřebné pro vývoj efektivních terapeutických přístupů, které reflektují dynamické vnější podmínky.

V kontextu doporučení pro budoucí výzkum je možné se zaměřit na dlouhodobé dopady pandemie na copingové strategie a zdraví osob se závislostí na alkoholu. Důkladné zkoumání toho, jak se tato skupina populace přizpůsobuje výzvám a identifikace faktorů, které přispívají k jejich odolnosti nebo zranitelnosti, by mohlo přinést klíčové poznatky pro rozvoj cílených intervencí a podpůrných programů. Budoucí výzkum by měl proto klást důraz na prozkoumání mechanismů resilience a zranitelnosti u osob se závislostí, s cílem nalézt nejúčinnější způsoby, jak těmto jedincům pomoci zvládat budoucí krizové situace. Takové poznatky by byly zásadní pro vytváření flexibilních a přizpůsobivých přístupů v terapeutické praxi, které by lépe reagovaly na měnící se potřeby této populace.

7 Závěr

Tato diplomová práce se zabývala copingovými strategiemi v době pandemie u lidí se závislostí na alkoholu. Výzkumná část této práce přináší podrobná zjištění o tom, jak tato výjimečná situace ovlivnila chování a zvládací mechanismy jedinců s alkoholovou závislostí. Zaměření na specifické copingové strategie, které tyto jedinci využívali během pandemie, odhalilo klíčové adaptace a změny v jejich přístupu k zvládnání stresu a nejistoty.

Zjištění ukazují, že pandemie pro mnohé respondenty znamenala období zvýšeného stresu, které přímo ovlivnilo jejich konzumaci alkoholu. Analyzované copingové strategie poskytují cenný vhled na to, jak se tyto jedinci vypořádávali s nástrahami závislosti v mimořádné situaci pandemie. Zatímco někteří respondenti využívali i adaptivnější strategie, jako je udržování kontaktu s blízkými nebo věnování se volnočasovým aktivitám, jiní se uchylovali převážně k nadměrnému užívání alkoholu jako maladaptivní copingové strategii. V některých případech to vedlo ke škodlivému užívání alkoholu a vzniku závislosti na alkoholu, což zdůrazňuje důležitost adaptace léčebných přístupů a posílení podpůrných mechanismů, aby bylo možné efektivně reagovat na tyto unikátní výzvy, které pandemická situace přináší.

Tato diplomová práce tak poukazuje na komplexní způsob, jakým pandemie COVID-19 zasáhla jedince se závislostí na alkoholu. Výsledky výzkumu mohou sloužit jako cenný zdroj pro odborníky v oblasti psychologie a psychoterapie, poskytující jim hlubší porozumění výzvám, kterým čelí lidé se závislostí v krizových obdobích.

8 Souhrn

Diplomová práce „Copingové strategie v době pandemie COVID-19 u lidí se závislostí na alkoholu“ se zaměřuje na prozkoumání copingových strategií osob se závislostí na alkoholu a zároveň specifikuje charakter a dopady pandemie COVID-19 z pohledu těchto jedinců. Cílem bylo pochopit, jak jedinci s touto závislostí čelili zátěžovému období pandemie, jaké strategie používali k zvládnutí stresu a jaká byla jejich spotřeba alkoholu v době pandemie. Zda se spotřeba alkoholu zvýšila, snížila nebo zůstala beze změny. Práce kombinuje teoretické poznatky s praktickým výzkumem, nabízí ucelený pohled na copingové strategie a jejich adaptace během pandemie.

Teoretické ukotvení vycházelo z existující literatury o závislosti na alkoholu, strategiích zvládnutí stresu a zátěže a strategiích zvládnutí pandemie COVID-19 u lidí se závislostí na alkoholu. V první kapitole je předložena definice alkoholu, jeho diagnostická kritéria se zaměřením na vývojová stadia závislosti, a možnosti léčby závislosti na alkoholu. Druhá kapitola vymezuje stres, charakterizuje zátěžové situace včetně pandemie COVID-19 a představuje strategie zvládnutí stresu s důrazem na význam adaptivních a maladaptivních reakcí na stresující situace. Poslední kapitola teoretické části seznamuje čtenáře s copingovými strategiemi charakteristickými pro jedince se závislostí na alkoholu a dopady pandemie COVID-19 na tyto jedince. Klíčové informace zahrnovaly koncepty jako jsou diagnostická kritéria závislosti na alkoholu, copingové strategie podle Lazaruse a Folkmanové a přiblížení charakteristických znaků zátěžových situací, které lze aplikovat na situaci pandemie.

