

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

# **VZŤAH HARDINESS A KONZUMÁCIE ALKOHOLU**

**The Relationship of Hardiness and Alcohol Consumption**



**Magisterská diplomová práce**

Autor: Bc. Adam Janda  
Vedoucí práce: doc. PhDr. Vladimír Řehan

Olomouc  
**2014**

## **Prehlásenie**

Čestne prehlasujem, že som magisterskú diplomovú prácu na tému: „Vzťah hardiness a konzumácie alkoholu“ vypracoval samostatne pod odborným dohľadom vedúceho diplomovej práce a uviedol som všetky použité podklady a literatúru.

V .....dňa.....

Podpis .....

## **Prehlásenie**

Ochrana informácií v súlade s ustanovením § 47b zákona o vysokých školách, autorským zákonom a smernicou rektora k Zadániu tématu, odevzdávaní a evidencie údajov o bakalárskej, diplomovej, disertačnej práci a rigoróznjej práci a spôsob jejich zverejnení. Student odpovedá za to, že verejná časť záverečnej práce je koncipovaná a štrukturovaná tak, aby podávala úplné informácie o cielech záverečnej práce a dosažených výsledkoch. Student nebude zverejňovať v elektronickej verzii záverečnej práce plné znenie štandardizovaných psychodiagnostických metód chránených autorským zákonom (záznamový arch, test/dotazník, manuál). Plné znenie psychodiagnostických metód môže byť iba prílohou tlačenej verzie záverečnej práce. Zverejnenie je možné iba po dohode s autorom alebo vydavateľom.

## **Pod'akovanie**

Moja úprimná vďaka patrí vedúcemu práce doc. PhDr. Vladimírovi Řehanovi za odborné vedenie, cenné rady a pripomienky, zodpovedný a priateľský prístup, dôveru a usmerňovanie pri realizácii tejto diplomovej práce.

Ďakujem Mgr. Miroslavovi Kurečkovi za pomoc pri štatistickom spracovaní výsledkov z výskumu.

Veľká vďaka patrí všetkým respondentom/respondentkám, ktorí/é sa zúčastnili výskumu. Bez nich by táto práca nemohla vzniknúť.

Ďakujem vedúcim pracovníkom/pracovníčkam resocializačného zariadenia RETEST, resocializačného strediska ROAD Tomky, n.o, Sanatória A.T. a Občianskemu združeniu Brána do života a ich krízovému stredisku DOM (Dobří Od Malička) za možnosť realizovať výskum v ich zariadeniach.

V poslednom rade ďakujem mojim najbližším za podporu, pomoc a trpezlivosť.

## Obsah

ÚVOD.....	3
1 STRES.....	6
1.1 Stresory.....	7
1.2 Zvládanie záťaže, odolnosť voči záťaži, štýl a stratégie zvládania (coping).....	9
1.2.1 Štýl zvládania záťaže.....	10
1.2.2 Stratégie zvládania záťaže.....	11
1.2.3 Odolnosť voči záťaži.....	13
1.2.4 Osobnostné charakteristiky v kontexte so zvládaním stresu.....	16
2 NEZDOLNOSŤ V KONTEXTE HARDINESS.....	18
3 STRES A ALKOHOL.....	22
3.1 Biochemické zmeny počas stresujúcej, resp. traumatickej situácie a po nej.....	22
3.2 Vzťah medzi konzumáciou alkoholu a redukciou stresu.....	23
3.2.1 Individuálne faktory.....	23
3.2.1.1 Genetické faktory.....	23
3.2.1.2 Pohlavie.....	24
3.2.1.3 Vek.....	24
3.2.1.4 Miera sebavedomia.....	25
3.2.1.5 Kognitívne fungovanie.....	25
3.2.1.6 Osobnosť.....	26
3.2.1.7 Stabilita adolescentnej osobnosti.....	27
3.2.1.8 Rodinná anamnéza alkoholizmu.....	27
3.2.2 Očakávania od alkoholu.....	28
3.2.2.1 Droga ako umelý zdroj odmeny.....	29
3.2.2.2 Vzťah k stresovým systémom.....	29
3.2.3 Situačné faktory.....	30
3.2.3.1 Rozptýlenie.....	30

3.2.3.2	Synchronizácia konzumácie alkoholu a stresu.....	31
3.2.3.3	Strata životných perspektív.....	31
3.2.4	Stres a pracovný výkon.....	32
3.2.5	Ovplyvňuje stres pitie alkoholu?.....	32
3.2.5.1	Pitie redukuje alebo indukuje stres?.....	34
4	PITIE MLADÝCH DOSPELÝCH.....	35
4.1	Alkohol a dozrievajúci mozog.....	37
4.2	Faktory ovplyvňujúce požívanie alkoholu u mladých dospelých.....	37
5	STRES, HARDINESS A ALKOHOL.....	42
6	CIELE VÝSKUMU.....	46
6.1	Priebeh výskumu.....	46
6.2	Použité metodiky zberu dát.....	47
6.3	Charakteristika výskumnej vzorky.....	52
6.4	Výskumné otázky a výskumné hypotézy.....	54
6.5	Výsledky výskumu.....	55
7	DISKUSIA.....	69
	Záver.....	74
	Zoznam bibliografických odkazov.....	75
	Zoznam tabuliek.....	79
	Prílohy.....	81

## ÚVOD

Už od staroveku je ľudstvu známy vzťah medzi konzumáciou alkoholu a stresom. Nielen stresujúce situácie často podnecujú pitie, ale konzumácia alkoholu vôbec sa už dlhodobo považuje za cestu zmiernenia dopadu stresu. Napr., ako uvádza Sayette (1999), pred viac ako 2500 rokmi grécky lyrický básnik Alcaeus odporúčal alkohol ako cestu na zvládnutie distresu: „Nesmieme nechať naše duše žialiť ... najlepšou zo všetkých ochrán je zmes množstva vína a vypiť ho.“ Podobne aj Shakespeare poukazoval na stres redukujúce vlastnosti alkoholu v diele Július Caesar: „Nehovor viac o nej. Daj mi čašu vína. V nej pochovám všetky nevlúdnosti...“ Tvrdenie, že alkohol môže „upokojiť nervy“ je veľmi rozšírené v rôznych kultúrach. V USA „spoločenský pijani“ (t.j. ľudia, ktorí konzumujú alkohol v spoločensky akceptovateľnej miere a ktorí nemajú skúsenosti s problémami v súvislosti s alkoholom) aj tzv. „problémoví pijani“ (t.j. ľudia, ktorí majú skúsenosť so spoločenskými, zdravotnými a právnymi problémami v súvislosti s alkoholom) sú presvedčení o tom, že alkohol má zmierňujúci vplyv na stres. Médiá a tiež zábavný priemysel „dôsledne“ vykresľujú pitie alkoholu ako cestu na zmiernenie stresu. Výskumníci sú presvedčení, že očakávanie zmierňujúceho účinku alkoholu na stres je primárnou motiváciou konzumácie alkoholu pre mnohých ľudí, napriek častým škodlivým dôsledkom pitia.

Štúdie, ktoré skúmali vzťah medzi konzumáciou alkoholu a stresom naznačujú, že pitie alkoholu môže redukovať stres u niektorých ľudí a za istých okolností. Štúdie realizované v posledných dvoch desaťročiach 20. storočia identifikovali niekoľko faktorov, ktoré poukazujú na niektorých ľudí ako obzvlášť vulnerabilných na pitie pre stres-redukujúci efekt alkoholu. Napr. ľudia s rodinnou anamnézou alkoholizmu. Avšak niektoré z týchto štúdií si vyžadujú ďalšie výskumy na objasnenie mechanizmov, ktoré sú základom tejto zvýšenej vulnerability. Okrem toho, alkohol môže byť efektívny pri redukcii stresu u ľudí, ktorí majú ťažkosti s ovládaním svojho správania, zvýšené sebavedomie alebo ťažkosti s triedením nových informácií v triezvom stave, Avšak tento vzťah je potrebné podrobnejšie preskúmať.

Vedci taktiež identifikovali situačné faktory, ktoré modifikujú stres-redukujúci efekt alkoholu. Napr. zdá sa, že alkohol spoľahlivo redukuje stres, keď sa alkohol konzumuje počas radostného rozptýlenia. Okrem toho, výsledky laboratórnych štúdií naznačujú, že konzum alkoholu pred zážitkom stresoru zmierňuje stres, zatiaľ čo pitie po zažití stresoru nemusí mať žiaden efekt, alebo dokonca môže obnoviť stres. Tieto zistenia

si však vyžadujú ďalšie sledovanie v prirodzenejších podmienkach. (Sayette, 1999). Výskum je tiež potrebný aj kvôli lepšiemu porozumeniu základným mechanizmom alkoholom indukovaného obnovenia stresu. Napr. výskumníci by mali preveriť efekt konzumácie alkoholu na proces zvládania (coping) počas stresujúcich situácií.

Prečo sa však niektorí ľudia poddajú stresu, niektorí ho zvládajú maladaptívnym spôsobom (napr. konzumáciou alkoholu) a niektorí rôzne stresujúce situácie zvládajú väčšinou bez väčších problémov, resp. sú voči takýmto situáciám odolnejší aj bez pomoci alkoholu či drog?

Jednou z odpovedí na túto otázku sú výsledky štúdií, ktoré sa zaoberali možnosťami zmierňovania dosahu negatívneho dopadu stresu a zistili, že existujú moderátory, sprostredkujúce činitele, ktoré zmierňujú a tlmia toto negatívne pôsobenie a tým robia ľudí voči stresu odolnejšími. Ako uvádza Křivohlavý (2009), ide najmä o také osobnostné charakteristiky ako je *hardiness* (osobnostná tvrdosť), *koherencia* (zmysel pre integritu, črta súdržnosti osobnosti – sense of coherence, SOC), *resilience* (pružnosť, nezlomnosť, schopnosť rýchlo sa spamätať), *vnímaná osobná zdatnosť* (self-efficacy), optimizmus, zmysel pre humor, sebadôvera ap.

*Hardiness* patrí k tzv. vnútorným zdrojom, ktorým sa pripisuje najvýraznejší zmierňujúci účinok. *Hardiness* – osobnostná odolnosť alebo duševná otužilosť je takou charakteristikou osobnosti, ktorá umožňuje zmierniť až tlmieť negatívny vplyv nepriaznivých životných udalostí. Predpokladá sa, že osoby s vysokou *hardiness* pozitívne a optimisticky hodnotia situáciu, čo vedie k výberu primeraných vyrovnávajúcich stratégií. Tým sa škodlivý dosah stresogénnych udalostí znižuje. Nemenej dôležité je, že túto premennú možno trénovať a zvyšovať jej úroveň. (Nôtová, 2007).

Vo svojom živote človek prechádza niektorými obdobiami, ktoré sú zvlášť bohaté na množstvo potenciálnych stresorov, s ktorými sa človek nejakým spôsobom musí vysporiadať. Prechod z adolescencie do dospelosti, resp. raná dospelosť, je obdobím, kedy vrcholí zdravotne rizikové správanie, ako napr. zneužívanie rôznych substancií, a taktiež obdobím možnosti rastu a rozvoja prostredníctvom osvojenia si dospelých rolí. V tomto prechode copingové štýly (štýly zvládania) modelujú odpoveď na stresory a uchopenie možností, resp. príležitostí, ktoré sa spájajú s nástupom dospelosti. Miera, v ktorej sú takéto copingové štýly zručne použité, čiastočne determinuje adjustáciu na dospelosť.

Viaceré výskumy naznačujú, že ľudia majú tendenciu k nadmernej konzumácii alkoholu vo svojom neskorom tínedžerskom veku až do veku približne 25 rokov. Táto vysoká miera požívania alkoholu prichádza vo veku, keď ľudia odchádzajú spod vplyvu



rodičovských reštrikcií, ale ešte pre tým, ako nadobudnú úplnú zodpovednosť dospelého života. Keď si mladí ľudia viac začínajú osvojovať dospelé roly – zamestnanie na plný pracovný úväzok, uzavrujú manželstvo a stanú sa rodičmi – často redukujú svoje pitie. Táto redukcia požívania alkoholu môže byť výsledkom obmedzení, ktoré na dospelé roly kladú sociálne aktivity, alebo môžu odrážať zmenu postojov mladých ľudí k pitiu.

Niektorí mladí dospelí však pijú spôsobom, ktorý je zvlášť škodlivý. Títo mladí ľudia môžu mať predisponujúce osobnostné charakteristiky a ďalšie faktory, ktoré ich posúvajú do vyššieho rizika pre problémy s alkoholom. Je takýmto faktorom aj nízka hardiness? Aký je vzťah medzi mierou hardiness a konzumáciou alkoholu?

Na tieto otázky by nám mohol dať odpoveď výskum, ktorý by práve u mladých ľudí počas nástupu dospelosti sledoval súvislosti medzi mierou stresu, spôsobmi jeho zvládania, mierou hardiness a konzumácie alkoholu. Bolo by to užitočné pre vývoj efektívnych preventívnych stratégií, ktoré môžu byť zvlášť užitočné práve pre ovládnutie požívania alkoholu u mladých ľudí.

# 1 STRES

Ako uvádza Křivohlavý (2009), ťažké životné situácie boli, sú a budú. Ľudia sa vždy zamýšľali nad tým, ako ich zvládajú, čo sa stalo predmetom sledovania mnohých bádateľov. Zaujímali sa o to, kedy človek v ťažkej situácii zvolí boj a kedy zvolí útek. Tieto dve diametrálne odlišné formy správania v situáciách ohrozenia (fight and flight) sa považovali za vrodené. Nevedelo sa však, čo sa deje v tele a v psychike tých, ktorí takto riešia svoje ťažké životné situácie. V priebehu 20. storočia nastalo po prvýkrát sústavné experimentálne sledovanie tohto javu, ktoré tým odštartovalo jednu z výrazných kapitol nielen medicíny, ale aj psychosomatiky a psychológie zdravia.

Pôsobenie stresu na zdravie človeka sa skúma v mnohých súvislostiach. Je všeobecne známe, že určitá intenzita stresu nie je škodlivá, ale je súčasťou normálneho utvárania osobnosti. Pri strese je dôležité rozlišovať medzi *adaptáciou* a *copingom*. Kým adaptáciou sa rozumie vyrovnávanie sa so záťažou, ktorá je v medziach normy, copingom rozumieme boj s nadlimitnou, neprimeranou záťažou, t.j. zvládanie. (Nôtová, 2007, in Heretik & Heretik jr., 2007)

Stres sám o sebe je nešpecifická, fylogeneticky stará, stereotypná adaptačná reakcia pripravujúca osobnosť pôvodne na fyzickú aktivitu (reakcia útok - útek). Pojem stres sa začal používať vo dvoch významoch: jednak pre situáciu človeka, ktorý sa nachádza pod tlakom nepriaznivých životných podmienok, a jednak pre rôzne faktory, ktoré človeka tomuto tlaku vystavujú. V tomto druhom poňatí sa pre jednotlivé nepriaznivé vplyvy (tlaky), ktoré môžu viesť človeka do ťaživej osobnej situácie, teraz používa pojem „stresory“. (Křivohlavý, 2009) Existujú rôzne modely pôsobenia stresu, v súčasnosti sa najčastejšie uvádza bio-psycho-sociálny model stresu. (Nôtová, 2007, in Heretik & Heretik jr., 2007)

V teórii stresu sa hovorí nielen o stresoroch – zaťažujúcich vplyvoch a negatívnych faktoroch, ktoré vedú k napätiu, ale aj o *salutoroch* – faktoroch, ktoré v ťažkej situácii človeka posilňujú, povzbudzujú a dodávajú mu silu, výdrž v boji i odvahu k ďalšiemu pokračovaniu zápasu so stresorom. Príkladom salutoru môže byť zmyslupnosť vykonávanej činnosti, presvedčenie o hodnote toho, o čo sa snažíme, pochvala a uznanie ľudí, ktorých si sami vážime apod. (Křivohlavý, 2009)

Vystavenie sa stresovým situáciám teda patrí medzi najčastejšie ľudské skúsenosti. V odpovedi na stres sa môžu objaviť vážne behaviorálne, neurochemické, resp. psychofyziologické (potenie, zmeny vo vodivosti kože, svalové napätie, zmeny srdcového rytmu a pod.) či imunologické zmeny, ktoré by mali slúžiť adaptívnej kapacite, teda

schopnosti prispôsobiť sa. Taktiež biologické zmeny, ak sú dostatočne trvalé, môžu nepriaznivo ovplyvňovať „well-being“ organizmu. Niektoré faktory môžu diktovať (alebo si vynútiť) individuálnu odpoveď na stresory prostredia, vrátane charakteristík stresora (t.j. typ stresoru a jeho ovládateľnosť, predvídateľnosť a chronicita), biologických faktorov (t.j. vek, pohlavie a genetika) a predchádzajúcej histórie stresoru u jedinca (t.j. rané životné zážitky). (Anisman et al., 1999)

Konzumácia alkoholu môže redukovať rozsah odpovede organizmu na stres. Napr. opätovné začatie požívania alkoholu a iných drog po dlhej dobe abstinencie, môže odrážať pokus jedinca o „samoliečenie“ kvôli potlačeniu nepriaznivých psychologických dôsledkov stresorov (t.j. anxiety). Alebo, stres môže zvyšovať posilňujúci efekt požívania alkoholu a iných drog. Táto redukcia sa nazýva tlmenie stresovej reakcie. (Anisman et al., 1999)

## 1.1 Stresory

Z nášho pohľadu medzi najčastejšie stresory patria významné životné zmeny, frustrácie, konflikty, tlak (napr. časový), trauma, nuda, anticipačné a situačné stresory, ktoré vyplývajú napr. zo sociálneho styku.

Ako mediátory môžu fungovať sociálna opora, copingové mechanizmy, spôsob kognitívnej interpretácie a primeraná kontrola. (Nôtová, 2007, in Heretik & Heretik jr., 2007)

Ako ďalej uvádza Nôtová (2007, in Heretik & Heretik jr., 2007), reakcie na stresor sa realizujú v štyroch rovinách:

1. vo fyziologickej (krvný tlak, pulzová frekvencia, potenie, dýchanie a pod.
2. v emocionálnej (hnev, strach, prekvapenie, radosť a iné.),
3. v správaní (fajčenie, alkohol, chôdza, upratovanie, športová aktivita a iné),
4. v myslení (vnútorný monológ, záraz myslenia, nesústredené myslenie a iné).