Výzkumný problém byl definován s cílem pochopit, jak pandemie COVID-19 ovlivnila copingové strategie a konzumaci alkoholu u osob se závislostí. Zvolený výzkumný design spočíval v kvalitativním přístupu, jehož hlavním nástrojem pro sběr dat byly polostrukturované rozhovory s respondenty, s doplněním o výsledky dotazníku SVF 78 představující strategie zvládnutí stresu. Využité výzkumné metody umožnily hlubší vhled do osobních zkušeností a vnímání období pandemie z pohledu jedinců se závislostí na alkoholu. Výzkum zaměřený na copingové strategie dospělých jedinců v procesu léčení či doléčování závislosti na alkoholu v době pandemie COVID-19 odhalil komplexní obraz výzev a adaptací, kterým tyto jedinci čelili.

Byly stanoveny výzkumné otázky k obsažení a naplnění výzkumných cílů:

- VO1: Jaké copingové strategie využívali dospělí jedinci, nacházející se aktuálně v léčení či doléčování se závislostí na alkoholu, v době pandemie?

- VO2: Jak tito jedinci prožívali období pandemie COVID-19?
- VO3: Jaké dopady měla pandemie COVID-19 na osobní život těchto jedinců, a které z těchto dopadů byly nejnáročnější při zvládnutí této situace?
- VO4: Jak se změnila spotřeba alkoholu u těchto jedinců během pandemie COVID-19 a jaké faktory ovlivnily tyto změny?
- VO5: Jaký vliv měla pandemie COVID-19 na změnu spotřeby alkoholu a vznik syndromu závislosti u těchto jedinců?

Analýza dat odhalila, že v reakci na pandemii se u respondentů objevily jak negativní, tak pozitivní copingové strategie. Negativní strategie, jako je perseverace, sebeobviňování, či tendence k úniku skrze nadměrnou konzumaci alkoholu či dokonce pokusy o sebevraždu, vedly k zvýšenému pocitu beznaděje a v některých případech ke vzniku či zhoršení závislosti. Na druhé straně, pozitivní copingové strategie, včetně aktivní kontroly nad emocemi a situací, pozitivních sebeinstrukcí, odklonu myšlenek a udržování kontaktů s blízkými, ukázaly na schopnost některých jedinců efektivněji čelit výzvám pandemie.

Způsoby, jakými respondenti prožívali pandemii, se lišily. Mnozí čelili obavám o vlastní zdraví a zdraví blízkých, riziku nákazy a obecné nejistotě, což vyvolávalo značný stres, úzkost a v některých případech pocit izolace a osamělosti. Tyto pocity byly zesíleny vládními restrikcemi a sociální distancí. Ekonomické dopady pandemie a změny v každodenním životě přispívaly k celkové psychické zátěži.

Dopady pandemie na osobní životy jedinců byly značné, s největšími výzvami spojenými se sociální izolací a změnami v životě. Změna denního režimu, která vyplývala z pandemických omezení, byla pro mnohé zvláště náročná. Ačkoli alkohol některým sloužil jako únikový mechanismus, jiní našli útěchu ve strukturovaném denním režimu, fyzické aktivitě a udržování sociálních kontaktů, což pomohlo zlepšit jejich duševní stav.

Pandemie vedla u většiny respondentů ke zvýšení spotřeby alkoholu, což bylo spojeno s výše uvedenými stresory a zátěžovými faktory. V některých případech toto zvýšení mělo za následek abúzus alkoholu nebo vznik syndromu závislosti. Oproti tomu pokles konzumace u jednoho respondenta byl přičítán změnám v denním režimu a větší strukturaci života. Pandemie zintenzivnila existující nebo potenciální problémy s alkoholem u některých respondentů, přičemž významnými faktory ovlivňujícími tuto změnu byly situace s emoční zátěží, sociální izolace, nepravidelná denní rutina a celkově zvýšená úroveň stresu a nejistoty.

Odpovědi na výzkumné otázky ukázaly, že pandemie představovala pro tyto osoby značnou zátěž, která ovlivnila, jak jejich spotřebu alkoholu, tak i celkové prožívání této mimořádně náročné doby.

Celkově výzkum poukázal na potřebu zvýšené podpory a intervencí pro osoby s alkoholovou závislostí, zejména během krizových situací jako je pandemie COVID-19. Kombinace vnějších stresorů a individuálních reakcí na tyto výzvy přispěla ke zvýšenému riziku problematické konzumace alkoholu. Tato diplomová práce poskytuje vhled na copingové strategie v kontextu pandemie u jedinců se závislostí na alkoholu. Zjištění práce nabízí cesty pro budoucí výzkum, zejména v oblasti dlouhodobých dopadů pandemie na copingové strategie a zdraví osob se závislostí na alkoholu.

Seznam literatury

- Barták, M., Vacek, J., Petruželka, B., Rogalewicz, V. (2022). Závěrečná zpráva z projektu Alkohol pod kontrolou 2.1. *Web a sociální síť. Výzkumná šetření*. VFN Praha.
- Bartůňková, S. (2010). *Stres a jeho mechanismy*. Karolinum.
- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucchiarelli, A., & Vlahov, D. (2007). What predicts psychological resilience after disaster? the role of demographics, resources, and life stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(5), 671-682. doi: 10.1037/0022-006X.75.5.671.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3* (2), 77–101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet, 395*(10227), 912-920.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Buchtová, V., & Kusnieriková Hrušková, A. (2021). Doba covidová-stresová-doporučení, jak si s ní poradit: psychické stavy provázející SARS-CoV-2. *Psychiatrie pro praxi, 22*(1), 6-11. doi: 10.36290/psy.2021.001
- Cole, G., Tucker, L., & Friedman, G. M. (1990). Relationships among measures of alcohol drinking behavior, life-events and perceived stress: Influence of gender, coping, loneliness, and depression. *Psychological Reports, 67*(2), 587-591.
<https://doi.org/10.2466/pr0.1990.67.2.587>
- Corbin, W. R., Farmer, N. M., Nolen-Hokesma, S. (2013). Relations among stress, coping strategies, coping motives, alcohol consumption and related problems: A mediated moderation model. *Addictive Behaviors, 38*(4), 1912-1919.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.12.005>
- Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Grada.
- Džuka, J., Klučárová, Z. & Babinčák, P. (2021). Covid-19 na Slovensku: ekonomické, sociálne a psychologické faktory subjektívnej pohody a symptómov depresie v čase pandémie. *Československá psychologie, 65*(2), 125-145. doi: 10.51561/cspsych.65.2.125

- Elam, K. K., Mun, Ch. J., Cornell, A., Ha, T. (2023). Coping strategies as mediating mechanism between adolescent polysubstance use classes and adult alcohol and substance use disorders. *Addictive Behaviors, 139*(107586).
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2022.107586>
- El-Guebaly, N., Carrà, G., Galanter, M., & Baldacchino, A. M. (2021). *Textbook of Addiction Treatment*. Springer. doi:10.1007/978-3-030-36391-8
- Epstein, E. E. (2001). *Classification of alcohol-related problems and dependence*. John Wiley & Sons Ltd.
- European National Panels. (2020, duben). *National pandemic alarm: A representative survey monitoring public opinion, emotions and experience with novelty Corona virus spread in five Central European coun – tries*.
<https://www.nationalpandemicalarm.eu/main-en>. Html
- Fanta, M., & Barták, M. (2022). Alcohol consumption in the Czech republic in the context of COVID-19 pandemic: implications for public policy. *Balkans Journal of Emerging Trends in Social Sciences, 5*(1), 15-23.
<https://doi.org/10.31410/Balkans.JETSS.2022.5.1.15-23>
- Fanta, M., Barták, M., Mošovský, J., Vacek, J., Petruželka, B., Rogalewicz, V., Mičíková, L. (2023). Pijeme více nebo méně? Změny spotřebních zvyklostí českých konzumentů alkoholu v kontextu pandemie COVID-19. *Zdravotnické listy, 11*(2), 52–59.
- Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Portál.
- Fetzer, T., Hensel, L., Hermle, J., & Roth, Ch. (2021). *Perceptions of Coronavirus Mortality and Contagiousness Weaken Economic Sentiment*. Arxiv.
doi.org/10.48550/arXiv.2003.03848
- Fischer, S. (2009). *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Grada.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal Of Personality & Social Psychology, 46*(4), 839-852. doi: 10.1037//0022-3514.46.4.839

- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., Delongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579. doi: 10.1037//0022-3514.50.3.571.
- Forys, K., McKellar, J., Moos, R. (2007). Participation in specific treatment components predicts alcohol – specific and general coping skills. *Addictive Behaviors*, 32(8), 1669-1680. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.11.023>
- Haider, I. I., Tiwana, F., & Tahir, S. M. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on adult mental health. *Pakistan Journal of Medical Sciences Online*. 36(COVID19-S4). doi: 10.12669/pjms.36.COVID19-S4.2756
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2015). *Psychologický slovník*. Portál.
- Heather, N., Peters, T. J. & Stockwell, T. (2001). *International handbook of alcohol dependence and problems*. Wiley.
- Heller, J., & Pecinová, O. (2011). *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Togga.
- Hendl, J. (2023). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Portál.
- Henssler, J., Müller, M., Carreira, H., Bschor, T., Heinz, A., Baethge, Ch. (2020). Controlled drinking – non-abstinent versus abstinent treatment goals in alcohol use disorder: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Addiction*, 116(8). doi.org/10.1111/add.15329
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research*, 11(2), 213-218. doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4
- Hošek, V. (2003). *Psychologie odolnosti*. Karolinum.
- Chomynová, P., Dvořáková, Z., Grohmannová, K., Orliková, B., Galandák, D., Černíková, T., Franková, E., Lucký, M. (2024). *Zpráva o alkoholu v České republice 2023* [Report on Alcohol in the Czech Republic 2024]. Úřad vlády České republiky.
- Janke, W., & Erdmannová, G. (2003). *Strategie zvládnání stresu – SVF 78*. Testcentrum.
- Jellinek, E. M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. Hillhouse Press.
- Jílek, J. (2008). *Ze závislosti do nezávislosti (spoluzávislí a nešťastní)*. Roční období.
- Kalina, K., & kol. (2015). *Klinická adiktologie*. Grada.

- Katz, R., & Wykes, T. (1985). The psychological difference between temporally predictable and unpredictable stressful events: evidence for information control theories. *Journal of personality and social psychology*, 48(3), 781-790. doi.org/10.1037/0022-3514.48.3.781
- Kebza, V. (2009). *Chování člověka v krizových situacích*. Česká zemědělská univerzita.
- Kilian, C., Rehm, J., Allebeck, P., Braddick, F., Gual, A., Barták, M., ... & European Study Group on Alcohol Use and COVID-19. (2021). Alcohol consumption during the COVID-19 pandemic in Europe: a large-scale cross-sectional study in 21 countries. *Addiction*, 116(12), 3369-3380.
- Kopecká, I. (2015). *Psychologie 3 díl: učebnice pro obor sociální činnost*. Grada.
- Korbel, V., Novák, V., Šoltés, M., & Tóth, L. (2020). *Přístup domácností k nákaze a vládním opatřením: Aktuálně z terénu 1. IDEA anti COVID-19*. Národohospodářský ústav AV ČR.
- https://idea.cerge-ei.cz/files/IDEA_Pristup_domacnosti_k_nakaze_a_vladnim_opatrenim_Covid19_brezen2020_7/IDEA_Pristup_domacnosti_k_nakaze_a_vladnim_opatrenim_Covid19_brezen2020_7.html#p=10
- Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Avicenum.
- Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Portál.
- Křivohlavý, J. (2012). *Optimismus, pesimismus a prevence deprese*. Grada.
- Kučerová, H., & Haškovcová H. (2020). *Sebevraždy*. Galén.
- Kumar, A., Rinwa, P., Kaur, G., Machawal, L. (2013). Stress: neurobiology, consequences and management. *Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences*, 5(2), 91. doi: 10.4103/0975-7406.111818
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Lečbych, M. (2021). Souvislosti nemoci COVID-19 a duševních poruch: pohled klinicko-psychologické praxe. *Československá psychologie*, 65(5), 490-501. doi: 10.51561/cspsych.65.5.490