Výskum jasne ukazuje, že stresory, ktoré sú obyčajne multidimenzionálne, majú nielen okamžitý účinok, ale tiež predĺžený vplyv prostredníctvom sekundárnych stresorov. Napr. stresové zážitky sú často nasledované pretrvávajúcim premýšľaním, ktoré samo o sebe môže byť stresujúce, a niektorými udalosťami (napr. bolestná strata, strata blízkej osoby), ktoré tiež môžu mať sekundárny efekt (napr. finančná záťaž, tieseň a strata sociálnej opory). Zatiaľ čo niektoré vplyvy stresu môžu časom slabnúť (napr. smútok, výčitky alebo pocit viny), vplyv iných stresorov sa môže zvyšovať (napr. finančná tieseň

a strata sociálnej opory). Okrem toho, stresová odpoveď sama o sebe môže pôsobiť ako stresor. Napr. symptómy depresie vyvolané stresom môžu viesť k interpersonálnym konfliktom alebo naopak, k sociálnej izolácii, čo ďalej znovu vyvoláva depresiú. (Anisman et al., 1999)

S ohľadom na behaviorálne dôsledky, u niektorých stresorov (napr. strata sociálnej opory) je vyššia pravdepodobnosť, že vyprovokujú depresívne symptómy, zatiaľ čo iné stresory (napr. hrozby alebo hroziaci stres), sa viac spájajú so symptómami anxiety. Napodiv, stresom indukovaná psychiatrická patológia je často vyvolaná nie veľkou nepriaznivou životnou udalosťou, ale sériou relatívne miernych stresorov (napr. daily hassles – bežné, každodenné mrzutosti). Okrem toho, vplyv malých stresorov môže byť obzvlášť výrazný, ak sa objavia následne po veľkej stresujúcej udalosti. (Anisman et al., 1999)

Stresory teda ovplyvňujú životnú spokojnosť, osobnú produktivitu, motiváciu, medzilidské vzťahy a v neposlednom rade aj zdravotný stav. V pracovnej oblasti sa dôsledky negatívneho pôsobenia stresu môžu prejaviť napr. ako absentérstvo, pracovná nespokojnosť, vyššia úrazovosť, vyššia chorobnosť, fluktuácia. V psychickej oblasti sa stres u mnohých ľudí negatívne prejavuje nesústredenosťou, úzkosťou, depresivitou, plačlivosťou, zlyhaním, ochoreniami so psychosomatickou zložkou, únavou, predráždenosťou, trvalým napätím, znížením pozornosti, zhoršením koncentrácie. (Nôtová, 2007, in Heretik & Heretik jr., 2007)

Vo všeobecnosti, stresory môžu byť psychogénne a/alebo neurogénne. Z nášho pohľadu sú zaujímavé **stresory prostredia**, ktoré môžu byť klasifikované buď ako **procesívne** alebo **systemické**. **Procesívne stresory** sú tie, ktoré si vyžadujú posúdenie situácie alebo zahŕňajú vysokú úroveň kognitívneho spracovania vstupnej senzorickej informácie. (Anisman et al., 1999)

Herman a Cillinan (in Anisman et al., 1999) naznačujú, že aj procesívne aj systemické stresory môžu aktivovať hypotalamo-pituitárno-adrenálnu os prostredníctvom odlišných, ale zbiehavých neurologických spojov. Konkrétne, **procesívne stresory** môžu primárne aktivovať lymbický systém, oblasť mozgu začleňujúcu prepojené štruktúry, ktoré sú spojené s aktiváciou (vybudením mozgovej kôry), emóciami a na cieľ zameraným správaním. Naopak, **systemické stresory** môžu priamo ovplyvňovať hypotalamus, štruktúru mozgu s rôznymi regulačnými funkciami, ktoré veľmi intenzívne spolupôsobia s lymbickým systémom. Bez prítomnosti experimentálneho dôkazu sa zdá, že je odôvodnené

uvažovať tak, že **procesívne stresory môžu byť užšie spojené so zvýšenou konzumáciou alkoholu**, než pri systemických stresoroch.

Aj podľa adaptačnej teórie stresu (GAS), ktorá rozlišuje tri základné štádiá stresovej reakcie (poplachové, rezistenčné, exhaustívne), môže byť dôsledkom „exhauscia“ - vyčerpanie alebo porucha. (Selye, 1966)

Reakcie na stresor môžu byť v zásade pasívne (syndróm hopelessness-helplessness, depresia) alebo aktívne (využitie vôľových vlastností a pod). Väčšina autorov rozoznáva fyziologické a psychologické reakcie na stresory (úzkosť, hnev, agresivita, apatia, depresia a oslabenie kognitívnych funkcií). Do kategórie fyziologických reakcií možno zaradiť okrem stresovej reakcie aj psychosomatickú poruchu a chorobu. (Nôtová, 2007, in Heretik & Heretik jr., 2007)

## **1.2 Zvládanie záťaže, odolnosť voči záťaži, štýl a stratégie zvládania (coping)**

Ako hovorí Selye (1966), „adaptabilita a zvládanie stresu je pravdepodobne najtypickejšou charakteristikou života. Je to to, čo vyjadrujeme termínom „život“. Strata tejto schopnosti je potom to, čo označujeme pojmom „smrť“.

Problematika adaptácie a zvládania záťaže je veľmi široká. Výskumne sa ňou zaoberá viacero vedných disciplín, avšak úloha behaviorálnych vied v nej patrí určite ku kľúčovým. Uplatňuje sa tu najmä psychológia zdravia, či tzv. pozitívna psychológia. V súčasnej psychológii adaptácie sa stretávame s viacerými témami – zvládanie vlastnej ťažkej životnej situácie, zvládanie zármutku, zvládanie rôznych životných kríz, zvládanie strachu apod.

Za posledné štvrtstoročie sa stále častejšie k pojmu „adaptácia“ viaže pojem „coping“ (zvládanie stresu). Hoci sa oba termíny – adaptácia a coping - týkajú aktivity človeka v ťažkej, resp. náročnej situácii, nie sú totožné. Pod adaptáciou sa rozumie vyrovnávanie sa so záťažou, ktorá je relatívne v medziach normy, kde ide o riešenie problémov a situácií, kde poznáme potrebné spôsoby postupu. Coping je vyrovnávanie sa s nadlimitnou záťažou, ide o riešenie kríz, pomerne ťažkých zvrátov, kde nie sú potrebné vedomosti a zručnosti. Ide o nadlimitnú záťaž tak v dimenzii intenzity, ako aj v zmysle dĺžky trvania. (Křivohlavý, 1994)

*Moderovanie stresu* sa deje prostredníctvom rôznych faktorov. Patria sem jednak osobnostné charakteristiky ľudí, ktorí bojujú so stresom, jednak štýly zvládania, stratégie

zvládania, techniky zvládania, ktoré sa dajú naučiť. Patrí sem aj využívanie tzv. externých zdrojov. Zvládanie záťaže je tak *dynamický proces*, v ktorom dochádza k transakciám (vzájomným interakciám medzi človekom a stresovou situáciou). Na jednej strane je človek, ktorý má určité zdroje, možnosti, hodnoty a osobné zameranie, na druhej strane je potom prostredie, ktoré na človeka kladie určité požiadavky a pôsobí naňho rôznymi vplyvmi. V priebehu zvládania stresu dochádza k rôznym akciám a aktivitám z jednej aj z druhej strany, tzv. akcií a reakcií, ofenzívnych útokov i defenzívnych obrán. (Křivohlavý, 2009) V preklade to znamená schopnosť poradiť si a vysporiadať sa s neobvyklou, takmer nezvládnuteľnou situáciou alebo zvládnuť neobvykle ťažkú úlohu. Coping tiež možno označiť ako aktívne a funkčné stratégie zvládania. Treba spomenúť, že v opačnom póle stojí malcoping, resp. maladaptívne zvládanie, ktoré možno chápať ako pasívne a nefunkčné stratégie zvládania záťaže.

### 1.2.1 Štýl zvládania záťaže

Ako uvádza Křivohlavý (2009), Taylor definuje štýl zvládania ako „všeobecnú tendenciu narábať so stresujúcou situáciou určitým spôsobom“. Možno teda povedať, že takýto štýl zvládania ťažkostí do značnej miery charakterizuje daného človeka.

Dvojica štýlov „*vyhýbanie sa stresu*“ (avoidant style) a „*stavanie sa na odpor stresu*“ (confrontative or vigilant style) tvoria najsledovanejšie štýly zvládania.

- *vyhýbanie sa stresu* – ide o minimalizovanie kontaktu so stresom (uniknúť mu),
- *stavanie sa na odpor stresu* – ide o aktívne postavenie sa proti tomu, čo človeka ohrozuje.

Zdá sa, že každý štýl má svoje vhodné použitie v inej situácii. Vyhýbanie sa ukazuje ako vhodnejšie napr. tam, kde sa dá očakávať, že stres nebude príliš veľký a nebude trvať príliš dlho. Aktívny boj so stresom je vhodnejší tam, kde sa dá očakávať, že stres bude trvať dlhšiu dobu, alebo tam, kde sa pravdepodobne bude častejšie opakovať. Ukazuje sa tiež, že štýl vyhýbania sa konfrontácii so stresom je častejší u tých ľudí, ktorí majú relatívne menšie zdroje na dlhodobější boj (nemajú finančné zdroje, sú na tom zdravotne zle, sú starší apod.). (Křivohlavý, 2009)

Uvádza sa však ešte pomerne častý štýl, a to

- *sebaznehodnocujúci štýl* – je používaný tam, kde daná osoba očakáva, že v ťažkej situácii, pred ktorou stojí, s určitou pravdepodobnosťou neobstojí. Pristupuje k nej (napr. pri skúške) tak, že dopredu prehlasuje, že ide na nerovný boj, že zdravotne nie je

v poriadku, že je niečím hendikepovaná a pod. Uvádzaním negatívnych vecí (ospravedlňovaním a vyhováraním sa) sa snaží dopredu zabezpečiť pre prípad prehry a zachovať si tak tvár. (Křivohlavý, 2009.)

### 1.2.2 Stratégie zvládania záťaže

Voľba stratégie záťaže sa súčasťou psychológiou považuje za zložitý kognitívny proces. Dôležitú úlohu v ňom hrajú nielen osobnostné charakteristiky, ale aj individuálne odlišný svetozhľad a pohľad na vhodnosť a účinnosť rôznych postupov – tzv. systémov presvedčení. Poznanie tejto štruktúry sa považuje za prvoradú úlohu každého, kto sa snaží porozumieť tomu, ako sa daný človek v stresovej situácii rozhoduje. (Křivohlavý, 1994)

Ako uvádza Křivohlavý (2009), už pred štvrtstoročím sa vytypovali dva druhy stratégií zvládania stresu, a to:

- *stratégia zameraná na riešenie problému*, ktorý pôsobením stresu vznikol – ide o vyvinutie vlastnej aktivity a snahu konštruktívne riešiť danú situáciu, napr. odstrániť to, čo spôsobuje obavy a strach, likvidovať stresotvorné situačné vplyvy a zmeniť podmienky, ktoré zhoršujú celkový stav,

- *stratégia zameraná na vyrovnávanie sa s emocionálnym stavom*, ktorý je spojený so stresom – ide o reguláciu emocionálneho stavu, ktorý sa radikálne zmenil v dôsledku stresu, do ktorého sa daná osoba dostala. Ide napr. o zníženie miery obáv a strachu, či o zníženie miery zlosti.

Amirkhan (1990) faktorovou analýzou zistil tri faktory, ktoré zodpovedajú bazálnym postupom, ktoré ľudia používajú pri kontakte so stresorom, resp. so záťažovou situáciou:

Faktor I - odráža inštrumentálnu stratégiu zameranú na problém,

Faktor II - predstavuje stratégiu obracania sa na iných ľudí, na zabezpečenie komfortu, rady alebo jednoducho len ľudského kontaktu,

Faktor III - predstavuje stratégiu vyhýbania sa tak fyzickým, ako aj psychickým ústupom alebo únikom.

Tieto tri bazálne typy stratégií prirodzene nevyčerpávajú všetky možnosti zvládania (copingu), skôr zodpovedajú základným reakciám človeka na ohrozenie. Napr. riešenie problému – stratégia priameho „boja“, vyhľadávanie podpory – odraz potreby sociálneho kontaktu v čase a jeho následného pokračovania, a vyhýbanie sa, únikové reakcie, sú odvodené od fylogeneticky starších foriem úteku.

Podľa Nôtovej (2007, in Heretik & Heretik jr., 2007) rozoznávame tri základné typy zvládania a adekvátneho vyrovnávania sa so stresom - coping:

1. elimináciu stresorov (časový manažment, reorganizácia práce),
2. zmenu reakcií (relaxácia, sociálna podpora),
3. rozvoj „tlmiacich síl“ (fyzická aktivita, rekreačné aktivity).

Atkinsonová (Nôtová, 2007, in Heretik & Heretik jr., 2007) uvažuje v súvislosti so zvládaním stresu o aktivitách zameraných na problém a na emócie. Analyzuje rôzne stratégie zvládania stresových situácií:

- behaviorálne (fyzická aktivita, alkohol, drogy, vybijanie hnevu),
- kognitívne (prehodnotenie, odsunutie, zmena významu),
- ruminačné (uzatváranie sa do seba, sebaanalýza),
- rozptyľujúce (šport, voľnočasové aktivity),
- vyhýbavé (agresivita, alkohol, hazard).

Jednou z možností je aj využitie obranných mechanizmov a stratégií (vytesnenie, potlačenie, racionalizácia, reaktívny výtvor, projekcia, intelektualizácia, popretie, presunutie).

Uvádzame ešte copingovú *konceptiu represie – senzitivácie*. *Represia* je spôsob adaptácie, v ktorom prebieha vyhýbanie sa konfliktom, popieranie a potlačanie možnej hrozby. Naopak, pri *senzitivácii* sú možná hrozba a konflikt preceňované (Baštecký et al., 1993)

V poslednom období sa stále viac stretávame s dôrazom na variabilitu stratégií používaných pri zvládaní životných ťažkostí.

V psychologickej literatúre sa ustálilo členenie spôsobov, ktorými sa riešia životné ťažkosti, do troch kvalitatívne odlišných skupín (Křivohlavý, 1989):

1. riešenie problémov (hlavne riešenie heuristickým spôsobom),
2. zvládanie ťažkostí pomocou obranných mechanizmov,
3. zvládanie záťaže voľbou stratégií zvládania.

*Spoločnou črtou* obranných mechanizmov a stratégií zvládania stresu je to, že sa vzťahujú na riešenie, pre danú osobu, zdanlivo „neriešiteľných“ situácií, a predstavujú adaptívne snahy riadiť chod diania v situácii ohrozenia, kedy požiadavky situácie vysoko prevyšujú zdroje, ktoré má daná osoba k dispozícii. *Odlisujú sa* však svojím vzťahom k realite. *Obranné mechanizmy* (obránné stratégie) sú definované iluzórnym ponímaním



reality a neuskutočiteľnými spôsobmi jej riešenia. *Stratégie zvládania* sú jednoznačne určované ako realitu rešpektujúce. (Křivohlavý, 1989)

Anisman (1999) uvádza, že coping môže byť rozdelený na niekoľko podtypov, vrátane na emócie zameraného copingu (napr. emočný výraz, emočná kontrola, obviňovanie, vyhýbanie sa, popretie a pasivita), na problém zameraného copingu, sociálnu podporu, kognitívnu reštrukturalizáciu a riešenie problému.

Výskumníci sa často domnievajú, že na emócie zameraný coping je relatívne neefektívnou stratégiou, zatiaľ čo sociálne tlmenie, riešenie problému a kognitívna reštrukturalizácia môžu byť efektívnejšie. V rovnakej miere, je toto zhrnutie založené na zisteniach, že depresívni pacienti, zrovnocnení s kontrolnými subjektmi, majú tendenciu uprednostňovať na emócie zameraný coping a vrátiť sa skôr ku copingu zameranému na problém s úspešnou liečbou. Hoci na emócie zameraný coping môže byť neefektívny, ba dokonca kontraproduktívny, účinnosť stratégie môže závisieť od špecifického režimu stresu. Daná stratégia môže byť neefektívna v jednej skupine podmienok, ale môže byť vysoko efektívna v iných podmienkach. Napokon, schopnosť udržiavať flexibilitu a byť pripravený použiť rôzne stratégie, môže byť znakom efektívneho zvládania (coping). (Anisman, 1999)

### **1.2.3 Odolnosť voči záťaži**

V súčasnej dobe sa tak v psychológii, ako aj v medicíne, veľa pozornosti venuje vzťahu medzi stresom a zdravotným stavom človeka. Odbornej verejnosti sú známe viaceré štúdie, ktoré sú zamerané na jednoznačný negatívny vplyv stresu na vznik alebo zhoršenie fyzického ochorenia alebo psychickej poruchy, avšak za posledných 25 až 30 rokov sa objavujú štúdie, ktoré naznačujú možnosti zmiernenia tohto negatívneho vplyvu stresu pôsobením tzv. moderátorov.

Akýkoľvek druh závažného psychosociálneho stresu môže pôsobiť na imunitný alebo neuroendokrinný systém, či postihnúť organizmus iným spôsobom, a spustiť tak patofyziologický proces, ktorý by bez prítomnosti stresu, ktorý poslúžil ako katalyzátor, buď nevznikol, alebo by aspoň nenastal tak skoro. Mechanizmus, ktorým sa tieto reakcie dejú, nie je dosiaľ celkom jasný. Je tiež zrejmé, že rovnaký stres vedie u rôznych ľudí k rôznym dôsledkom. Tieto rozdiely je možné vysvetliť už spomenutými moderujúcimi faktormi, z ktorých sú za najdôležitejšie považované jednak určité osobnostné faktory, jednak niektoré sociálne determinované faktory, ktoré vychádzajú predovšetkým

z kvantitatívnej a kvalitatívnej charakteristiky sociálnych interakcií každého človeka (Šolcová & Kebza, 1995)

Ako uvádza Šolcová (1995), osobnosť môže vo všeobecnosti ovplyvňovať zdravie a psychickú pohodu tromi spôsobmi:

1. osobnosť môže byť vysvetlením toho, prečo sa niektorí ľudia dostávajú do stresu vždy a všade a iní nie,
2. osobnosť môže ovplyvniť spôsob, akým ľudia na stres reagujú,
3. osobnosť môže ovplyvňovať zdravie a psychické procesy mechanizmami, ktoré nesúvisia so stresom navodeným z vonkajšieho prostredia.

Dlhodobo platné osobnostné charakteristiky sa v podmienkach stresu premietajú do copingových procesov, a to tak, že rozhodujúcim spôsobom ovplyvňujú výber copingových stratégií, ktoré ovplyvňujú následné psychické procesy (vedú napr. k negatívnym emóciám) a tým aj ich neuroendokrinnu zložku. Určité osobnostné charakteristiky tak predisponujú k určitému štýlu vyrovnávania sa so stresom, a môžu byť vysvetlením odlišnej zraniteľnosti rôznych osôb voči stresu. Ich spoločnou charakteristickou črtou je predovšetkým predpokladaná schopnosť absorbovať dopad stresujúcich udalostí na zdravotný a psychický stav človeka. (Bolger, 1990)

Jedným z najznámejších reprezentantov koncepcií odolnosti voči stresu je Kobasovej koncepcia v zmysle hardiness. (Křivohlavý, 1989)

Ako uvádza Sayette (1999), už v minulosti sa termín „stres“ používal na opis podnetov alebo udalostí, ktoré narúšajú organizmus (t.j. stresorov), a na komplex fyziologických reakcií na takéto podnety (t.j. stresová odpoveď). Pretože ľudia reagujú na rovnaké podnety rôzne, Lazarus a Folkman poukázali na to, že stres môže byť najlepšie definovaný ako posúdenie alebo interpretácia udalosti, alebo ako poškodenie, strata alebo ohrozenie. Tento prístup pripúšťa, že udalosť môže byť vysvetľovaná jednou osobou ako stresujúca, ale druhou osobou môže byť interpretovaná ako neškodná alebo pozitívna.

Lazarus a Folkman (O'Leary & Helgeson, 1997, in Gallant et al., 1997) rozdelili spôsoby zvládania špecifických stresorov do dvoch kategórií:

- coping zameraný na problém a
- coping zameraný na emócie.