- Lesch, O.-M., Walter, H., Wetschka, C., Hesselbrock, M.N., Hesselbrock, V., Pombo, S. (2020). *Alcohol and Tobacco: medical and sociological aspects of use, abuse and addiction*. Springer. doi:10.1007/978-3-030-41941-7
- Lorant, V., Delière, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., & Anseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: A metaanalysis. *American Journal of Epidemiology*, 157(2), 98-112. doi: 10.1093/aje/kwf182.
- Machač, M. & Macháčová, H. (1991). *Psychické rezervy výkonnosti: stres, hypnosugesce, autoregulace*. Univerzita Karlova
- Marazziti, D., & Stahl, S. M. (2020). The relevance of COVID-19 pandemic to psychiatry. *World Psychiatry*, 19(2), 261. <https://doi.org/10.1002/wps.20764>
- Marhounová, J., & Nešpor, K. (1995). *Alkoholici, fetišáci a gambleři*. Empatie.
- Matoušek, O. (2003). *Slovní sociální práce*. Portál.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2003). *Motivační rozhovory*. Sdružení SCAN.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.
- Morin, A. (2023, 3. listopadu). Healthy coping skills for uncomfortable emotions: emotion-focused and problem-focused strategies. *Very well mind*.
<https://www.verywellmind.com/forty-healthy-coping-skills-4586742#healthy-emotion-focused-coping-skills>
- Mravčík, V. (2020). COVID-19 a česká adiktologie. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi*, 3(2), 75-76.
- Mravčík, V., & Chomynová, P. (2021). Užívání návykových látek a návykové chování se během opatření proti covid-19 zvýšilo u intenzivních uživatelů: výsledky online studie v obecné populaci České republiky. *Epidemiologie, mikrobiologie, imunologie*, 70(2), 98–103.
- Mucci, F., Mucci, N., Diolaiuti, F. (2020). Lockdown and isolation: psychological aspects of COVID-19 pandemic in the general population. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2), 63-64. doi: 10.36131/CN20200205
- Nakonečný, M. (1997). *Encyklopedie obecné psychologie*. Academia.
- Napolitano, J. (2017). *Stress is the body's physical reaction to disturbing stimuli*. UniversityWire.<https://www.proquest.com/wire-feeds/stress-is-body-s-physical-reaction-disturbing/docview/2113768000/se-2?accountid=9646>

- Národní ústav duševního zdraví. (2021, 27. ledna). *Během pandemie covid-19 výrazně vzrostlo nárazové pití. Vztah k alkoholu opět prověří kampaň Suchej únor*.
https://www.nudz.cz/fileadmin/user_upload/Tiskove_zpravy/tz-2021-01-sucej-unor.pdf
- Národní ústav duševního zdraví. (2021, 15. února). *V důsledku pandemie covid-19 se duševním onemocněním potýká téměř každý třetí dospělý*.
<https://www.nudz.cz/pro-media/tiskove-zpravy/v-dusledku-pandemie-covid-19-se-s-dusevnim-onemocnenim-potyka-temer-kazdy-treti-dospely-podporu-nabidne-novy-web>
- Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Portál.
- Nolen-Hoeksema, S. (2012). *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. Portál.
- Nolen-Hoeksema, S. (2020). *Abnormal Psychology*. McGraw-Hill Education.
- Orel, M. (2014). *Somatopatologie: nauka o nemocech těla*. Grada.
- Paulík, K. (2012). *Psychologické aspekty zvládnání zátěže muži a ženami*. Ostravská univerzita v Ostravě.
- Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti*. Grada.
- Plamínek, J. (2013). *Sebepoznání, sebeřízení a stres: praktický atlas sebezvládnání*. Grada.
- Porges, S. W. (2020). The COVID-19 Pandemic is a paradoxical challenge to our nervous system: a polyvagal perspective. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2),135-138.
doi: 10.36131/CN20200220
- Průcha, J. (2002). *Učitel: současné poznatky o profesi*. Portál.
- Pugnerová, M. (2019). *Psychologie: pro studenty pedagogických oborů*. Grada.
- Váchová, P. E., Janů, L., Racková, S. (2010). Patogeneze závislosti. *Psychiatrie pro praxi*. 11(2-3), 56-58.
- Vašina, L. (2002). *Klinická psychologie a somatická psychoterapie, díl 1*. Neptun.
- Vašina, L.& Strnadová, V. (2009). *Psychologie osobnosti I*. Gaudeamus.
- Večeřová-Procházková, A., & Honzák, R. (2008). Stres, eustres a distres. *Interní medicína pro praxi*, 10(4), 188-192.
- Raboch, J., Pavlovský, P., et al. (2008). *Klinická psychiatrie v denní praxi*. Galén.
- Rahn, E., & Mahnkopf, A. (2000). *Psychiatrie*. Grada.

- Řezáč, J. (1998). *Sociální psychologie*. Paido.
- Salye, H. (2013). *Stress in health and disease*. Butterworth-Heinemann.
- Seifertová, D., Praško, J., Horáček, J., Höschl, C. (2008). *Postupy v léčbě psychických poruch: algoritmy České neuropsychofarmakologické společnosti*. Academia Medica Pragensis.
- Skála, J. (1988). *...až na dno?!: fakta o alkoholu a jiných návykových látkách (zneužívání a závislost)*. Avicenum.
- Šauerová Švamberk, M. (2018). *Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele*. Grada.
- Šeblová, J., Šeblová, D., Protopopová, D. (2020). Pandemie SARS-COV-2 a její dopady na psychické zdraví. *Urgentní medicína*, 23(4), 45-51.
- Špatenková, N., Sobotková, I., Sýkorová, D., Příhodová, A., Dopita, M. (2004). *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. Grada.
- Švaříček, R., & Šedřová, K. (2014). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Portál.
- Trnka, R., & Lorencova, R. (2020). Fear, anger, and media-induced trauma during the outbreak of COVID-19 in the Czech Republic. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 12(5), 546. doi: 10.1037/tra0000675
- Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. (1992). *Mezinárodní klasifikace nemocí: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decenální revize MKN-10*. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky.
- Vágnerová, M. (2012). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál.
- Vláda České republiky (2020, 18. září). *Informace ke koronaviru a nemoci covid-19*. <https://www.vlada.cz/cz/media-centrum/aktualne/aktualni-informace-ke-koronaviru-sars-cov-2-puvodne-2019-ncov-179250/>
- Zákon č. 40/2009 Sb., o trestním řádu (trestní zákoník). Česká republika.
- World Health Organization. (2024). *International classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>

Přílohy

1. Abstrakt diplomové práce v českém jazyce
2. Abstrakt diplomové práce v anglickém jazyce
3. Vyjádření etické komise Psychiatrické léčebny Šternberk
4. Seznam otázek k rozhovoru
5. Informovaný souhlas

Příloha 1: Abstrakt diplomové práce v českém jazyce

Název práce: Copingové strategie v době pandemie COVID-19 u lidí se závislostí na alkoholu

Autor práce: Bc. et Bc. Kristýna Horáková

Vedoucí práce: PhDr. Eva Aigelová, Ph.D.