Podstatou *copingu zameraného na problém* je zmena aktuálnej stresujúcej situácie, napr. hľadanie nového zamestnania alebo rozvod, a je výhodné uplatniť ho v kontrolovateľných situáciách. Jadrom *copingu zameraného na emócie* je zmierniť

stresovú reakciu, napr. relaxáciou alebo odpútaním pozornosti. Je výhodné uplatniť ho najmä v nekontrolovateľných situáciách.

Pri sledovaní interakcií v stresovej situácii sú dôležité dva okruhy faktorov. Na jednej strane sú to situačné faktory – objektívne charakteristiky stresora, a na strane druhej je to subjektívne hodnotenie stresora.

Podľa Knussen & Cunningham (1988, in Fisher & Reason, 1988) je stres dynamický a interaktívny proces, v ktorom hrajú významnú rolu kognitívne ohodnotenie („appraisal“) a coping. Ohodnotenie je proces, v ktorom je udalosti prisúdený určitý význam. Model ohodnotenia vychádza z predpokladu, že nič nie je stresujúce, pokiaľ to tak nie je percipované daným jedincom. Zameriava sa na kognitívne ohodnotenie udalosti, ktoré má dva stupne – primárne a sekundárne hodnotenie. V primárnom hodnotení je udalosť posúdená ako irelevantná, pozitívna alebo negatívna. Negatívna udalosť môže súvisieť :

- so stratou alebo škodou,
- s ohrozením, ktoré môže potenciálne stratu alebo škodu spôsobiť,
- s výzvou, ktorá je príležitosťou pre zisk alebo rast.

Primárne ohodnotenie ovplyvňujú faktory prostredia, situačné faktory a osobnostné faktory.

Ak človek vníma udalosť ako stresujúcu, nastupuje sekundárne hodnotenie, v ktorom zvažuje svoje copingové zdroje:

- fyzické – zdravie, životná energia a pod.,
- sociálne – sociálna sieť a podpora,
- psychologické – presvedčenia, hodnoty, sebaúcta, schopnosť riešiť problém,
- materiálne – financie, nástroje a pod.

Coping teda možno definovať ako „... kognitívne a behaviorálne úsilie o zvládnutie, redukciu alebo toleranciu vnútorných či a/alebo vonkajších požiadaviek, ktoré sú vytvorené stresujúcou transakciou“ (Knussen & Cunningham, 1988, in Fisher & Reason, 1988). Výsledok copingu potom môže viesť ku zmenám v psychickom a somatickom zdraví, alebo v sociálnom fungovaní. Keďže ide o proces dynamický, v ktorom sa ohodnotenie situácie a coping navzájom ovplyvňujú, okamžitý neúspech môže viesť k opätovnému prehodnoteniu a k hľadaniu nových copingových stratégií. Úspech tiež môže ovplyvniť copingové zdroje – môže zvýšiť sebadôveru, sebaúctu a i. (Knussen & Cunningham, 1988, in Fisher & Reason, 1988)

#### **1.2.4 Osobnostné charakteristiky v kontexte so zvládaním stresu**

Určité vlastnosti sa spolu spájajú, majú k sebe blízko, a ak sú v prevahe, vytvárajú určitý typ jedinca. Keď máme svoj typ osobnosti, umožní nám to lepšiu orientáciu o nás samých. Osobnostné črty sa vytvárajú pod vplyvom vrozených (genetických) dispozícií a vonkajšieho prostredia (učenie, sociálne interakcie). (Irmiš, 1996)

Stres a osobnostné charakteristiky preto od seba nemožno oddeľovať. Šolcová a Kebza (2008) uvádzajú dva dôvody, prečo je to tak. Jednak je to fakt, že pojmu stres nemožno rozumieť bez toho, aby sme špecifikovali konkrétneho človeka, ktorý sa nachádza v stresogénnej situácii, a aby tento konkrétny človek stres bezprostredne prežíval. Eysenck (1983, in Kebza, Šolcová, 2008) formuloval dôvod druhý. Hovorí o tom, že v psychológii nemá význam formulovať všeobecné zákony bez toho, aby sme brali do úvahy individuálne rozdiely ľudí. Nemožno aplikovať zákonitosti stresu na celú populáciu, pretože ľudia sa jeden od druhého značne líšia už v chápaní a vnímaní stresu, a na základe toho i v reakcii na stres, resp. na záťažovú situáciu.

Stratégia zvládania záťaže je ovplyvnená viacerými faktormi. Sú nimi situačné faktory determinované kontextom stresogénnej situácie, a dispozičné stresory, ktoré závisia od dispozícií jednotlivca. (Vašina, 1999) Niektoré osobnostné charakteristiky významne vplyvajú na spôsob zvládania, tak na úspešný, ako aj neúspešný. Sú neoddeliteľnou zložkou života, pretože rozhodujúcim spôsobom ovplyvňujú výber vyrovnávacích stratégií, ktorý výrazne ovplyvňuje psychické procesy, ktoré prebiehajú pri vyrovnávaní sa so stresom. Konkrétne osobnostné charakteristiky nás predisponujú k používaniu určitého štýlu vyrovnávania sa so stresom, a teda môžu poskytnúť vysvetlenie pre odlišnú zraniteľnosť rôznych osôb počas stresu. (Kebza & Šolcová, 1996)

#### ***Vulnerabilita k stresu***

Vulnerabilitou rozumieme zraniteľnosť alebo zvýšenú citlivosť. Je to dispozícia reagovať funkčnou poruchou, v stresových situáciách je do istej miery v protiklade voči resiliencii – odolnosti, nezdolnosti voči pôsobiacim stresorom. Ku vzniku choroby dôsledkom stresorov môže dôjsť vtedy, ak je jedinec psychicky alebo fyzicky k špecifickej poruche náchylný. Tieto predispozície k určitým ochoreniam v dôsledku stresogénnych situácií sú individuálne. V koncepcii vulnerability sa významne uplatňujú psychosociálne vplyvy. (Kebza, 2005)

### ***Nezdolnosť v kontexte resiliencie***

Resilienciu je možné chápať ako súbor osobnostných dispozícií ovplyvňujúcich odolnosť jedinca voči pôsobiacim stresogénnym vplyvom. Odborne je tento pojem vymedzený ako odolnosť, pružná, elastická a húževnatá nezdolnosť, nezlomnosť posilňujúca životné sily. Okrem osobnostných čŕt je zdrojom nezdolnosti tiež sociálna a somatická oblasť (napr. fyzická zdatnosť). Psychická odolnosť je komplexná dispozícia, ktorá umožňuje človeku sa rozvíjať, vyzrievať a rozvíjať kompetencie v nepriaznivých životných podmienkach (Kebza & Šolcová, 2008).

### ***Locus of control***

Ako uvádza Rotter (in Kebza & Šolcová, 2008), ľudia sa navzájom líšia jadrom riadenia svojich činností. Osoby s vonkajším – externým miestom kontroly – sú presvedčené, že ich život je určovaný vonkajšími okolnosťami, a sami nemajú na jeho vývin významnejší vplyv. Naproti tomu osoby s vnútorným miestom kontroly sú presvedčení, že vývoj ich života závisí predovšetkým od ich schopností, aktivity a úsilia, a že sami majú významný a určujúci vplyv na jeho vývoj. Vnútorné miesto kontroly umožňuje jedincovi, okrem iného, vysvetľovať vzťah zdravia a choroby vlastným správaním a prijať tak aktívny a účelný štýl zvládania záťažových situácií.

### ***Sence of coherence***

Problematike „sense of coherence“ sa venujú viacerí autori, ktorí tento termín prekladajú napr. ako „zmysel pre súdržnosť“ (Kebza, 2005), „zmysel pre integritu“ (Křivohlavý, 2009) alebo „vedomie súvzťahovosti“ (Hošek, 2003).

Sence of coherence tvoria tri zložky: zvládnuteľnosť (manageability), zrozumiteľnosť (comprehensibility), zmysluplnosť (meaningfulness). (Křivohlavý, 2009)

## 2 NEZDOLNOSŤ V KONTEXTE HARDINESS

Hardiness možno považovať za jeden z moderátorov stresu, teda je to činiteľ, ktorý má zmiernujúce a tlmiace účinky na negatívne pôsobenie.

Ako uvádza Nôtová (2007), štúdie zaoberajúce sa možnosťami zmiernovania dosahu negatívneho stresu zdôrazňujú moderátory, sprostredkujúce činitele, zmiernujúce a tlmiace toto negatívne pôsobenie. Hardiness patrí k tzv. vnútorným zdrojom, ktorým sa pripisuje najvýraznejší zmiernujúci účinok. Hardiness – osobnostná odolnosť alebo duševná otužilosť je takou charakteristikou osobnosti, ktorá umožňuje zmierniť až tlmieť negatívny vplyv nepriaznivých životných udalostí. Hardiness možno charakterizovať ako osobnú odolnosť alebo „duševnú otužilosť“, čiže umožňuje tlmieť vplyv nepriaznivých životných udalostí. Autormi koncepcie hardiness sú Kobasová, Maddi a Khan.

Křivohlavý (2009) uvádza, že Kobasová sa zamerala na riadiacich pracovníkov strednej sociálnej vrstvy. Rozdelila ich podľa výsledkov vyšetrení pomocou tzv. „Social Readjustment rating Scale“ (škála sociálneho prispôsobenia) na dve extrémne skupiny. V jednej boli tí, ktorí v posledných troch rokoch častejšie chýbali v práci z dôvodu choroby a zažili veľa stresu. V druhej boli naopak tí, ktorí zažili stresu menej. Rozborom charakteristík ľudí v týchto skupinách (s využitím tzv. existenciálneho prístupu k analýze osobnosti) zistila tri charakteristiky, ktorými sa tieto skupiny od seba výrazne líšia: jednou bol dojem danej osoby, že je schopná riadiť a kontrolovať situáciu, v ktorej sa nachádza (control). Druhou bola charakteristika oddanosti – do akej miery sa daný človek osobne stotožňuje s tým, čo robí (commitment). Treťou charakteristikou bolo pochopenie ťažkých situácií ako výziev k boju (challenge). Tieto tri charakteristiky podriadila Kobasová pod pojem tzv. hardiness – osobnostnej tvrdosti.

Rovnako tieto štúdie ukázali, že ľudia, ktorí dosahujú vyššie hodnoty v dimenzii tvrdosti (hardiness), lepšie zvládajú napr. zdravotné ťažkosti po operáciách srdca, sú telesne aj psychicky zdravší, lepšie sa o seba starajú, používajú častejšie účinnejšie a aktívnejšie stratégie riešenia problémov ako stratégií vyhýbajúcich sa ťažkostiam, častejšie vyhľadávajú a využívajú sociálnu oporu a pod. Hlbšie štatistické analytické štúdie ukázali, že pravdepodobne základným faktorom v tomto súbore je zložka nazvaná „control“. Na druhej strane sa – podľa týchto štúdií – zistilo, že zložka „výzva“ (challenge) nemá veľký vplyv. (Křivohlavý, 2009)

Hardiness teda charakterizujú tri osobnostné črty:

- control - kontrola diania, kognitívna kontrola, copingové spôsobilosti,

- commitment - odovzdanosť, zaangažovanosť, ujasnené hodnoty, zmyslupnosť života,

- challenge - výzva, dobrá adaptabilita na zmeny, flexibilita. (Křivohlavý, 2009)

Možno teda konštatovať, že hardiness je prepojenie kognitívno - emocionálnych dimenzií osobnosti, je to určitý osobnostný štýl, získavaný od detstva, v procese fungovania interakcií jedinca s jeho interpersonálnym okolím. Nepreukázala sa korelácia hardiness s konštitučnými predispozíciami, s demografickými charakteristikami ani s úrovňou závažných životných udalostí.

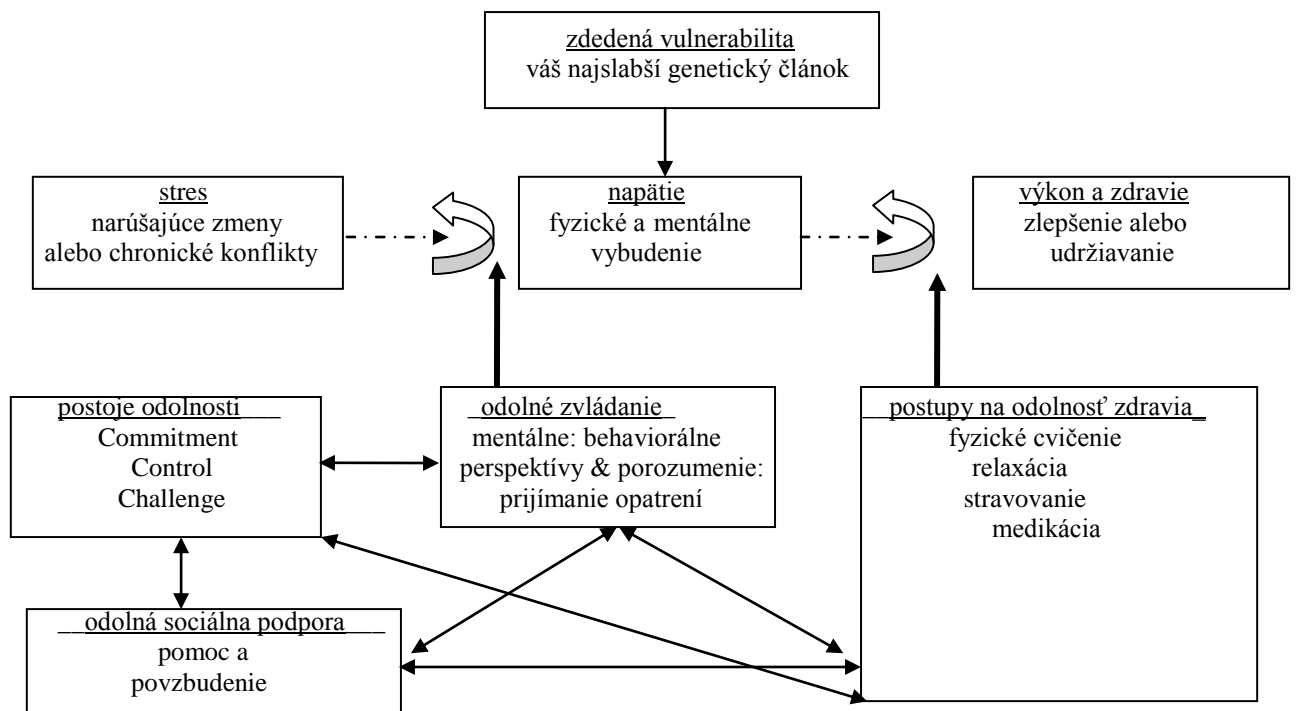
Predpokladá sa, že osoby s vysokou mierou hardiness pozitívne a optimisticky hodnotia situáciu, čo vedie k výberu primeraných vyrovnávajúcich stratégií. Tým sa škodlivý dosah stresogénnych udalostí znižuje.

Nemenej dôležité je, že túto premennú možno trénovať a zvyšovať jej úroveň. (Maddi, 2006)

Ako uvádza Maddi (2006), tieto tri charakteristiky odolnosti (control, commitment, challenge) poskytujú odvahu a motiváciu robiť náročnú prácu obrátením stresujúcich okolností namiesto potenciálnych katastrof do možností rastu. Hardiness ako taká, je teda cestou pružnosti v strese. Nestačí však mať len jednu alebo dve tieto charakteristiky odolnosti. Sú potrebné všetky tri za účelom dosiahnutia odvahy.

Na základe tohto chápania sú postoje hardiness kognitívno-emocionálnou „zlúčeninou“, ktorá vytvára naučený, na rast orientovaný osobnostný nárazník. Ten toto prispôsobuje do pozitívnej psychológie a je jasné presvedčenie, že hardiness facilituje prevrátenie stresu do výhody, rastom v takých výkonových hľadiskách, ako je kreativita, múdrosť a naplnenie, a udržiavanie alebo zvyšovanie fyzického a mentálneho zdravia.

Ako konceptualizovaný proces, prostredníctvom postojov hardiness vedie k stupňovaniu výkonu a zdravia, čo je zobrazené na Obr. 1. Tento model ukazuje, že ako vystupujú akútne stresy (narúšajúce zmeny) a chronické stresy (pokračujúce konflikty), tak príliš narastá vybudenie organizmu. A ak je vybudenie organizmu (alebo napätie) príliš intenzívne a príliš prolongované, výkon a zdravie môžu byť podlomené so zrušením sa, ktoré sa objavuje v línii s genetickou vulnerabilitou (citlivosťou) jedinca.



Obr. 1 Model hardiness pre skvalitnenie výkonu a zdravia. Cc. 1986-2006 Hardiness Institute, Inc. (Maddi, 2006)

Ochrana psychického zdravia v stresujúcej situácii má dôležitý vplyv na účinný výkon. Psychologická hardiness (odolnosť) je jeden z indikátorov psychického zdravia, ktorý je založený založený na existenciálnej osobnostnej teórii.

Maddi (2006) uvádza, že hardiness bola konceptualizovaná skôr ako niečo, čo sa vyvíja, nie ako niečo, čo je vrodené. Na základe toho sa navrhol tréningový hardiness-program, v ktorom je obsiahnuté tréningovanie odolného zvládania (hardy coping), sociálnej interakcie a tréningovanie samostatnosti, plus spätná väzba ohľadne tréningovaných postupov, aby sa prehĺbili tieto „odolné“ postoje. Aj viaceré štúdie, zamerané na hodnotenie efektívnosti tréningov hardiness u študentov a dospelých pracujúcich ukázali, že sa nielenže zvýšila miera hardiness, ale tiež sa zlepšil výkon a zdravie. U pracujúcich dospelých sa taktiež zvýšila spokojnosť s prácou a konštruktívne vzťahy s kolegami. Po tréningu taktiež poklesol počet zamestnancov, ktorí mali príliš vysoký krvný tlak. Čo sa týka študentov, tréning nielenže zvýšil ich hardiness, ale taktiež mieru ich priemerného akademického výkonu počas nasledujúcich dvoch rokov.



Hasel et al. (2011) realizovali štúdiu efektivity tréningového programu hardiness na percipovaný stres a zameranú tiež na vplyv tohto tréningového modelu na zvýšenú mieru hardiness u vysokoškolákov. Výsledky štúdie potvrdili, že počas tréningového programu hardiness mala výskumná vzorka zvýšenú mieru hardiness a zníženú mieru percipovaného stresu v rovnakom čase, čo naznačuje, že použitie tréningového programu hardiness môže byť efektívne vo zvyšovaní hardiness a v znižovaní miery percipovaného stresu u študentov, a môže mať na nich pozitívny dopad.

Zistenia z tejto štúdie sú tiež konzistentné s inými štúdiami, ktoré realizovali Maddi, Harvey, Khoshaba, Fazel & Resurreccion (2009), Judkins a Ingram (2002) a Tierney a Lavelle (1997), ktorí zistili, že vzdelávacie ponuky sú účinné vo zvyšovaní miery hardiness. Maddi (1987) a Rowe (1999) použitím longitudinálneho prístupu uviedli trvalé zvýšenie hardiness po 6 až 26 po sebe idúcich pravidelných tréningových sedení. (in Hasel et al., 2011)

### **3 STRES A ALKOHOL**

Po traumatickej udalosti, či po rôznych dlhodobejšie zaťažujúcich okolnostiach, ľudia často udávajú požívanie alkoholu na zmiernenie svojich symptómov anxiety, podráždenosti či depresie.

Na porozumenie toho, ako trauma môže viesť k emočnému distresu a ovplyvňovať konzumáciu alkoholu, je dôležité porozumieť biochemickým zmenám, ktoré sa objavajú počas a po zážitku nezvládnutej traumy. Ako uvádza Sayette (1999), alkohol môže zmierniť tieto symptómy, pretože pitie kompenzuje nedostatky v aktivite endorfínov, ktoré nasleduje po traumatizujúcej skúsenosti.

#### **3.1 Biochemické zmeny počas stresujúcej, resp. traumatickej situácie a po nej**

Počas nezvládnutej traumy zvýšenie endogénnych opioidov (endorfínov) pomáha ochromiť bolesť z traumy. Následne po traume sa však prejaví ústup endorfínov, ktorý môže prispievať k symptómom emocionálneho distresu, ktorý sa pozoroval po traumatickej udalosti, podobne ako aj zvýšenie túžby piť alkohol. Hypotéza kompenzácie endorfínov predpokladá, že ľudia požívajú alkohol následne po traumatickom zážitku ako pokus o zmiernenie nedostatku endorfínov. V zhode s touto hypotézou, toto požívanie alkoholu vytvára životný cyklus, v ktorom je potrebné väčšie množstvo alkoholu na prevenciu následných symptómov ústupu endorfínov. Chronická expozícia tomuto návyku vytvárajúcemu cyklu môže viesť k závislosti od alkoholu. Špeciálna populácia, ako sú ženy, môže byť vo zvlášť veľkom riziku pre traumou indukované, súčasné objavenie sa alkoholizmu a psychopatológie. Tento model je dôležitou implikáciou pre liečbu traumou indukovaného psychického distresu a závislosti od alkoholu. (Volpicelli et al., 1999)

Psychická trauma však nemusí nevyhnutne viesť k dlhotrvajúcemu emocionálnemu distresu alebo k zneužívaniu alkoholu. Pravdepodobnosť zažitia nepriaznivých dôsledkov sa skôr vzťahuje k schopnosti postihnutej osoby zvládnuť traumu.

## **3.2 Vzťah medzi konzumáciou alkoholu a redukciou stresu**

V posledných rokoch sa realizovali viaceré štúdie na objasnenie vzťahu medzi konzumáciou alkoholu a redukciou stresu. Vytýčili sa dve hlavné oblasti analýzy – osobnostné a individuálne faktory a situačné faktory, ktoré sprostredkujú stres-redukujúci efekt alkoholu. Výskum individuálnych diferencií sa snaží identifikovať tých ľudí, u ktorých je najvyššia pravdepodobnosť, že budú alkohol používať na redukciu stresu. Výskum situačných faktorov sa pokúša determinovať okolnosti, v ktorých je konzumácia alkoholu najefektívnejšia pri redukcii stresu.

### **3.2.1 Individuálne faktory**

Viaceré výskumy potvrdzujú, že niektoré biologické a osobnostné charakteristiky môžu ovplyvňovať mieru, v ktorej je jedinec senzitívny na stres redukujúci efekt alkoholu. Tieto charakteristiky zahŕňajú najmä genetické faktory, pohlavie, vek, rodinnú históriu alkoholizmu, osobnostné črty, mieru sebavedomia, úroveň kognitívnych funkcií, či očakávanie stres redukujúceho účinku alkoholu.

#### **3.2.1.1 Genetické faktory**

Anisman et al. (1999) na základe viacerých zistení uvádzajú, že psychologické a fyziologické odpovede na dané stresory môžu medzi jedincami značne variovať, v dôsledku čoho je ovplyvnený typ patológie u tej osoby, ktorá je vulnerabilná. Takáto vulnerabilita môže byť ovplyvnená genetickými faktormi.

Individuálne alebo genetické rozdiely v stresovej odpovedi môžu vykazovať buď celkové zvýšenie reaktivity alebo značne špecifické zvýšenie v reaktivite príslušného biologického systému. Podobne, zmeny v pôsobení transmitterov v jednej oblasti mozgu alebo zmeny jedného aspektu imunitného fungovania, nenaznačujú podobné zmeny v iných oblastiach mozgu alebo v iných aspektoch imunity. Interindividuálne rozdiely vo fragilitate rozdielnych biologických systémov môžu determinovať, prečo stresor zvyšuje vulnerabilitu na príslušnú patológiu u jedného jedinca, ale rozdielnu patológiu u iných jedincov. Navyše, ak je organizmus vybavený zvýšenou vulnerabilitou na vplyv stresoru na neurochemické procesy, podobne ako zvýšenou genetickou vulnerabilitou na príslušnú patológiu, potom by sa dalo predpokladať, že stresor zvýši riziko pre príslušnú patológiu. Anisman et al. (1999)

Problémy s alkoholom, ako sa zdá, sa „spúšťajú“ v niektorých rodinách. Tieto rodinné spätosti s alkoholizmom môžu byť výsledkom genetickej väzby a/alebo môžu

odrážať formovanie konzumačného správania u dieťaťa. Súrodenci taktiež môžu ovplyvňovať pitie prostredníctvom formovania a poskytovaním prístupu k alkoholu (jeho dosažiteľnosť). Nie je jasné, či deti alkoholikov majú rozdielne vzory pitia a problémy v mladej dospelosti, oproti tým, u ktorých sa v rodine alkoholizmus nevyskytuje. Výskumy však ukazujú, že u ľudí s rodinným výskytom alkoholizmu je menšia pravdepodobnosť, v porovnaní s tými, ktorí nemajú rodinný výskyt alkoholizmu, že vyzrejú z nadmerného pitia, podobne ako k tomu pristupovali v mladej dospelosti. (NIAAA, 20006a)

**V prípade alkoholizmu** by mohli genetické faktory podporujúce zvýšený príjem alkoholu, spolu s dedičnou dispozíciou k nadmernej stresovej reaktivite alebo nevhodný copingový štýl, potenciálne prispieť k abúzu alkoholu.

### **3.2.1.2 Pohlavie**

Anisman et al. (1999) uvádzajú, že údaje týkajúce sa efektu stresorov, ktorý závisí od pohlavia, sú limitované, hoci výskumníci zistili, že odpoveď hypotalamo-pituitárno-adrenálnej osi na stresor je väčšia u samičiek než u samcov potkanov. Tento vplyv, ako sa zdá, sa objavuje na takmer každej úrovni fungovania hypotalamo-pituitárno-adrenálnej osi, a odpovede v nejakom rozsahu sú regulované interakciou medzi hypotalamom, hypofýzou a pohlavnými orgánmi. Takéto faktory môžu prispievať k pohlavným rozdielom často videným vzhľadom na niektoré poruchy správania (napr. poruchy nálad), ale podiel týchto faktorov ku konzumácii alkoholu a iných drog nie je zatiaľ jasný.

Väčšina štúdií, ktoré analyzovali vzťah medzi konzumáciou alkoholu a stresom, sa realizovala len na mužoch. Iba v poslednom čase sa objavujú štúdie, ktoré sa viedli s participantmi oboch pohlaví. Prvé štúdie, ktoré sledovali účinok alkoholu na stres u oboch pohlaví naznačili, že medzi mužmi a ženami je rozdiel v konzumácii alkoholu pre jeho stres redukujúci efekt. Avšak ďalšie štúdie tento rozdiel nepotvrdili, aj napriek tomu, že ženy boli na stresory senzitívnejšie. (Sayette, 1999)

### **3.2.1.3 Vek**

U ľudí je závislosť vplyvu stresorov od veku ovplyvnená početnými psychosociálnymi faktormi (napr. redukované fyzické schopnosti, finančné ťažkosti, strata zdrojov zvládania, sociálnej podpory a fyziologickej flexibility). Animálne štúdie ďalej naznačujú, že určité neurochemické systémy, ktoré sú citlivé na stresory reagujú rozdielne u starých, v porovnaní s mladými jedincami. U ľudí, kde sa starnutie častejšie spája s redukciami copingových schopností alebo možností zvládania (následkom napr. oslabenej

sociálnej podpory nasledujúcej po strate priateľov a milovanej osoby, zredukovaných fyzických schopností a možných finančných starostí), vplyv stresorov na patologické procesy môže byť obzvlášť výrazný. Na základe toho vývinové, sociálne a kultúrne faktory ovplyvňujú nielen percepciu stresu, ale tiež individuálne copingové štýly. (Anisman et al., 1999)

Takéto premenné pravdepodobne prispievajú k patologickému stavu a mali by brať do úvahy vzťah stresu a alkoholizmu.

#### **3.2.1.4 Miera sebavedomia**

Hull (in Sayette, 1999) uviedol, že u ľudí, ktorí sú sebavedomejší, je vyššia pravdepodobnosť konzumácie alkoholu pre jeho stres redukujúci efekt. V zhode s týmto modelom sebauvedomenia sebavedomí ľudia konštantne hodnotia svoj vlastný výkon a stres môžu pociťovať vtedy, ak je výsledok sebahodnotenia negatívny. Konzumácia alkoholu oslabuje u pijana schopnosť zakódovať informáciu z okolia, so zreteľom na jej významnosť pre seba samého. V dôsledku toho sa aj sebauvedomenie pijana a asociovaný stres znižujú. Redukcia stresu má potom vzpružujúci efekt, v dôsledku čoho narastá pravdepodobnosť ďalšieho pitia. Niektoré štúdie podporujú túto hypotézu demonštráciou toho, že sebavedomejší ľudia sú vnímavejší k stres redukujúcemu účinku alkoholu. Avšak ďalšie štúdie predkladajú rozporuplné zistenia.

#### **3.2.1.5 Kognitívne fungovanie**

Kognitívne fungovanie taktiež môže ovplyvňovať mieru stres redukujúceho efektu alkoholu. Ukazuje sa, že alkoholom sa narúša spracovanie nových informácií v mozgu (t.j. kognitívne spracovanie). V dôsledku toho alkohol môže byť zvlášť narúšajúci u ľudí s kognitívnym deficitom. Výskumníci zistili, že účastníci jednej štúdie, ktorí vykazovali najnižší kognitívny výkon (t.j. mali najviac ťažkostí pri organizovaní novej informácie), vykazovali najväčšiu reakciu pitia pre jeho stres redukujúci efekt. (Sayette, 1999)

Zistilo sa tiež, že metakognície pozitívne a signifikantne súvisia s požívaním alkoholu a so sklonom k problémovému pitiu. Pozitívne a signifikantné vzťahy sa taktiež pozorovali medzi anxiétou a depresiou na jednej strane, a požívaním alkoholu a sklonom k problémovému pitiu na strane druhej. Viacnásobná regresná analýza naznačila, že anxieta a vedomie potreby kontrolovať myšlienky nezávisle predikovali požívanie alkoholu, a anxieta samostatne predikovala sklon k problémovému pitiu. Tieto predbežné výsledky,

zdá sa, by mohli naznačovať, že metakognitívna teória môže byť relevantná pre porozumenie požívania alkoholu. (Spada et al., 2005)

### 3.2.1.6 *Osobnosť*

Od začiatku 80. rokov výskumníci zjednocovali určité osobnostné črty, ktoré považovali za významné pre zvýšené riziko alkoholizmu kvôli zosilnenej stres-redukujúcej reakcii na alkohol. Napr. Sher a Levanson (in Sayette, 1999) zistili, že ľudia, ktorí mali problémy s ovládaním svojho správania, pociťovali nárast potreby alkoholu pre jeho stres redukujúci efekt. Tieto, ako aj iné pozorovania naznačili, že ľudia s takouto osobnostnou črtou môžu byť vnímavejší k vzpružujúcemu účinku alkoholu, ktorý redukuje stres. Táto vnímavosť zas môže napomôcť rozvoju alkoholizmu.

Hoci vzťah medzi osobnosťou a poruchami súvisiacimi s požívaním alkoholu je extenzívne skúmaný u starších adolescentov a dospelých, ďaleko menej sa výskum realizuje s ohľadom na osobnosť a účasti alkoholu v skoršej adolescencii. Osobnosť v adolescencii vo všeobecnosti je menej rozvinutá v porovnaní s dospelými. Pravdepodobne na tom má čiastočný podiel tendencia výskumníkov zaujímať sa o individuálne rozdiely v detstve a sústredenie sa na črty temperamentu, o ktorých sa uvažuje, že reprezentujú úplne základné tendencie v reakcii osoby na prostredie. Tieto črty temperamentu sú vysoko dedičné a sú obyčajne hodnotené rodičmi alebo inými dospelými. Na rozdiel od toho, výskumníci zameraní na dospelých sa prikláňajú k pohľadu na oveľa komplexnejšie črty získané prostredníctvom sebauposúdenia. A tak obdobie adolescencie (najmä skorej adolescencie) sa nachádza na križovatke výskumných tradícií pri temperamente v detstve a dospeljej osobnosti, čo môže byť dôvodom, prečo sa tomuto veku nedostáva väčšej dávke pozornosti (Sher et al., 1996, in Sayette, 1999)

V literatúre sú popisované početné osobnostné črty, avšak výskum naznačuje, že väčšina z nich môže byť včlenená do vyššieho usporiadania. Aktuálne významné modely sú obyčajne definované buď ako „**Big Three**“ (Eysenck, 1990, in Psychosocial Processes and Mechanisms of Risk and Risk and Protection, 2004/2005) alebo „**Big Five**“ (Goldberg, 1992, in Psychosocial Processes and Mechanisms of Risk and Risk and Protection, 2004/2005). **Big Three** prístupy väčšinou popisujú svoje faktory ako reprezentujúce: (1) negatívnu emocionalitu alebo neuroticizmus, (2) pozitívnu emocionalitu alebo sociabilitu alebo extraverziu a (3) impulzivitu alebo nekontrolované správanie. Aj negatívna emocionalita/neuroticizmus aj pozitívna

emocionalita/sociabilita/extraverzia majú svoje kópie v **Big Five** prístupoch, ale impulzivita alebo nekontrolované správanie sa javí primárne ako odrážajúce v Big Five črtu (alebo nedostatok) zásadovosti podobne ako v Big Five črty (nízkej) prívetivosti a neuroticizmu. Okrem toho, črta vyššej svedomitosti sa vzťahuje buď k „otvorenosti k zážitkom“ alebo sa taktiež objavuje „intelekt“ (v závislosti od osobnostného systému).

Výskum u starších adolescentov a dospelých výraznejšie naznačuje, že črty vzťahujúce sa k nekontrolovanému správaniu sa silnejšie spájajú s požívaním alkoholu a s poruchami súvisiacimi s požívaním alkoholu, zatiaľ čo črty spojené s negatívnou emocionalitou sú tak trochu menej dôležité. Daný výskum naznačuje, že tieto základné zistenia zovšeobecňujú na mladších adolescentov, ale základ dôkazu nie je v súčasnosti dostatočne jasný.

### **3.2.1.7 Stabilita adolescentnej osobnosti**

Pretože adolescencia je obdobím dramatických fyzických, sociálnych a interpersonálnych zmien, je odôvodnené sa domnievať, že štruktúra a stabilita adolescentnej osobnosti sa odlišuje v dôležitých smeroch od štruktúry a stability dospeljej osobnosti. Stabilita osobnosti sa zdá byť vyššia počas dospelosti (po dosiahnutí veku 50 r.). Naznačuje to, že osobnosť počas adolescencie je relatívne nestála.

Malo by tiež byť známe, že štruktúra a poruchy súvisiace s alkoholom majú tendenciu sa meniť počas života. Rôzne výskumy naznačujú, že rôzne symptómy porúch súvisiacich s alkoholom majú rôzny význam na rôznych vývinových úrovniach. Navyše, sú tu významné zmeny súvisiace s vekom v prevalencii a v priebehu porúch súvisiacich s alkoholom. Je to dôležité pre budúci výskum, ktorý by sa mal zamerať na požívanie alkoholu a iných drog v adolescencii, a z vývinovej perspektívy sa sústrediť na to, aké zmeny v štruktúre osobnosti aj porúch súvisiacich s alkoholom vzájomne pôsobia počas života.

Vzťah medzi osobnosťou a požívaním alkoholu v adolescencii je teda zložitý.

### **3.2.1.8 Rodinná anamnéza alkoholizmu**

Sayette (1999) uvádza, že u detí alkoholikov je vyššie riziko, že budú mať problémy s alkoholom v porovnaní s deťmi, ktorých rodičia nie sú alkoholici. Hoci niektoré výskumy tento fakt čiastočne potvrdzujú, v tejto oblasti sú potrebné viaceré výskumy, ktoré sa musia vysporiadať s pomerne náročnými metodologickými požiadavkami.

### 3.2.2 Očakávania od alkoholu

Koncepcii očakávania sa v oblasti alkoholu dostáva osobitnej pozornosti.

Medzi tými očakávaniami, ktoré sa najčastejšie identifikujú ako súvisiace s vyššou úrovňou pitia sú tie, ktoré zlepšujú sociálne/sexuálne fungovanie a majú pozitívne emocionálne dôsledky. Resumé z viacerých štúdií naznačuje, že participanti, ktorí majú viac očakávaní pozitívnych/nabudzujúcich dôsledkov od pitia, alebo silnejšie potvrdenie takýchto očakávaní na Likertovej škále (na ktorej respondenti hodnotia mieru, s ktorou súhlasia alebo nesúhlasia s daným stavom), majú tendenciu piť viac. (Goldman, 1994)

Osobitne závažné z tohto prehľadu je to, že tieto očakávania sú hodnotiteľné u detí pred tým, než vôbec začnú piť alkohol. Dokonca očakávania z tohto skorého aspektu vývinu súvisia s tým, ako skoro dieťa začne piť alkohol a ako veľa bude piť, keď začne piť. Tie deti, ktoré sú vo vysokom riziku pre excesívne pitie, vykazujú väčší dôraz na pozitívny/povzbudzujúci účinok.

Hasking et al. (2011) realizovali štúdiu zameranú na vzťahy medzi copingovými stratégiami, očakávaniami od alkoholu, motívami pitia a konzumačným správaním. Zistili, že coping priamo neovplyvňuje pitie, ale ovplyvňuje ho skôr kognície súvisiace s alkoholom, ktoré spätne ovplyvňujú pitie. Vyhýbavé coping sa vzťahovalo ku copingovým motívom a motívom zlepšenia nálady, ale nie ku spoločenským motívom pitia. Toto zistenie teda naznačuje, že ľudia, ktorí nemajú adaptívne copingové stratégie, viac inklinujú k pitiu ako k nástroju zvládania, čo podporuje model stresorovej vulnerability (Cooper et al., 1995; Grant et al., 2007; McNally et al., 2003, in Hasking et al., 2011). Okrem toho, tieto osoby získali ďalšie vnútorné pozitívne odmeny z pitia (zlepšenie nálady, a pod.).

Okrem iného, vyhýbavé coping sa tiež vzťahovalo k očakávaniam zvýšenia sebavedomia a redukcie napätia. Ukázalo sa, že ak ľudia nemajú ďalšie copingové stratégie, môžu očakávať, že alkohol im dodá sebadôveru a zredukuje anxiu/stres. Tieto očakávania sa spätne vzťahovali ku copingovým motívom a motívom zlepšenia nálady. Je teda pravdepodobné, že niekto, kto sa spolieha na vyhýbavé copingové stratégie a môžu mu chýbať adaptívnejšie stratégie, očakáva, že alkohol zredukuje napätie a zvýši sebadôveru. Tieto očakávania potom vedú k pitiu ako stratégii zvládnutia stresu a/alebo k vystupňovaniu pozitívnej nálady. Tieto motívy majú potom vplyv na zvýšené pitie. (Hasking et al., 2011)



Toto je podporené pozorovaním, že pitie sprostredkovalo vzťahy medzi vyhýbavými copingovými stratégiami a očakávaním redukcie napätia, čo naznačuje, že u tých, ktorí majú zlé copingové stratégie, ktorí pijú kvôli zvládaniu, je vyššia pravdepodobnosť, že budú zažívať tenziu redukujúci efekt alkoholu, a tak očakávať tieto účinky aj v budúcnosti. Je zaujímavé, že vyhýbavé coping bolo tiež vo vzťahu k negatívnym očakávaniam. Je to zdôraznené faktom, že negatívne očakávania sa nevzťahovali k žiadnemu motívu, ale skôr mali priamy vzťah s pitím. To znamená, že negatívne očakávania nedávajú dôvod piť, skôr sa vzťahujú k negatívnym dôsledkom, ktoré vyplývajú z excesívneho pitia. (Hasking et al., 2011)

### **3.2.2.1 Droga ako umelý zdroj odmeny**

Systém odmeny združuje prirodzenú funkciu skupiny mozgových sietí. Tento mozgový systém je evolučne relatívne starý a vývinovo stabilný, a je jedným z vnútorných autoregulujúcich mechanizmov pre kontinuálne zaistenie potrieb nutných na prežitie, reprodukciu a k pocitom telesnej pohody. Situácie, deje a podnety prostredia, ktoré sú potrebné pre prežitie organizmu a sú spájané s dobrým pocitom (odmenou), aby bola vyššia pravdepodobnosť, že dôjde k ich zopakovaniu, a aby sa tak zvýšila pravdepodobnosť prežitia organizmu. (Schutz, 1998, Weiss, 2000, DiChiara, 1999, in Kalina, 2008)

Systém odmeny má pre zaistenie tejto funkcie viacero vedľajších úloh. Podieľa sa na rozpoznaní biologicky významného podnetu, na pridelení odmeňujúcej hodnoty tomuto podnetu, na asociovaní tohto podnetu s odmenou, na predikcii odmeny, na asociovaní biologicky významného podnetu s behaviorálnou odpoveďou zameranou na dosiahnutie odmeny, na spustení tejto motivovanej behaviorálnej odpovede. Systém odmeny zaisťuje motivovanie k akcii organizmu smerom k získaniu prirodzenej odmeny, t.j. cieľom organizmu je správať sa tak, aby sa maximalizovala budúca odmena.

Systém odmeny si treba predstaviť ako časti mozgovej siete, ktoré sú intenzívnejšie navzájom prepojené, ale sú tiež intenzívnejšie prepojené s ďalšími funkčne blízkymi systémami, hlavne stresovými systémami a i. (systémami prefrontálneho kortexu, ďalšími limbickými systémami a pamäťou). (Kalina, 2008)

### **3.2.2.2 Vzťah k stresovým systémom**

Stresové systémy (hypothalamo-pituitar-adrenálny systém a extrahypothalamický CRF systém), ktorých funkciou je prispievať k vyššej pravdepodobnosti prežitia

organizmu vyhýbaním sa situáciám s negatívnym biologickým významom, resp. rýchlou reakciou na tieto situácie (útok a útek), sú veľmi úzko prepojené s činnosťou systému odmeny. Funkciou systému odmeny a spomenutých blízkych systémov je nielen dosiahnuť situácie s potenciálnym ziskom radosti, ale aj vyhnúť sa potenciálne nepríjemným situáciám, resp. priamo ohrozeniu. Stresové systémy pracujú so situáciami s vyšším potenciálom ohrozenia. (Kalina, 2008)

Kalina (2008) uvádza, že **návykové látky** predstavujú chemicky veľmi pestrú skupinu látok, s mnohými odlišnými účinkami na ľudský organizmus. Majú ale jedno spoločné – zvyšujú výdaj dopamínu, a to presne v oblastiach, ktoré sú pôvodne rezervované pre spájanie radosti s biologicky významnými podnetmi. Systém odmeny je originálne pripravený na prirodzené zdroje odmeny. V porovnaní s prirodzenými zdrojmi odmeny majú však drogy, teda zdroje umelé, niekoľko odlišností:

- dosiahnutie odmeny je rýchlejšie a jednoduchšie (menej náročné stratégie),
- odmena po užití je neprimerane silná, a z hľadiska produkcie dopamínu účinnejšia,
- organizmus nemá vytvorené dostatočné spätnoväzbové mechanizmy na zastavenie prijímania umelej odmeny.

### **3.2.3 Situačné faktory**

Hoci početné vplyvy, ktoré sú špecifické každému pijanovi, pôsobia v takej miere, v ktorej jedinca zažili stres-redukujúci účinok alkoholu. Charakteristika situácie, v ktorej sa pitie objavuje, taktiež modifikuje reakciu pijana na alkohol. A preto skúsenosť s efektom alkoholu u toho istého jedinca môže byť rozdielna, keď pije na párty s priateľmi, oproti tej, keď konzumuje alkohol sám, napr. po stresujúcom dni v práci. Dva takéto situačné faktory poukazujú na to, že na pitie alkoholu pre jeho stres redukujúci efekt pôsobí rozptýlenie a synchronizácia pitia a stresu.

#### **3.2.3.1 Rozptýlenie**

V pokusoch identifikovať príčiny, ktoré sú základom rôznorodosti efektu alkoholu na stres Steele a Josephs (1988, in Sayette, 1999) uvažovali, že alkohol redukuje stres len vtedy, keď sa pitie objavuje v prítomnosti podnetu, ktorý pijana rozptýli tak, aby nebol distres, resp. aby nebola úzkosť, napätie. V zhode s týmto výstražno-alokačným modelom

(attention-allocation model) alkohol oslabuje kognitívny výkon. Taktiež konkurenčná aktivita, v ktorej je jedinec zapojený počas konzumácie alkoholu, pomáha determinovať efekt alkoholu. Napr. v súlade s výstražno-alokačným modelom, pitie v stresujúcej situácii (t.j. po zlom dni) v prítomnosti konkurenčného zábavného rozptýlenia (t.j. s priateľmi na párty), môže viesť k stres-redukujúcej odpovedi, pretože pijan vníma len aspekt situácie radostného rozptýlenia a nie je schopný zamerať sa na stresor. Naopak, pitie bez konkurenčnej neutrálnej alebo radostnej rozptyľujúcej aktivity (t.j. sám v bare) nevyvoláva stres-redukujúci efekt alkoholu, a dokonca môže stres zvýšiť, pretože pozornosť pijana je potom zameraná na najvýraznejší stresor.

Pretože väčšina ľudí pije v situáciách, ktoré obsahujú rozptýlenie, výstražno-alokačný model naznačuje, že alkohol bude často vyvolávať stres-redukujúcu odpoveď. Výstražno-alokačný model teda predstavuje možné vysvetlenie pre stres-redukujúci, ale aj stres-zvyšujúci efekt konzumácie alkoholu.

### **3.2.3.2 Synchronizácia konzumácie alkoholu a stresu**

Ďalší situačný faktor, ktorý môže pôsobiť na stres-redukujúci efekt alkoholu, je čas, kedy sa vo vzťahu k stresovej situácii pitie objaví. Niektoré štúdie poukazujú na to, že pitie alkoholu sa pre jeho stres-redukujúci efekt s najväčšou pravdepodobnosťou objaví vtedy, keď jedinec konzumuje alkohol skôr pred spoznaním stresoru ako po jeho spoznaní. Na vysvetlenie týchto pozorovaní Sayette (1993) navrhol úsudok-narúšajúci model (appraisal-disruption model). V súlade s týmto modelom intoxikácia oslabuje kognitívne procesy spojené s posudzovaním novej informácie. Osobitne, pitie alkoholu sa môže vzájomne rušiť s počiatočnou percepciou stresujúcej informácie ochraňovaním aktivácie asociovaných stresujúcich spomienok a obsahov. Tento model predpokladá, že keď intoxikácia predchádza vystaveniu stresoru, oslabený úsudok môže redukovať stres tým, že pijana ochráni od úplného precítenia stresoru. Ak už bol stresor dostatočne ohodnotený tak, že je príčinou stresu, predsa len, následné pitie nemôže dlhšie redukovať stres.

### **3.2.3.3 Strata životných perspektív**

Šulc, Dvořák a Morávek (1984 in Vašina, 1999) uvádzajú, že každý človek si formuje svoj vlastný postoj k životu a vytvára si viac-menej presnú predstavu o tom, čo od neho žiada a môže mu dať. Táto personifikácia života, ktorá má obrovské množstvo podôb, umožňuje viesť vnútorný dialóg s každodenným žítím, pretvárať hierarchiu životných hodnôt a stupňovať alebo naopak tlmiť životný elán.

Každý človek sa čas od času, niekto častejšie, iný menej často, dostáva do situácií, kedy musí pre dosiahnutie svojich záujmov mobilizovať všetok svoj um a svoje sily. To môže trvať krátko, ale aj veľmi dlhý čas.

Z pojmu voľný čas sa vytráca zmysel, ktorý do neho vkladá zamestnaný človek. Budúcnosť bez perspektívy prináša nepokoj, a skákanie z miesta na miesto v myšlienkach i v konaní. Mnohí sa uchylujú k alkoholu alebo drogám.

Prípadná finančná podpora v nezamestnanosti, môže na čas oddialiť materiálne starosti a nutnosť obmedziť sa v doterajšom spôsobe života. Nelikviduje však duševnú záťaž, pretože nemôže nahradiť všetko to, čo práca pre človeka znamená – vedomie vlastnej užitočnosti, spoločenské styky, prestíž. A navyše, len malé percento ľudí, ktorí stratia prácu, je schopných bezstarostne využívať materiálnu podporu poskytovanú spoločnosťou.

### **3.2.4 Stres a pracovný výkon**

Ako uvádza Křivohlavý (in Herman & Doubek, 2008) pri krátkodobej pracovnej záťaži je čas strávený v strese spočiatku vždy motivujúcim faktorom optimálneho výkonu. Po dlhšej dobe expozície v strese však už možno pozorovať úzkosť, poruchy koncentrácie, tenziu a zhoršenie výkonu. Ešte výraznejšie je očividné pôsobenie dlhodobého stresu na výkonnosť. Spočiatku je stres vnímaný pozitívne („zdravé napätie“) a motivačne. Jedinec tiež v tejto fáze väčšinou deklaruje plánovaný výkon. Tento plánovaný výkon však väčšinou nebýva dosiahnutý, keďže po počiatočnom pociťovaní nadbytku energie a maximálnej efektivity a výkonnosti sa pri trvajúcej stresovej, resp. pracovnej záťaži, objaví pocit trvalej únavy, úzkosť, podráždenosť a zhoršenie kvality práce. Pokiaľ zostáva jedinec pod stresovou záťažou, objavujú sa pocity zlyhávania, pocity zneužívania zamestnávateľom, sociálne stiahnutie a fantázie o zmene zamestnania. Výkon ďalej klesá, a pri trvajúcej expozícii stresorom sa rozvíja depresívna nálada, syndróm vyhorenia a ďalej sa môže objaviť telesné ochorenie alebo psychické zruštenie.

### **3.2.5 Ovplyvňuje stres pitie alkoholu?**

Humánný výskum zameraný na objasnenie spojitosti medzi alkoholom a stresom je obvykle vedený použitím buď populačných prieskumov založených na subjektívnych výpovediach, alebo ide o experimentálne štúdie. V mnohých, no nie vo všetkých, týchto štúdiách, jedinci uvádzajú, že pijú kvôli stresu a robia to z rôznych dôvodov. Štúdie naznačujú, že ľudia pijú preto, aby zvládli ekonomickú záťaž, stres v zamestnaní a

manželské problémy, často pri absencii sociálnej opory, a taktiež kvôli ďalším vážnym chronicky stresujúcim okolnostiam. Práve vtedy je konzumácia alkoholu vyššia. Avšak či jedinec bude piť kvôli stresu, závisí od mnohých faktorov, ktoré zahŕňajú možné genetické determinanty pitia v dôsledku stresu, individuálne zvyčajné konzumačné správanie (drinking behavior), vlastné očakávania vzhľadom na účinok alkoholu na stres, intenzitu a typ stresoru, individuálny zmysel pre kontrolu (sense of control) nad stresorom, rozsah vlastných spôsobov zvládania stresu a od dostupnosti sociálnej opory pri odrážaní pôsobenia stresu. Niektorí výskumníci zistili, že vysoká hladina stresu môže ovplyvňovať pitie vtedy, keď je nedostatok alternatívnych prostriedkov, keď je alkohol dostupný, a keď je jedinec presvedčený, že alkohol mu pomôže zredukovať stres. (NIAAA, 1996)

Viacere animálne štúdie zistili, že stres zvyšuje konzumáciu alkoholu u zvierat, a že jednotlivé zvieratá sa môžu líšiť v konzumovanom množstve alkoholu vypitého kvôli stresu. Takéto rozdiely môžu súvisieť čiastočne s chronickým stresom v detstve, prolongovaný stres v detstve môže neustále meniť hormonálnu odpoveď na stres a ďalšie reakcie na nové stresory, ktoré zahŕňajú aj konzumáciu alkoholu. Napr. opice, ktoré boli vychované človekom (okolnosť považovaná za stresor), sa porovnali s opicami vychovanými svojou matkou – konzumovali 2x viac alkoholu ako opice vychované matkou. Cloninger (1993, in NIAAA, 1996) uvádza, že u ľudí existuje asociácia medzi istým typom alkoholizmu a nepriaznivou skúsenosťou v ranom detstve.

Štúdie na zvieratách, ktoré uvádzajú pozitívnu koreláciu medzi stresom a konzumáciou alkoholu naznačujú, že pitie alkoholu sa môže realizovať kvôli chronickému stresu, ktorý je vnímaný ako neodstrániteľný. Napr. potkany chronicky vystavované neodstrániteľnému šoku sa učia byť bezmocné (helpless) alebo pasívne, keď sú vystavené novému stresoru - vrátane šoku, ktorému sa dá vyhnúť – a demonštrujú zvýšenú, rastúcu preferenciu alkoholu v porovnaní s potkanmi, ktoré dostávali len šoky, ktorým sa vyhnúť dalo. Potkany vystavené stálemu, neodstrániteľnému stresu, vykazujú hormonálne zmeny svedčiacie o stresovej odpovedi, vrátane zvýšenia hladiny kortikosteroidných hormónov. (NIAAA, 1996)

Avšak či ľudia pijú práve kvôli nezvládateľnému stresu, je menej jasné. Vo viacerých výskumoch, ktoré sledovali spojitosť medzi konzumáciou alkoholu a stresom, sa zaznamenali rozporuplné zistenia. Niektorí humánni výskumníci naznačujú, že konzumácia alkoholu sa môže konať aj v anticipácii stresu alebo počas stresu.

### **3.2.5.1 Pitie redukuje alebo indukuje stres?**

Niektoré štúdie uvádzajú, že akútna expozícia nízkym dávkam alkoholu môže redukovať odpoveď na stresor u zvierat i u ľudí. Napr. u ľudí nízka dávka alkoholu zlepšili výkon v zložitých mentálnych úlohách zameraných na riešenie problému v stresových podmienkach. Avšak u niektorých jedincov pri tých istých dávkach alkoholu môže skôr indukovať ako redukovať stresovú odpoveď organizmu. (NIAAA, 1996)

Mnohé výskumy demonštrujú, že alkohol v skutočnosti indukuje stresovú odpoveď stimulovaním uvoľnením hormónov z hypotalamu, hypofýzy a z nadobličiek. Tieto zistenia demonštrujú štúdie na zvieratách. V jednej animaálnej štúdii s potkanmi podanie alkoholu spustilo fyziologickú stresovú odpoveď, ktorá bola meraná zvýšením hladiny kortikosterónu. Okrem toho, stimulácia hormonálnej stresovej odpovede, chronická expozícia alkoholu, taktiež vyústili do zvýšenia hladiny adrenalínu. (NIAAA, 1996)

Stres je zvyčajne považovaný za jeden z významných faktorov pri rozvoji závislosti od alkoholu. Súčasná veda však pravdepodobne viac informuje o vzťahu medzi konzumáciou alkoholu a stresom, než o vzťahu medzi stresom a alkoholovou závislosťou. Pitie alkoholu, ako naznačil vyššie spomenutý výskum, môže vyvolať fyziologickú stresovú odpoveď, čo znamená, že niektoré fyziologické reakcie sú podobné odpovediam organizmu na iné stresory. Avšak ľudia pijú často práve kvôli zmierneniu stresu. Prečo ľudia pri zmiernovaní stresu využívajú často práve také postupy (t.j. pitie alkoholu), ktoré majú podobný efekt, ako tie činitele, ktorých účinkov sa snažia zmierniť? To nie je, paradoxne, ešte celkom jasné.

## 4 PITIE MLADÝCH DOSPELÝCH

Titulky mnohých médií v súčasnosti až príliš často prinášajú správy o tragédiách súvisiacich s alkoholom, ktoré sa týkajú mladých ľudí – napr. fatálna otrava alkoholom na študentskom internáte, dopravné nehody pod vplyvom alkoholu, či násilné činy. Sú ľudia v tomto veku naozaj vo vyššom riziku v súvislosti s alkoholom než ktokoľvek iný?

Viacere výskumy ukazujú, že ľudia majú zvýšenú tendenciu k nadmernému pitiu práve vo svojom neskorom tínedžerskom veku až do veku cca 25 rokov. Táto vysoká miera požívania alkoholu prichádza vo veku, keď ľudia odchádzajú od rodičovských reštrikcií, ale ešte pred tým, ako nadobudnú úplnú zodpovednosť dospelého života. Keď si mladí ľudia viac začínajú osvojovať dospelé roly – zamestnávajú sa na plný pracovný úväzok, uzavrujú manželstvo a stanú sa rodičmi – často svoje pitie redukujú. Táto redukcia požívania alkoholu môže byť výsledkom obmedzení, ktoré na dospelé roly kladú sociálne aktivity alebo ktoré môžu odrážať zmenu postojov mladých ľudí k pitiu.

Mladí dospelí, ktorí pijú spôsobom, ktorý je obzvlášť škodlivý – tí, ktorí splňajú diagnostické kritériá pre závislosť od alkoholu – môžu mať predisponujúce osobnostné charakteristiky, ale pôsobia tu aj ďalšie faktory, ktoré ich posúvajú do vyššieho rizika pre problémy s alkoholom.

Mladá dospelosť je obdobím života, ktoré je poznačené značnými zmenami a skúmaním. Ľudia odchádzajú z rodičovského domu, do podnájomov, ubytovní alebo do internátov, kde sú s rovesníkmi. Odchádzajú na vysoké školy, začínajú pracovať na plný pracovný úväzok a vytvárajú si vážne vzťahy. Skúmajú svoju vlastnú identitu a aj to, ako sa prispôbujú prostrediu. Vplyv rodičov slabne, avšak vplyv rovesníkov nadobúda väčšiu intenzitu.

Mladá dospelosť je tiež čas, počas ktorého mladí ľudia nadobúdajú vzdelanie či tréning, ktorý je potrebný pre ich budúcu kariéru. Ovládnutie tohto úsilia je potrebné pre budúci úspech. Problémy so školou a prácou môžu vyvolávať frustráciu a stres, ktoré môžu viesť k rôznym formám nezdravého správania, vrátane zvýšenej konzumácie alkoholu. Na druhej strane, požívanie alkoholu počas tohto dôležitého obdobia prechodu môže brániť úspešnému zvládnutiu týchto vývinových úloh, a taktiež môže vyvolať narastanie stresu.

Prechod do mladej dospelosti je časom, kedy vrcholí zdravotne rizikové správanie, také ako napr. zneužívanie rôznych návykových látok. Taktiež je časom možnosti rastu a rozvoja prostredníctvom osvojenia si dospelých rolí. V tomto prechode sa tvoria copingové štýly, ktoré formujú odpoveď na rôzne stresory, ale i príležitosti, ktoré sa spájajú s

nástupom dospelosti. Rozsah, v ktorom sú takéto copingové štýly zručne použité, čiastočne determinuje adjustáciu na dospelosť.

Kong et al. (2010) vo svojej štúdií skúmajúcej motívy zneužívania alkoholu v rannej dospelosti potvrdili motivačný model pitia, ktorý predpokladá, že náladu zlepšujúce motívy pitia sú finálnou cestou k zneužívaniu alkoholu, prostredníctvom ktorej je sprostredkovaný distálny faktor sociálnych očakávaní od alkoholu. Tento model naznačuje, že jedinci jednoducho nezneužívajú alkohol kvôli očakávaniam, že alkohol bude mať pozitívny vplyv na sociálne situácie, ale tieto očakávania, ako sa zdá, priamo ovplyvňujú posilňujúce motívy pitia (t.j. presvedčenia, že alkohol bude mať pozitívny fyzický a emocionálny efekt, ako pocit zábavy, vzrušenia a povznesenia), a táto nepriama cesta vedie ku zneužívaniu alkoholu.

Corbin et al. (2011) realizovali štvorročný výskum, kde skúmali široké sociálne motívy pred vstupom na vysokú školu ako prediktor pitia na vysokej škole. Výsledky poskytli nové informácie o spôsoboch, ako môže sociálna motivácia prispieť k riziku pitia. Vzhľadom na to, že jedinci, ktorí sú viac sociálne motivovaní, môžu piť preto, aby si budovali sociálne priateľstvo (LaBrie et al., 2007, in Corbin et al., 2011), jedinci so silnými sociálnymi motívmi počas strednej školy si môžu po prechode na vysokú školu sami zvoliť rovesnícku skupinu, v ktorej sa nadmerne pije. Okrem toho môžu byť náchylnejší k pasívnemu tlaku rovesníkov, ktorý sa spája s členstvom vo vysoko rizikovej skupine. Inými slovami, štúdia ukázala, že môže byť u nich vyššia pravdepodobnosť, že budú nadmerne piť v snahe „zapadnúť“ do partie skupiny rovesníkov, ktorí nadmerne pijú. Silný nepriamy efekt sociálnych motívov pôsobiacich prostredníctvom deskriptívnych noriem podporuje tento možný mechanizmus zvýšeného rizika nadmerného pitia. Vzhľadom na sociálne kontexty, v ktorých sa väčšinou pitie vysokoškolákov objavuje, členstvo v skupinách, kde sa nadmerne pije, môže tiež poskytovať zvýšenú možnosť negatívnych konkvencií spojených s konzumáciou alkoholu.

Okrem ich priameho vplyvu na správanie, rovesníci sú dôležitým zdrojom informácií o akceptabilite a potenciálneho zapojenia sa do rôznych typov sociálneho správania, vrátane požívania alkoholu. A tak sa u mladých dospelých so silnými sociálnymi motívmi môžu rozvíjať postoje, ktoré sú priaznivejšie k požívaniu alkoholu, pretože sa spájajú so sociálnou skupinou, v ktorej je správanie akceptované a hodnotené (LaBrie et al., 2007, in Corbin et al., 2011).



## 4.1 Alkohol a dozrievajúci mozog

Výskum ukazuje, že mozog pokračuje vo vývoji v priebehu adolescencie, a oveľa viac v mladej dospelosti. Mnohí vedci sa zamerali na to, že pitie počas týchto kritických vývinových období môže viesť k celoživotnému zhoršeniu mozgových funkcií, najmä vo vzťahu k pamäti, motorickým zručnostiam a koordinácii. U mladých dospelých je obzvlášť pravdepodobné záchvatové pitie na párty (binge drink<sup>1</sup>) a „utrpenie“ z opakovaných záchvatov upustenia od alkoholu. Tieto opakované upustenia môžu byť kľúčovou príčinou škodlivého vplyvu alkoholu na mozog. (NIAAA, 2006b)

<sup>1</sup> - *binge drink* – NIAAA definuje pitie na párty – *binge drink* – ako konzumovanie okolo 4 drinkov u muža alebo 3 drinkov u ženy počas cca 2 hodín

Aj keď, výskum ukazuje, že pitie v ranom živote môže viesť ku zhoršeniu mozgových funkcií v dospelosti, zistenia taktiež ukazujú, že nie všetci mladí ľudia, ktorí nadmerne pijú alebo sa stali závislými od alkoholu, budú mať rovnakú mieru poškodenia, ba niektorí nevykazujú vôbec žiadne poškodenie. Je to preto, že faktory, ako sú genetika, spôsob pitia a požívanie iných drog tiež ovplyvňujú, či riziko zvýšené bude alebo nebude. (NIAAA, 2006)

## 4.2 Faktory ovplyvňujúce požívanie alkoholu u mladých dospelých

Vonkajšie faktory, podobne ako individuálne charakteristiky, pomáhajú jasnejšie stanoviť, či jedinec začne piť a s akou mierou bude konzumovať alkohol. Niektoré z týchto faktorov zvyšujú riziko jedinca pre problémy s alkoholom, zatiaľ čo iné slúžia na ochranu jedinca od poškodenia.

Okrem faktorov, ktoré boli popísané v predchádzajúcich kapitolách, v NIAAA (2006a) sa ešte uvádza:

**Študentský vs. neštudentský stav** – veľa ľudí si myslí, že prostredie študentského internátu samo o sebe podnecuje nadmerné pitie. Požívanie alkoholu je prítomné vo väčšine univerzitných spoločenských funkciách a mnohí študenti chápu univerzitu ako miesto na nadmerné pitie. Napriek tomu niektoré štúdie zistili, že nadmerné pitie, a s tým súvisiace problémy, sa prelínajú medzi ľuďmi tesne po dovŕšení 20. roku života, bez ohľadu na to, či navštevujú univerzitu alebo nie. Súčasné prieskumy ukazujú skutočnosť, že univerzitní študenti pijú s menšou frekvenciou ako ich rovesníci – neštudenti (t.j. 3,7% študentov udáva denné pitie oproti 4,5% neštudentov). Avšak, keď študenti pijú napr. na

párty počas víkendu, majú tendenciu vypiť väčšie množstvo alkoholu ako neštudenti. Na druhej strane, študenti majú tendenciu zastaviť tieto zvyklosti oveľa rýchlejšie ako neštudenti – možno „vzretím“ z nadmerného užívania alkoholu ešte pred tým, ako sa stane konzum alkoholu dlhodobým problémom. Miera diagnózy alkoholovej závislosti sa javí nižšia u vysokoškolských študentov než u 18 -24 ročných v celkovej populácii. Ľudia vo svojich tridsiatich rokoch, ktorí neštudovali na VŠ, udávali vyšší rozsah nadmerného pitia, než ľudia, ktorí študovali.

**Zamestnanie** – byť zamestnaný na plný pracovný úväzok po strednej škole sa spájalo s miernym nárastom tendencie k pitiu a s miernym poklesom nadmerného pitia. Nezamestnaní muži, ale nie ženy, mali tendenciu redukovať svoje pitie. Pracujúci v domácnosti (t.j. práca doma) redukovali oboje, aj tendenciu k pitiu aj nadmerné pitie. To však môže byť skôr kvôli nárastu povinností pochádzajúcich z manželskej a rodičovskej roly, než kvôli práci v domácnosti.

**Vojenská služba** - u mladých dospelých v armáde je vyššia pravdepodobnosť nadmerného pitia (t.j. skonzumovanie 5 a viac drinkov počas typickej príležitosti na pitie, najmenej jedenkrát za týždeň) než u starších poddôstojníkov. Miera dôsledkov nadmerného pitia v armáde zahŕňa kultúru pracoviska, ktorá podporuje požívanie alkoholu a zvýšenie dostupnosti alkoholu aj v armádnej základni, aj v jej okolí.

**Vplyvy rovesníkov** – ľudia zapísaní na univerzite alebo zamestnanci môžu byť obzvlášť vulnerabilní k vplyvom rovesníkov kvôli svojim potrebám utvárať nové priateľstvá. A tie môžu zvyšovať ich pitie za účelom získať akceptáciu rovesníkov. Vplyv rovesníkov je priamy (vo forme ponúkajú drinkov alebo presvedčania piť) a nepriamo (modelovaním vnímaných spoločenských noriem).

Fenomén vnímaných spoločenských noriem – alebo presvedčení, že „každý“ pije a pitie je akceptovateľné – je jeden z najsilnejších korelátov pitia medzi mladými dospelými. Veľa univerzitných študentov si o internátoch myslí (alebo má k nim taký postoj), že sú oveľa zhovievavejšie k pitiu, než naozaj sú, a sú tiež presvedčení, že iní študenti pijú oveľa viac, než naozaj pijú. Súčasný výskumy ukazujú, že adresovanie týchto mispercepcií môže pomôcť redukovať pitie. Potom znova, vzťah medzi praktizovaním pitia a rovesníckymi skupinami nemôže byť tak jasný.

**Manželstvo a rodičovstvo** – práve posun do dospelosti vedie k väčšiemu skúmaniu sveta a experimentovaniu s alkoholom, predpokladajúc, že dospelé roly a povinnosti ohraničujú požívanie alkoholu. Táto redukcia v pití môže byť výsledkom limitácií, ktoré

dospelé roly kladú spoločenské aktivity vo všeobecnosti, alebo môžu odrážať zmenu v týchto postojoch mladých dospelých k pitiu.

Mladé vydaté ženy majú najväčší pokles v konzumácii alkoholu, a ženatí muži, porovnávaní s mužmi vo všetkých ďalších kategóriách životných aranžmánov (t.j. život s rodičmi, v ubytovni, sám alebo v inom aranžmánov), mali najmenší nárast. Dáta taktiež ukazujú, že ako náhle sa jedinec vzťahu, má podobný, ale menej silný vplyv na pitie, v porovnaní so ženatými/vydatými, zatiaľ čo rozvod vedie k zvýšeniu konzumácie alkoholu.

Byť rodičom je vo vzťahu s nižšou mierou požívania alkoholu u mužov aj u žien, hoci väčšia časť tohto vplyvu môže byť jednoducho výsledkom uzavretia manželstva. Väčšina žien, ktoré otehotneli, vylúčili požívanie alkoholu, hoci väčšina ich manželov nie.

U mladých dospelých s vážnymi problémami s alkoholom – to znamená, ktorí spadali do diagnostických kritérií pre závislosť od alkoholu – môže byť menej pravdepodobné, že si vyberú stabilné roly, ako manželstvo a rodičovstvo, resp. tieto medzníky nemusia ovplyvňovať ich konzumačné správanie v rovnakej miere, ktorou oni ovplyvňujú ľudí s menej problémovým pitím.

**Osobnostné charakteristiky** – okrem osobnostných charakteristík uvedených v predchádzajúcich kapitolách, NIAAA (2006a) uvádza, že s pitím väčších dávok alkoholu a častejším pitím súvisia impulzivita, podnikanie rizika, vyhľadávanie senzácií – alebo tendencia vyhľadávať nové a vzrušujúce zážitky. Vyhľadávanie senzácií a impulzivita je taktiež v spojitosti s deviantným správaním a nonkonformitou, čo sú tiež prediktory nadmerného pitia a súvisia s problémami medzi mládežou.

Potom tu sú ďalšie osobnostné črty, ako je pocit nepremožiteľnosti, ktorý je častý medzi mladými dospelými, a ktorý môže ovplyvňovať pitie. Mnohí mladí ľudia sa jednoducho nevidia ako vulnerabilnejší k akýmkoľvek negatívnym dôsledkom, ktoré sa môžu objaviť kvôli pitiu, podobne ako mať nehodu alebo stať sa závislým od alkoholu. Tento optimistický postoj robí mladých dospelých vyššie rizikovými, možno k excesívnemu pitiu, hoci riziko nemusí byť priamo príčinou pitia. To znamená, ako ukazujú výskumy, že rozhodnutie piť je ovplyvnené viac vnímaným benefítom, než vnímaným rizikom.

Výskumníci však taktiež ukazujú, že u mladých dospelých je vyššia pravdepodobnosť pitia z „pozitívnych“ alebo oslavných dôvodov, než pitie kvôli zvládaniu negatívnych pocitov.

**Očakávania od alkoholu** – pozitívne očakávania od alkoholu alebo presvedčenie, že pitie bude viesť k pozitívnym, príjemným zážitkom, hrá kľúčovú úlohu v konzumačnom

správání u mladých dospelých. Čo jedinci očakávajú od pitia alkoholu predikuje nielen to, či mladý jedinec začne piť, ale tiež koľko bude piť počas mladej dospelosti. A pri prechode z adolescencie do mladej dospelosti, mladí ľudia stále viac očakávajú benefit z pitia a sú menej presvedčení o jeho rizikách.

**Vplyvy rodiny** – počas mladej dospelosti majú rodičia menej priameho vplyvu na pitie svojich detí, resp. na ich konzumačné správanie, no stále ešte majú veľkú protektívnu rolu. Mladí ľudia formujú svoje správanie podľa konzumačného vzoru svojich rodičov (vrátane kvantity a frekvencie), situácií a kontextov požívania, postojov k požívaniu a očakávaní. Rodinná štruktúra a aspekty vzťahov rodič – dieťa (t.j. rodičovský štýl, pripútanie a väzba, výchova, zneužívanie alebo zanedbávanie, konflikt, disciplína a kontrolovanie) taktiež súvisia s požívaním alkoholu mladých dospelých.

Mladá dospelosť je teda obdobie, v ktorom si mnohí ľudia vytvárajú celoživotný model požívania alkoholu (alebo jeho nepožívania). Ďalší naberú iný kurz, možno nadmerné pitie v ich neskorom tínedžerskom veku alebo v mladých dospelých rokoch, potom sa odklonia od rizikového požívania alkoholu, keď si začnú osvojovať vo väčšej miere dospelé roly. Vedci veria, že identifikovaním spoločných dráh, či smerov požívania alkoholu a zneužívania alkoholu v priebehu adolescencie a mladej dospelosti, sa zlepši porozumenie toho, ako problémy s alkoholom začínajú a s akou pravdepodobnosťou sa časom vyvinú. Prospelo by to naozaj efektívnej prevencii a vytvoreniu účinných intervenčných programov.

Štúdie týkajúce sa smerov požívania alkoholu poskytujú niektoré dôležité zistenia. Napr., hoci väčšina mladých dospelých udáva pitie nejakého alkoholu, niekde od 1/3 do 2/3 ľudí udáva, že nikdy nadmerne nepili. A väčšina ľudí má tendenciu redukovať svoje pitie približne od svojho 25. roku života, keď si začnú osvojovať dospelé roly, ako sa stane manželom/manželkou, rodičom a zamestnancom. (NIAAA, 2006a)

Dokázalo sa, že vek, kedy ľudia začnú piť (najmä nadmerne piť), je obzvlášť dobrým prediktorom problémov s alkoholom v neskoršom živote. Rozhovory dospelých dôsledne potvrdzujú silnú súvislosť medzi skorou iniciáciou pitia a neskorších problémov súvisiacich s alkoholom. A mladí dospelí, ktorí nadmerne pijú, sú v osobitnom riziku pre behaviorálne problémy a môžu mať ťažkosti s adjustáciou vo vzťahu k dospelým rolám.

**Odklon od požívania alkoholu** – okrem faktu, že požívanie alkoholu mladými dospelými je v určitom zmysle „normálne“, stále ešte môže byť nebezpečné. Štatistickí ukazujú, že choroby a úmrtia medzi mladými dospelými sú primárne dôsledkom výberu životného štýlu a správania, vrátane excesívneho požívania alkoholu. Dokonca jedna noc

nadmerného pitia už môže mať vážne dôsledky, ktoré pretrvávajú oveľa neskôr po období adolescencie a mladej dospelosti.

## 5 STRES, HARDINESS A ALKOHOL

Na životné udalosti, ktoré predstavujú istú záťaž, a teda nesú so sebou požiadavku na spustenie mechanizmu vyrovnania sa so záťažou, reaguje každý jedinec individuálne. V takýchto chvíľach je človek vystavený zvýšenému tlaku.

Avšak to, ako sa jedinec so záťažou vysporiada a aké copingové štýly použije závisí od toho, aké osobnostné charakteristiky má, v akom je aktuálnom duševnom rozpolžení, aké obdobie prežíva, akú má mieru hardiness, a v neposlednom rade aj od toho, aké stratégie zvládania počas doterajšieho života mal možnosť poznať. A práve dost veľkou témou sú štýly zvládania záťaže.

Frankovský (2001, in Fedáková, 2002) uvádza, že vo všeobecnosti sa časť autorov zhoduje v tom, že existujú relatívne stabilné copingové štýly a dispozície, a že bez ohľadu na konkrétne aspekty situácií ovplyvňujú voľbu odpovedí. Druhá časť autorov upozorňuje na to, že voľbu odpovedí môžu ovplyvniť faktory situácie, ako aj charakteristiky interakcií osobnostných a situačných činiteľov. Frankovský špecifikoval tri podstatné **stratégie správania**:

- orientácia na samostatné riešenie,
- hľadanie sociálnej opory,
- únikové tendencie.

Využitie týchto stratégií môže mať rôzne následky. Podľa toho, aký je dopad situácie na jedinca, môže ísť o *sebaopisilňujúce* alebo *sebaohrozujúce správanie*.

Sebaohrozujúcim správaním (self-defeating behavior) sa vo svojej výskumnej štúdií zaoberali americkí autori Twenge, Catanese a Baumeister (2002, in Fedáková, 2002). Prvotné teórie v tejto oblasti sa prikláňali k vrodeným, alebo naopak, zámerným tendenciám k sebaohrozovaniu. Tieto teórie boli neskôr nahradené inými modelmi, ktoré zdôrazňovali, že jedinec bežne vyhľadáva pozitívne zisky a prínosy, no ich cesta k nim je často sprevádzaná negatívami v tom zmysle, že:

1. negatívne dôsledky sú späté s pozitívami, ktoré sú jedincom vyhľadávané. Príkladom tejto situácie je fajčenie. Ľudia nefajčia preto, že fajčenie je nezdravé a spôsobuje rakovinu pľúc. Fajčia pre pôžitok a uspokojenie, ktoré im fajčenie prináša.

2. negatíva nastávajú nevhodne zvolenou stratégiou. Napríklad konzumácia alkoholu za účelom prekonania depresívnych stavov, avšak faktom je, že požívanie alkoholu vedie k prehľbovaniu depresie.

Človek si v konfrontácii s rizikovými životnými udalosťami uvedomuje, že podmienky na „prežitie“ sa zmenili alebo sa často menia, a môžu sa v budúcnosti meniť. Predpokladáme, že kvalita života sa v tom momente, pokiaľ ide o stres, môže zhoršiť - máme namysli hlavne prechod do ďalšej fázy života, a s tým spojené stresujúce faktory - málo času, veľa povinností, osamostatnenie sa a pod. Človek v tejto životnej fáze volí rôzne copingové stratégie, a jednou z nich je aj vyhýbavá forma zvládania, ktorá v sebe zahŕňa tiež zneužívanie alkoholu a iných návykových látok.

Prostredie vysokej školy jednoznačne prispieva k vysoko rizikovému pitiu, tí, ktorí sú v najväčšom riziku pre dlhodobé konzekvencie, bývajú tí, ktorých sa týka HED už pred zápisom na vysokú školu (Grekin & Sher, 2006, in Corbin et al., 2011). Preto je dôležité identifikovať rizikové faktory spojené s nadmerným pitím u začínajúcich študentov.

Zneužívanie alkoholu a drog je aktuálny a rastúci problém medzi mládežou, najmä u mladých dospelých. Zneužívanie návykových látok môže byť problém pre ktoréhokoľvek mladého človeka, pričom toto riziko môže narastať vystavovaním sa stresujúcim situáciám. A práve obdobie mladej dospelosti je v tomto smere rizikovým obdobím. V novej životnej situácii (napr. štúdium na vysokej škole, štúdium mimo bydliska, prechod zo štúdia do pracovného procesu, osamostatňovanie sa od rodičov) sú jedinci vystavení pravdepodobne väčšiemu riziku pre mnohé psychické problémy, pri rôznych spoločných aktivitách je tu väčšie riziko nadmerného a nárazového pitia, s tým sa pravdepodobne zvyšuje aj miera problémov súvisiacich s alkoholom a pod. (Corbin et al., 2011)

Okrem tohto znepokojujúceho trendu však stále ešte platí, že u väčšiny mladých ľudí sa nevyvinú výraznejšie problémy súvisiace so stresom, kde sa zaraďuje aj abúzus alkoholu a psychoaktívnych látok. Väčšina mladých ľudí sa so svojou novou životnou situáciou vyrovná a prispôbi sa jej celkom dobre, avšak niektorí s tým majú aj výrazné problémy. Čo je príčinou týchto individuálnych rozdielov vo vulnerabilite k abúzu alkoholu a psychoaktívnych látok súvisiacich so stresom?

Jedno možné vysvetlenie spočíva v psychologických kvalitách zahrnutých pod pojem hardiness. Tieto kvality sú zaangažovanosť (commitment), stále presvedčenie, že život je zaujímavý a stojí za to žiť; kontrola (control), presvedčenie, že jedinec môže

kontrolovať alebo ovplyvňovať následky; a výzva (challenge), dobrodružný, objavujúci prístup k životu.

Ako uvádzajú Bartone et al. (2012), od r.1979 sa nazhromaždilo rozsiahle množstvo výskumov o tom, že psychická odolnosť, resp. nezdolnosť chráni pred negatívnym vplyvom stresu na zdravie a výkonnosť. Výskumné štúdie v rôznych skupinách zamestnancov zistili, že hardiness pôsobí ako významný moderátor alebo nárazník stresu. Vysoko odolné osoby (hardy persons), nie sú odolné voči negatívnemu efektu stresu, ale nevykazujú rovnakú mieru symptómov stresu a poklesu výkonnosti ako málo odolné osoby (low-hardy persons).

Bartone et al. (2012) taktiež uvádzajú, že zdravotný efekt hardiness sa zdá byť prinajmenšom ako dôsledok rôznych druhov copingových stratégií a uprednostňovaného správania oproti osobám s nízkou hardiness. Je známe, že jedinci s nízkou hardiness majú tendenciu spoliehať sa na negatívne, vyhýbavé copingové stratégie v reakcii na stres, stratégie, ktoré by mohli zahŕňať excesívnu konzumáciu alkoholu alebo zneužívanie drog.

V štúdií Maddi et al. (in Borton et al., 2012) skúmajúcej vzťah hardiness k alkoholu a k užívaniu nelegálnych drog u vysokoškolákov zistili, že študenti s nízkym hardiness konzumovali viac alkoholu, a tiež že nízka hardiness sa spájala s užívaním marihuany a kokaínu, čo potvrdili aj sebakosudzujúce údaje aj výsledky z analýzy moču. Na druhej strane jedinci s vysokou hardiness mali tendenciu spoliehať sa na problém zamerané, aktívne copingové prístupy pri vyrovnávaní sa so stresujúcimi podmienkami. U ľudí s vysokou hardiness a zmyslom pre kontrolu je vyššia pravdepodobnosť vytvorenia si pozitívnych výsledkov očakávania v reakcii na stres (pozitívny coping), zatiaľ čo ľudia s nízkou hardiness majú tendenciu očakávať negatívny výsledok (hopelessness or helplessness – beznádej alebo bezmocnosť).

A tak u osôb s nízkou hardiness môže byť vyššia pravdepodobnosť, že budú používať vyhýbavé alebo regresívne copingové prístupy v reakcii na stres, vrátane zneužívania alkoholu a návykových látok. Berúc toto do úvahy je pravdepodobné, že u mladých dospelých, ktorí majú nízku hardiness, je vyššia pravdepodobnosť zneužívania návykových látok.

Navštevovanie vysokej školy môže predstavovať špeciálne riziko objavujúce sa u mladých dospelých, ako je zvýšenie nadmerného pitia medzi študentmi. Neštudentská populácia, ktorá sa objavuje medzi mladými dospelými, je taktiež dôležitým cieľom pre preventívne intervencie, najmä preto, že u ľudí v tomto segmente populácie je menšia pravdepodobnosť, že „vyrastú“ zo vzorcov nadmerného pitia, ktoré sa uznávali počas



adolescencie. A tak, sa prechod do obdobia vysokej školy a mladej dospelosti javí ako ideálny vývinový prelom, kritické vývinové obdobie, počas ktorého je možné použiť rôzne intervencie zamerané na jeden z významných negatívnych javov, a to požívanie alkoholu. Aby však tieto intervencie boli účinné, je potrebné hlbšie porozumieť niektorým súvislostiam medzi konzumáciou alkoholu, stresom a jeho zvládaním.

V našich podmienkach je výskum niektorých psychosociálnych aspektov týkajúcich sa vysokoškolákov na relatívne uspokojivej úrovni, keďže ide, z výskumného hľadiska, o relatívne dostupnú skupinu ľudí. Avšak porovnanie s rovesníckou skupinou neštudujúcich nie je na uspokojivej úrovni, zvlášť v tak závažnom probléme, akým je konzumácia alkoholu.

Náš výskum by preto mohol prispieť k objasneniu tejto súvislosti.

## 6 CIELE VÝSKUMU

Cieľom práce je objasnenie vzťahu niektorých faktorov negatívnej emocionality, ako jedného z možných ukazovateľov miery záťaže, odolnosti typu hardiness a konzumácie alkoholu.

V rámci výskumu sa zameriavame na zistenie miery negatívnej emocionality, konkrétne anxiozity a depresie, miery odolnosti typu hardiness a miery požívania alkoholu u vysokoškolských študentov a ich rovesníkov - neštudentov. Ide o zmapovanie miery odolnosti voči záťaži, miery anxiety a depresie vo vekovej skupine cca 18 - 26-ročných ľudí a získanie niektorých všeobecnejších údajov ohľadne sledovaných faktorov v súvislosti s konzumáciou alkoholu. Zameriavame sa na vzťahy medzi týmito premennými. Zameriavame sa aj na niektoré osobnostné črty, ktoré taktiež mieru hardiness a konzumáciu alkoholu môžu ovplyvniť.

Ide o ex post facto výskum, kde sme na základe zistení z predchádzajúcich výskumov vytypovali psychologické premenné (hardiness, anxiozita a depresia, miera požívania alkoholu) ako závislé premenné a status študenta a neštudenta, resp. závislého jedinca (pozn. závislého od psychoaktívnych látok) ako nezávislé premenné. Aj napriek tomu, že niektoré skúmané osobnostné črty nie sú priamo súčasťou testovaných hypotéz, sledujeme aj tie, pretože na sledované premenné môžu mať nezanedbateľný vplyv.

### 6.1 Priebeh výskumu

Výskum sme realizovali od februára 2013 do marca 2014. Účasť vo výskume bola dobrovoľná a anonymná. Na základe informovaného súhlasu budúcich participantov a predošlej konzultácie s vedúcimi pracovníkmi/pracovníčkami centier zameraných na prácu so závislými osobami sme rozdali spolu 56 dotazníkov, ktoré participantí – závislí/závislé aktuálne v terapeutickom procese - vyplnili priamo formou papier – ceruzka. Dotazníky sa vrátili všetky, avšak sme 6 vyradili z dôvodu neúplného vyplnenia. V Sanatóriu A.T. v Bratislave sme rozdali 30 dotazníkov, v Krízovom stredisku pre mladých dospelých Brána do života v Bratislave sme rozdali 13 dotazníkov, z Resocializačného strediska Tomky, n.o. sme použili 2 dotazníky a z Resocializačného strediska RETEST v Bratislave sme použili 11 dotazníkov.

Pre ostatné sledované skupiny sme použili elektronickú formu dotazníka vytvorenú pomocou služby Google Documents. Adresa dotazníka:

<https://docs.google.com/forms/d/1wfZyFbZ821EcQuQ26RVbbjqmmMwkbuxPXQDxS-OWYPU/edit#> bola distribuovaná lavínovým výberom medzi priateľov/priateľky, známych/známe a kolegov/kolegyne, ktorí boli požiadaní o ďalšie šírenie dotazníka. Dotazník bol tiež šírený prostredníctvom sociálnej siete, čo významne prispelo k výslednému počtu vyplnených dotazníkov. Celkový počet elektronicky vyplnených dotazníkov bol 114, z ktorých sme vybrali 100 tak, aby sme mali rovnomerne rozloženie skupín participantov/participantiek - študenti a neštudenti.

Úvod dotazníka poskytoval respondentom základné informácie o spôsobe vyplňania a o približnom čase, ktorý vyplňanie dotazníka zaberie. Zároveň obsahoval ubezpečenie o anonymite a informáciu o účele spracovania získaných dát.

## **6.2 Použité metodiky zberu dát**

Na kvantifikáciu relevantných charakteristík sme použili nasledujúce dotazníky:

- vlastný úvodný štruktúrovaný dotazník na zisťovanie niektorých osobných údajov, údajov zo zdravotnej anamnézy a niektorých okolností psycho-sociálneho života
- PVS - Personal View Survey – dotazník na zisťovanie miery hardiness
- AUDIT – the Alcohol Use Disorders Identification Test – skríningový nástroj na zisťovanie miery požívania alkoholu
- NEO-FFI – päťfaktorový osobnostný inventár
- STAI - State Trait Anxiety Inventory - dotazník na zisťovanie miery úzkosti a úzkostlivosti
- BDI - Beck Depression Inventory – dotazník na zisťovanie miery depresivity

### ***Vlastný úvodný štruktúrovaný dotazník***

7-položkový dotazník bol zostavený hlavne za účelom zistenia základných demografických údajov, akými sú vek, pohlavie, rodinný/partnerský stav, vzdelanie, bydlisko. Tiež nás zaujímalo, či sú zamestnaní a ako hodnotia svoju ekonomickú situáciu. Predmetné údaje sme zisťovali za účelom získania potenciálnych signifikantných diferencujúcich činiteľov.

### ***AUDIT – the Alcohol Use Disorders Identification Test***

Test The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) bol vyvinutý v 80.ých rokoch autormi Babor, de la Fuente, Saunders a Grant a Svetovou zdravotníckou organizáciou (2001) ako jednoduchý nástroj zameraný na včasnú detekciu osôb s rizikovou konzumáciou alkoholu.

Ide o skrínigový 10 položkový dotazník, kde sa prvé tri týkajú rizikového (nebezpečného) pitia alkoholu. Ďalšie tri otázky zisťujú výskyt možných symptómov závislosti a posledné štyri sa týkajú indikátorov škodlivého pitia alkoholu. Dotazník pomáha odhaliť mieru závažnosti konzumácie alkoholu, umožňuje vytipovať osoby s problémami s alkoholom a určiť vhodnú následnú intervenciu.

Dotazník je určený na používanie hlavne v primárnej liečebnej starostlivosti ako prvý krok tzv. krátkej intervencie, avšak môže sa používať aj v inom prostredí (napr. v školách, v zamestnaní). Umožňuje rozoznávať pri pití alkoholu 3 úrovne rizika a odporúča následnú intervenciu (od jednoduchej rady až po ďalšie diagnostické vyšetrenie a liečbu). Dotazník slúži na rýchle rozpoznanie osôb s nebezpečnou a škodlivou konzumáciou alkoholu, prípadne so závislosťou od alkoholu. Môže sa vyplniť samostatne alebo prebiehať v podobe krátkeho štrukturovaného interview.

AUDIT nie je diagnostickým nástrojom a neopravňuje k záverom o formálnom stanovení diagnózy závislosti od alkoholu. Skóre 20 a více bodov poukazuje na možnú závislosť od alkoholu, čo si však vyžaduje ďalšie diagnostické vyšetrenie.

Používa sa v dospeljej prevažne v populácii, dĺžka administrácie je 2-4 min., vyhodnotenie trvá cca 1 min. (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003-2006)

Dostupnú verziu AUDIT-u v českom jazyku (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003-2006) sme preložili do slovenčiny. Lingvistické užívanie použitej terminológie je v oboch jazykoch veľmi podobné.

AUDIT je spoľahlivý skrínigový nástroj a vykazuje dobrú konkurenčnú validitu v porovnaní s inými nástrojmi na skúmanie abúzu alkoholu a psychosociálnych ťažkostí, napr. MAST (Babor et al., 2001)

### ***PVS - Personal View Survey***

Na zisťovanie miery hardiness je v našich podmienkach dostupný do českého jazyka preložený a overovaný dotazník Personal Views Survey - PVS. Autori prekladu z

roku 1987 sú Krátký a Šolcová. Autorom revízie prekladu v r. 1994 je Šolcová. Preklad síce ešte nie je oficiálny, avšak je povolené používať ho na výskumné účely.

Podľa údajov Hardiness Research Institute, Inc. je reliabilita dotazníku vyjadrená koeficientom alfa 0.92. (Šolcová a Kebza, 1996) Štatistické údaje o reliabilite dotazníka však nie sú celkom jednotné. Iní autori (Křivohlavý, 1991; Funk, 1992) reliabilitu dotazníka vyjadrili koeficientom  $r = 0,60$ .

V manuáli nie sú k dispozícii údaje o validite a reliabilite českej formy dotazníka.

Dostupnú verziu PVS v českom jazyku sme preložili do slovenčiny. Lingvistické užívanie použitej terminológie je v oboch jazykoch veľmi podobné.

Dotazník obsahuje 50 položiek (17 na zistenie úrovne *challenge* - výzvy, 16 na zistenie úrovne *commitment* - zodpovednosti a 17 na zistenie úrovne *control* - zvládanie). Obsah pojmov *challenge*, *commitment* a *control*, bol popísaný v teoretické časti.

Na výroky respondenti odpovedajú respondentmi prostredníctvom štvorstupňovej škály takto: výrok 0 – nie je to vôbec tak, 1 – je na tom trochu pravdy, 2 – je na tom dosť pravdy, 3 – je to presne tak. Samotné skóre dotazníku hardiness vypovedá vo všeobecných rysoch o odolnosti jedinca voči stresu. Miera odolnosti typu hardiness sa získa z vážených skóre príslušných troch subškál. Výsledná hodnota váženého skóre hardiness sa pohybuje v rozmedzí od 0 do 100, a získanú hodnotu sa porovná s distribúciou obdobných hodnôt u ľudí, ktorí sú danému jedincovi určitým spôsobom primeraní – podľa veku, pohlavia, povolania, ochorenia ap., a môžeme zistiť, či posudzovaná osoba disponuje odolnosťou nadpriemernou, priemernou alebo podpriemernou. Stenové normy pre českú populáciu sa získali prostredníctvom vyšetrenia 950 osôb. (Šolcová, 1995)

### ***NEO – FFI päťfaktorový osobnostný inventár***

Pôvodnú verziu tohto dotazníka – NEO Five-Factor Inventory - vytvorili Costa a McCrae v r. 1992. Slovenská verzia tohto dotazníka vznikla v r.1995 na základe nemeckej verzie tohto inventára (Ruisel a Halama, 2007). Reliabilita aj validita slovenskej verzie NEO-FFI sú spokojivé.

NEO päťfaktorový osobnostný inventár poskytuje údaje o piatich všeobecných dimenziách osobnosti, ktorými sú (v rámci tejto koncepcie) neuroticizmus, extravergia, otvorenosť voči skúsenosti, prívetivosť a svedomitosť.

Škála *neuroticizmu* zisťuje individuálne rozdiely v emocionálnej stabilite a labilitate. Vysoké skóre svedčí o neistote, úzkostlivosti, intenzívnom prežívaní strachu, obáv a

smútku a o obmedzenej možnosti kontrolovať sa a zvládať stresové situácie. Jedinci, ktorí dosahujú nízke skóre v tejto škále, sú kľudní, vyrovnaní, bezstarostní a odolní voči stresu.

Škála *extraverzie* postihuje zameranie osobnosti na vnútorný či vonkajší svet. Vysoké skóre dosahujú jedinci spoločenský, sebaistí, aktívni, veselí, energickí a optimistickí. Naopak, nízke skóre svedčí o uzavretosti, zdržanlivosti, nezávislosti a o samostatnosti.

Škála *otvorenosti voči skúsenosti* zisťuje mieru zaujatia jedinca pre nové skúsenosti a zážitky. Vysoké skóre v tejto škále korešponduje so živou predstavivosťou, citlivosťou na estetické podnety, uprednostňovaním rozmanitosti, zvedavosťou a nezávislým úsudkom. Naopak, jedinci s nízkym skóre často zaujímajú konzervatívne postoje, charakteristické sú pre ne tlmené emočné reakcie a konvenčné správanie.

*Prívetivosť* je jednou dimenziou, ktorá najviac postihuje interpersonálne správanie. Najvýraznejšou charakteristikou osôb dosahujúcich vysoké skóre v tejto škále je altruizmus. Títo ľudia prejavujú pochopenie pre druhých, sú láskaví, dôverujú druhým ľuďom a dávajú prednosť spolupráci. Nízke skóre svedčí o egocentrizme, nepriateľskosti a o sklonoch k znevažovaniu druhých a k súťaživému správaniu.

Škála *svedomitosti* zisťuje vzťah k práci, k procesu plánovania, organizovania a realizácii úloh. Vysoké skóre v tejto škále dosahujú jedinci cieľavedomí, vytrvalí, systematickí, spoľahliví, presní, poriadni a jedinci s pevnou vôľou. Nízke skóre indikuje nedbalosť, ľahostajnosť a nízke zaujatie pre dosahovanie cieľov.

NEO päťfaktorový osobnostný inventár obsahuje 60 položiek. Respondenti vyjadrujú svoju mienku o tom, ako ich jednotlivé tvrdenia vystihujú, na päťbodovej škále (0 – vôbec nevystihuje, 4 – úplne vystihuje). Úroveň jednotlivých črt osobnosti potom vyjadruje celkové skóre. Každú z črt meria 12 položiek – maximálne celkové skóre v každej škále teda dosahuje hodnotu 48, minimálne skóre je 0.

Tento inventár patrí k často využívaným metódam v psychologickom výskume, v poradenskej psychológii i v psychológii práce, avšak ako skríningová metóda sa môže využiť aj v oblasti klinickej psychológie.

### ***STAI - State Trait Anxiety Inventory - dotazník na zisťovanie miery úzkosti a úzkostlivosti***

Spielbergerov dotazník na meranie úzkosti a úzkostlivosti je pomerne často používaná škála na kvantifikáciu anxiety ako aktuálneho stavu a anxiozity ako osobnostnej črty.

Celý dotazník pozostáva zo 40 položiek, ktoré sú rovnomerne rozdelené do dvoch subškál – X1 anxieta ako aktuálny stav (položky 1 – 20) a X – 2 anxiozita ako osobnostná črta (položky 21 – 40). (Müllner et al., 1980)

Pre potreby výskumu sme použili na meranie iba subškálu X2, t.j. zaujímali sme sa iba o anxiozitu ako osobnostnú črtu, ako relatívne stálu charakteristiku osobnosti.

U oboch škál je výsledkom jedno celé číslo, ktoré sa získa sčítaním škálových hodnôt vytlačených na šablóne (niektoré položky majú reverzné škálovanie, preto sa používa šablóna). Platí, že čím je číslo väčšie, tým vyšší je stupeň úzkosti (X1), resp. úzkostlivosti (X2). Rozsah možných skóre je od 20 do 80. Pri zatried'ovaní jednotlivcov sa riadime príslušnou normou (steny, percentily ap.). (Müllner et al., 1980)

Validita a reliabilita dotazníka STAI je uspokojivá, čo potvrdili viaceré validizačné aj korelačné štúdie.

### ***BDI - Beck Depression Inventory – dotazník na zisťovanie miery depresivity***

Beckova sebaopisujúca škála depresivity je 21 položkový skriningový nástroj na vyšetrovanie hĺbky depresie u už diagnostikovaných pacientov i ako detektor možnej depresie u normálnej populácie. Inventár je vhodný na použitie v psychologickej, psychiatrickej, lekárskej praxi, ale aj vo výskume. V zahraničí je toosvedčená, citlivá a validna metóda. (Beck et al., 1999)

U každej z 21 položiek sa vyberá zo 4 možností, ktoré sú hodnotené 4-bodovou škálou 0 – 4. Body všetkých 21 položiek sa sčítajú a získa sa celkové skóre. Rozsah skóre je 1 – 63. Položky sú zamerané na afektívne, kognitívne, motivačné a fyziologické symptómy depresie. Dotazník meria stav, nie depresivitu ako črtu osobnosti. Základné cut off skóre bolo vyvodené na základe výsledkov štyroch skupín: nedepresívni, mierne depresívni, stredne depresívni a ťažko depresívni (diagnostikované podľa DSM-III-R). Relatívne nízku hranicu odporúča Beck pre minimalizáciu falošne negatívnej diagnózy podľa výsledkov všetkých pacientov s diagnózou veľká depresia. Avšak pre potreby výskumu, kde je dôležité minimalizovať počet falošne pozitívnych diagnóz, autori odporúčajú napr. cut off 17. (Beck et al., 1999)

### 6.3 Charakteristika výskumnej vzorky

Nakoľko sa v práci zameriavame na zmapovanie populácie tzv. „mladých dospelých“ a vzťahu niektorých aspektov negatívnej emocionality k miere hardiness a miery konzumácie alkoholu, do výskumnej vzorky sme zaradili študentov/študentky, neštudentov/neštudentky a závislých participantov/participantky – ľudí z terapeutických komunit zameraných na liečbu závislostí, resp. klientov/klientiek resociazačných zariadení.

Hlavným výberovým kritériom bol vek. Participantov sme vyberali na základe nami určenej vekovej skupiny 18-26 rokov - „mladí dospelí“. Pre toto vekové rozmedzie sme sa rozhodli preto, že ho považujeme za rizikové a kritické obdobie v živote človeka. Potvrdzujú to napr. aj Langmeier a Krejčířová (1999), ktorí uvádzajú, že ranná dospelosť (zhruba 20-25 rokov) je prechodným obdobím medzi adolescenciou a úplnou dospelosťou. Dospelosť tu vymedzujú s prihliadnutím na tri kritériá: vek, prevzatie určitých vývinových úloh a dosiahnutie určitého stupňa osobnej zrelosti.

Dolnú hranicu 18 rokov sme zvolili aj kvôli spoločenskému i zákonom danému stereotypu vnímania hranice dospelosti práve v tomto veku. Hornú hranicu 26 rokov sme stanovili jednak na základe toho, že v tomto veku väčšinou študenti strácajú status študenta, a tiež 26 rokov je v SR zákonnou hranicou, kedy rodičia prestávajú niesť povinnosť starať sa o nezaopatreného potomka. Domnievame sa, že na základe týchto faktov môže vo väčšinovej spoločnosti pretrvávať stereotyp, že človek približne v tomto veku má začať alebo začína novú životnú etapu – samostatný nezávislý život.

U ľudí z terapeutických komunit a resociazačných zariadení sme hornú vekovú hranicu mierne posunuli kvôli nedostatočnému počtu vhodných klientov/klientiek v nami požadovanej vekovej kategórii.

Náš výskumný súbor nakoniec pozostával zo 150 participantov, ktorých sme rozdelili do troch skupín po 50 participantov:

1. závislí v liečbe, resp. v terapeutickom procese, kde priemerný vek bol 29,28 r. ( $SD=4,286$ )
2. študenti, kde priemerný vek bol 23,18 r. ( $SD=2,145$ )
3. neštudenti, ktorých priemerný vek bol 25,64 r. ( $SD=0,776$ )

Z aspektu celého súboru ( $N=150$ ) participantov bol priemerný vek 26,3 r. ( $SD=3,751$ ).



Niektoré demografické údaje z aspektu celej výskumnej vzorky sú prezentované v nasledujúcich tabuľkách č.1 – 6.

**Tab.1 Pohlavie**

	frekvencia	percento	valid percent	kumulat.percento
muži	61	40,7	40,7	40,7
ženy	89	59,3	59,3	100,0
celkom	150	100,0	100,0	

**Tab.2 Stav**

	frekvencia	percento	valid percent	kumulat.percento
slobodný/á	120	80,0	80,0	80,0
v manž. zväzku	18	12,0	12,0	92,0
rozvedený/á	12	8,0	8,0	100,0
celkom	150	100,0	100,0	

**Tab. 3 Zamestnanie**

	frekvencia	percento	valid percent	kumulat.percento
zamestnaný	84	56,0	56,0	56,0
nezamestnaný	7	4,7	4,7	60,7
študent	50	33,3	33,3	94,0
iné	9	6,0	6,0	100,0
celkom	150	100,0	100,0	

**Tab. 4 Vzdelanie**

	frekvencia	percento	valid percent	kumulat.percento
základné	4	2,7	2,7	2,7
SŠ bez maturity	11	7,3	7,3	10,0
SŠ s maturitou	41	27,3	27,3	37,3
VŠ	94	62,7	62,7	100,0
celkom	150	100,0	100,0	

**Tab. 5 Socio-ekonomická situácia**

	frekvencia	percento	valid percent	kumulat.percento
veľmi dobrá	4	2,7	2,7	2,7
dobrá	78	52,0	52,0	54,7
uspokojivá	55	36,7	36,7	91,3
zlá	13	8,7	8,7	100,0
celkom	150	100,0	100,0	

**Tab. 6 Bydlisko**

	frekvencia	percento	valid percent	kumulat.percento
mesto nad 10 tis. obyvateľov	114	76,0	76,0	76,0
menšie mesto	6	4,0	4,0	80,0
vidiek	19	12,7	12,7	92,7
podnájom/internát	11	7,3	7,3	100,0
celkom	150	100,0	100,0	

#### 6.4 Výskumné otázky a výskumné hypotézy

Na základe teoretických východísk diskutovaných problémov a cieľov práce sme vytypovali tieto výskumné otázky:

VO 1 Aká je miera anxiety a depresie u sledovaných skupín?

VO 2 Aká je miera odolnosti typu hardiness u participantov sledovaných skupín?

VO 3 Aká je miera konzumácie alkoholu v sledovaných skupinách?

VO 4 Aké sú v sledovaných parametroch diferencie medzi statusom študenta a neštudenta?

VO 5 Aká je súvislosť medzi mierou úzkostlivosti a depresie a mierou konzumácie alkoholu?

VO 6 Aká je súvislosť medzi mierou úzkostlivosti a depresie a mierou hardiness?

VO 7 Existuje súvislosť medzi mierou hardiness a zvýšenou konzumáciou alkoholu?

VO 8 Existuje vzťah medzi osobnostnými črtami a mierou konzumácie alkoholu?

Na základe výskumných otázok sme ďalej sformulovali nasledujúce výskumné hypotézy:

H 1: Čím nižšia bude miera hardiness, tým vyššia bude miera úzkostlivosti.

H 2: Čím nižšia bude miera hardiness, tým vyššia bude miera a depresie.

H 3: Čím vyššia bude miera úzkostlivosti, tým vyššia bude miera konzumácie alkoholu.

H 4: Čím vyššia bude miera depresie, tým vyššia bude miera konzumácie alkoholu.

H 5: Čím nižšia bude miera hardiness, tým vyššia bude miera konzumácie alkoholu.

## 6.5 Výsledky výskumu

Získané údaje sme spracovali a štatisticky analyzovali použitím štatistického programu SPSS 16.0 a boli použité pre koreláciu (Pearsonov korelačný koeficient) a pre porovnanie dvoch skupín sa použil bol t-test pre dva nezávislé výbery.

### Výskumná otázka 1.

#### *Aká je miera anxiózy a depresie v sledovaných skupinách?*

**Tab. 7 Porovnanie priemerných hodnôt anxiózy a depresie medzi skupinou závislých, skupinou študentov a skupinou neštudentov**

participanti	N	priemer	SD	priemer št.chyby
STAI X2 študenti	50	43,0600	8,68827	1,22871
neštudenti	50	41,7800	9,49391	1,34264
závislí	50	45,5000	9,26316	1,38061
BDI študenti	50	9,6000	7,05662	0,99796
neštudenti	50	6,7600	6,12642	0,86641
závislí	50	10,9600	9,76240	1,38061

**Tab. 8 Porovnanie priemerných hodnôt anxiózy a depresie podľa pohlavia**

pohlavie	N	priemer	SD	priemer št.chyby
STAI X2 muž	61	44,0492	8,23899	1,05489
žena	89	43,0337	9,86667	1,04586
BDI muž	61	8,8361	5,82861	0,74628
žena	89	9,2921	9,14679	0,96956

**Tab. 9 Porovnanie priemerných hodnôt anxiózy a depresie medzi skupinou závislých a kumulovanou skupinou nezávislých**

participanti	N	priemer	SD	priemer št.chyby
STAI X2 závislí	50	45,5000	9,26316	1,31001
nezávislí	100	42,4200	9,07675	0,90768
BDI závislí	50	10,9600	9,76240	1,38061
nezávislí	100	8,1800	6,72757	0,67276

**Tab. 10 Porovnanie priemerných hodnôt anxiózy a depresie medzi skupinou závislých a skupinou neštudentov**

participanti	N	priemer	SD	priemer št.chyby
STAI X2 závislí	50	45,5000	9,26316	1,31001
študenti	50	43,0600	8,68827	1,22871
BDI závislí	50	10,9600	9,76240	1,38061
študenti	50	9,6000	7,05662	0,99796

**Tab. 11 Porovnanie priemerných hodnôt anxiózy a depresie medzi skupinou závislých a kumulovanou skupinou nezávislých**

participanti	N	priemer	SD	priemer št.chyby
STAI X2 závislí	50	45,5000	9,26316	1,31001
neštudenti	50	41,7800	9,49391	1,34264
BDI závislí	50	10,9600	9,76240	1,38061
neštudenti	50	6,7600	6,12642	0,86641

STAI X2  $p \leq 0,05$ ; BDI  $p \leq 0,011$

**Tab. 12 Porovnanie priemerných hodnôt anxiózy a depresie medzi skupinou študentov a neštudentov**

participanti	N	priemer	SD	priemer št.chyby
STAI X2 študenti	50	43,0600	8,68827	1,22871
neštudenti	50	41,7800	9,49391	1,34264
BDI študenti	50	9,6000	7,05662	0,99796
neštudenti	50	6,7600	6,12642	0,86641

BDI  $p \leq 0,034$

Výsledky ukazujú, že v miere anxiózy a depresie vyššie skórujú participanti zo skupiny závislých v porovnaní so skupinou študentov a skupinou neštudentov.

Hladina významnosti diferencie v porovnaní závislých so skupinou neštudentov pri STAI X2 bola  $p \leq 0,05$  a pri BDI bola s  $p \leq 0,011$ . V porovnaní skupiny závislých so skupinou študentov nebol rozdiel štatisticky signifikantný.

V porovnaní skupiny študentov so skupinou neštudentov sa pri BDI preukázala štatisticky signifikantná diferencia ( $p \leq 0,034$ ).

Miera dosiahnutých priemerných skóre však nie je klinicky významná.

Z aspektu diferencií medzi pohlaviami sa nepreukázal výrazný rozdiel.

## Výskumná otázka 2.

### *Aká je miera odolnosti typu hardiness u participantov sledovaných skupín?*

**Tab. 13 Porovnanie priemerných skóre hardiness medzi skupinou závislých, skupinou študentov a skupinou neštudentov**

participanti	N	priemer	SD	priemer št.chyby
HA študenti	50	64,4430	14,21648	2,01051
neštudenti	50	69,1612	11,06305	1,56455
závislí	50	63,0480	9,52068	1,34643

**Tab. 14 Porovnanie priemerných skóre hardiness medzi pohlaviami**

participanti	N	priemer	SD	priemer št.chyby
HA muži	61	62,5782	11,69137	1,49693
ženy	89	67,5881	11,80263	1,25108

$p \leq 0,011$

**Tab. 15 Porovnanie priemerných skóre hardiness medzi skupinou závislých a kumulovanou skupinou nezávislých**

participanti	N	priemer	SD	priemer št.chyby
HA závislí	50	63,0480	9,52068	1,34643
nezávislí	100	66,8021	12,89311	1,28931

**Tab. 16 Porovnanie priemerných skóre hardiness medzi skupinou závislých a skupinou neštudentov**

participanti	N	priemer	SD	priemer št.chyby
HA neštudenti	50	69,1612	11,06305	1,56455
závislí	50	63,0480	9,52068	1,34643

$p \leq 0,004$

**Tab. 17 Porovnanie priemerných skóre hardiness medzi skupinou závislých a skupinou študentov**

participanti	N	priemer	SD	priemer št.chyby
HA študenti	50	64,4430	14,21648	2,01051
závislí	50	63,0480	9,52068	1,34643

**Tab. 18 Porovnanie priemerných skóre hardiness medzi skupinou študentov a skupinou neštudentov**

participanti	N	priemer	SD	priemer št.chyby
HA študenti	50	64,4430	14,21648	2,01051
neštudenti	50	69,1612	11,06305	1,56455

Výsledky ukazujú, že v miere hardiness najvyššie skórujú participanti zo skupiny neštudentov a najnižšie skórujú participanti skupiny závislých.

Z aspektu diferencií medzi pohlaviami sa preukázal štatisticky signifikantný rozdiel ( $p \leq 0,011$ ), ktorý poukazuje na významne vyššiu mieru hardiness u žien v porovnaní s mužmi u sledovaných participantov.

Preukázala sa tiež signifikantne nižšia miera hardiness u skupiny závislých v porovnaní so skupinou neštudentov ( $p \leq 0,004$ ).

Dosiahnutá priemerná miera hardiness vo všetkých skupinách presahuje hodnotu 60.

### Výskumná otázka 3.

#### *Aká je miera konzumácie alkoholu v sledovaných skupinách?*

**Tab. 19** Porovnanie priemerných skóre AUDIT medzi skupinou závislých, skupinou študentov a skupinou neštudentov

participanti	N	priemer	SD	priemer št.chyby
AUDIT študenti	50	8,1800	6,74821	0,95434
neštudenti	50	6,5800	5,51469	0,77990
závislí	50	10,9600	12,65227	1,78930

**Tab. 20** Porovnanie priemerných skóre AUDIT medzi pohlaviami

participanti	N	priemer	SD	priemer št.chyby
AUDIT muži	61	8,9016	9,93429	1,27196
ženy	89	8,3483	8,34225	0,88428

**Tab. 21** Porovnanie priemerných skóre AUDIT medzi skupinou závislých a kumulovanou skupinou nezávislých

participanti	N	priemer	SD	priemer št.chyby
AUDIT závislí	50	10,9600	12,65227	1,78930
nezávislí	100	7,3800	6,18369	0,61837

$p \leq 0,021$

**Tab. 22** Porovnanie priemerných skóre AUDIT medzi skupinou závislých a skupinou neštudentov

participanti	N	priemer	SD	priemer št.chyby
AUDIT závislí	50	10,9600	12,65227	1,78930
neštudenti	50	6,5800	5,51469	0,77990

$p \leq 0,027$

**Tab. 23** Porovnanie priemerných skóre AUDIT medzi skupinou závislých a skupinou študentov

participanti	N	priemer	SD	priemer št.chyby
AUDIT závislí	50	10,9600	12,65227	1,78930
študenti	50	8,1800	6,74821	0,95434

**Tab. 24** Porovnanie priemerných skóre AUDIT medzi skupinou študentov a skupinou neštudentov

participanti	N	priemer	SD	priemer št.chyby
AUDIT študenti	50	8,1800	6,74821	0,95434
neštudenti	50	6,5800	5,51469	0,77990

Výsledky ukazujú, že priemerné skóre AUDIT, ktoré poukazuje na mieru konzumácie alkoholu je najvyššie v skupine závislých a najnižšie v skupine mladých dospelých neštudentov.

Z aspektu diferencií medzi skupinou závislých a kumulovanou skupinou nezávislých (študenti aj neštudenti) sa preukázala štatisticky signifikantne vyššia miera požívania alkoholu v skupine závislých ( $p \leq 0,021$ ).

Preukázala sa tiež signifikantne vyššia miera konzumácie alkoholu v skupine závislých v porovnaní so skupinou mladých dospelých neštudentov ( $p \leq 0,027$ ).

Z aspektu diferencií medzi pohlaviami sa nepreukázal štatisticky signifikantný rozdiel v miere požívania alkoholu.

Dosiahnutá priemerná miera celkového skóre AUDIT-u z aspektu celej výskumnej vzorky bola vo 8,573, čo na základe kritérií hodnotenia už spadá do kategórie rizikového (nebezpečného) pitia. Do tejto kategórie na základe priemerného dosiahnutého skóre spadá okrem skupiny závislých aj skupina študentov.

#### Výskumná otázka 4

*Aké sú v sledovaných parametroch diferencie medzi statusom študenta a neštudenta?*

Z aspektu sledovaných charakteristík uvádzame len signifikantné diferencie, ktoré sa prejavili vo dvoch charakteristikách, a to v miere depresívnej symptomatiky podľa BDI a v osobnostnej črte N-neuroticizmus podľa NEO.

**Tab. 25 Porovnanie priemerných skóre BDI medzi skupinou študentov a skupinou neštudentov**

participanti	N	priemer	SD	priemer št.chyby
BDI študenti	50	9,6000	7,05662	0,99796
neštudenti	50	6,7600	6,1262	0,86641

$p \leq 0,034$

**Tab. 26 Porovnanie priemerných skóre NEO - N medzi skupinou študentov a skupinou neštudentov**

participanti	N	priemer	SD	priemer št.chyby
NEO-N študenti	50	21,8800	7,70274	1,08