Počet stran a znaků: 95 stran, 188 777 znaků

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 93

Abstrakt (800-1200 zn.):

Cílem této diplomové práce je zkoumání oblasti copingových strategií v době pandemie COVID-19 u osob se závislostí na alkoholu. Práce je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou. Teoretická část je strukturována do tří kapitol, které zahrnují základní teoretická východiska tohoto tématu. První kapitola charakterizuje problematiku závislosti na alkoholu se zaměřením na definici alkoholu, diagnostická kritéria závislosti a léčbu závislosti na alkoholu. Druhá kapitola pojednává o strategiích zvládnání stresu a zátěže, zvláště s přiblížením pandemie jako zátěžové situace. Třetí kapitola teoretické části představuje strategie zvládnání pandemie COVID-19 závislými na alkoholu. Výzkumná část vychází z kvalitativního výzkumu. Výzkum je realizován formou polostrukturovaných rozhovorů s respondenty a doplněn o využití dotazníku SVF 78 ke zjištění strategií zvládnání stresu. Výzkumný soubor je složen ze sedmi respondentů se závislostí na alkoholu. Výsledky výzkumu vycházejí z tematické analýzy a interpretace dat, v rámci, kterých jsou zodpovězeny stanovené výzkumné otázky.

Klíčová slova: závislost na alkoholu, copingové strategie, pandemie COVID-19, zátěžová situace

Příloha 2: Abstrakt diplomové práce v anglickém jazyce

Title: Coping strategies during the COVID-19 pandemic among alcohol addicts

Author: Bc. et Bc. Kristýna Horáková

Supervisor: PhDr. Eva Aigelová, Ph.D.

Number of pages and characters: 95 pages, 188 777 characters

Number of appendices: 5

Number of references: 93

Abstract (800-1200 characters):

The aim of this thesis is to explore the area of coping strategies during the COVID-19 pandemic in people with alcohol addiction. The work is divided into a theoretical and a research part. The theoretical part is structured into three chapters that include the basic theoretical foundations of this topic. The first chapter characterizes the issue of alcohol addiction with a focus on the definition of alcohol, diagnostic criteria of addiction, and treatment of alcohol addiction. The second chapter discusses stress and strain coping strategies, especially with reference to the pandemic as a stressful situation. The third chapter of the theoretical part introduces coping strategies used during the COVID-19 pandemic by alcohol addicts. The research part is based on qualitative research. The study is conducted through semi-structured interviews with participants and supplemented by the use of the SVF 78 questionnaire to identify stress coping strategies. The research group consists of seven respondents with alcohol addiction. The research results are derived from thematic analysis and interpretation of the data, within which the set research questions are answered.

Key words: alcohol addiction, coping strategies, COVID-19 pandemic, stress situation

Příloha 3: Vyjádření etické komise Psychiatrické léčebny Šternberk

Vyjádření etické komise Psychiatrické léčebny Šternberk

- 6. 12. 2022

Základní údaje o projektu

Název projektu:

Copingové strategie v době pandemie COVID-19 u lidí se závislostí na alkoholu

Hlavní řešitel:

Bc. Kristýna Horáková

Řešitelské pracoviště:

Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta

Spolupracující instituce:

Psychiatrická léčebna Šternberk

Popis výzkumného projektu:

Cílem práce je zjistit, které copingové strategie využívají současní pacienti se závislostí na alkoholu a specifikovat charakter a dopady pandemie COVID-19 z pohledu současných pacientů se závislostí na alkoholu. Výzkum bude probíhat formou polostrukturovaného rozhovoru a dotazníku zvládnání stresu.

Stanovisko etické komise:

Etická komise souhlasí s realizací projektu bez připomínek.




MUDr. Hana Kučerová
ředitelka

Příloha 4: Seznam otázek k rozhovoru

- Jaký je Váš věk?
- Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?
- S kým žijete?
- Máte děti?
- Jaká je Vaše profese?
- Kolik let vám bylo, když jste měl první zkušenost s alkoholem?
- Kolik let vám bylo, když jste začal nadměrně pít a co spustilo nadměrné pití alkoholu?
- Dokážete popsat, kdy to přerostlo v závislost a co tomu předcházelo?
- Po jaké době jste si uvědomil/přiznal svou závislost na alkoholu?
- Kolikrát jste se léčil se závislostí na alkoholu? Co to bylo za léčbu (ambulantní, pobytová)?
- Kdy to bylo a dokončil jste léčbu?
- Jak jste prožíval období pandemie COVID 19?
- Žil jste během propuknutí pandemie sám, nebo s někým (s rodinou, s přáteli...)?
- Pracoval jste během pandemie? Docházel jste do práce, nebo jste pracoval z domova?
- Změnil se Vám během pandemie režim dne?
- Potýkal jste se během pandemie s nějakými potížemi? (např. finanční, obavy z budoucnosti, ztráta zaměstnání, vzdělávání dětí doma, jiné povinnosti) Pokud ano, s jakými?
- Došlo k nějakým zásadnějším změnám ve Vašem životě v průběhu pandemie? (např. stěhování, změna práce, těhotenství, úmrtí v rodině)
- Pil jste během pandemie alkohol? Pokud ano – vzrostla, snížila, nebo zůstala Vaše spotřeba alkoholu stejná? (Jak se lišilo Vaše pití alkoholu v době pandemie od pití před propuknutím pandemie?)
- Z jakého důvodu jste pil alkohol během pandemie? Co vás vedlo k pití alkoholu?
- Jak často jste pil alkohol během pandemie? Pil jste sám nebo ve společnosti někoho dalšího?
- Jak jste se celkově vyrovnával se situací pandemie? Jak jste se cítil? Které emoce u Vás převládaly?
- Co pro Vás během pandemie bylo nejtěžší?
- Co Vám během pandemie nejvíce pomáhalo (např. rodina, děti, práce, koníčky, alkohol atd.)?

Příloha 5: Informovaný souhlas

Informovaný souhlas účastníka výzkumu:

Vážený pane, vážená paní,

v souladu se zásadami etické realizace výzkumu¹ Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu v rámci diplomové práce.

Název projektu: Copingové strategie v době pandemie COVID-19 u lidí se závislostí na alkoholu

Řešitel projektu: Bc. Kristýna Horáková, kontakt: kristyna.horakova01@upol.cz, tel: 603 436 538

Název pracoviště: Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Katedra psychologie

Vedoucí práce: PhDr. Eva Aigelová, Ph.D., kontakt: eva.aigelova@upol.cz

Cíl výzkumu: Zjistit, které copingové strategie využívají současní pacienti se závislostí na alkoholu a specifikovat charakter a dopady pandemie COVID-19 z pohledu současných pacientů se závislostí na alkoholu

Popis výzkumu:

Projekt bude realizován prostřednictvím individuálního polostrukturovaného rozhovoru trvajících cca 60–70 min, který bude nahráván na diktafon na mobilním zařízení. Pokud nebudete chtít rozhovor nahrávat, bude rozhovor zaznamenán na papír. Dále bude k doplnění tématu využit dotazník SVF 78, jehož vyplňování nebude časově omezeno, jeho obvyklá doba zpracování bývá 10–15 min. Účastník výzkumu by neměl být vystaven žádným rizikům poškození jeho zdraví. Případně bude zajištěno emoční bezpečí k minimalizaci rizik. Během rozhovoru máte právo neodpovědět na otázku nebo odstoupit od výzkumu. Získaná data budou použita pouze pro účely výzkumu a výsledky budou anonymně publikovány. Anonymita respondentů zůstane zachována záměnou jména a případných dalších identifikačních údajů. K soukromí respondentů a jejich citlivým údajům či audionahrávkám nebude mít kromě výzkumníka nikdo další přístup. Zapojení na výzkumu je dobrovolné a účastník má možnost bez udání důvodu výzkum kdykoliv opustit.

.....
datum a podpis řešitele projektu

¹ Všeobecnou deklarací lidských práv, nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) a dalšími obecně závaznými právními předpisy (jimiž jsou zejména Helsinská deklarace přijatá 18. Světovým zdravotnickým shromážděním v roce 1964, ve znění pozdějších změn (Fortaleza, Brazílie, 2013), zákon č. 372/2011 Sb., [o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování](#) (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, zejména ustanovení jeho § 28 odst. 1, a Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: [Úmluva o lidských právech a biomedicině](#) publikované pod č. 96/2001 Sb. m. s., jsou-li aplikovatelné).

Prohlášení a souhlas účastníků s jejich zapojením do výzkumu:

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí ve výše uvedeném projektu a že jsem měl/a možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu a že jsem dostal/a jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byl/a jsem poučen/a o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas kdykoli odvolat bez represí.

Jméno a příjmení účastníka:

Podpis účastníka: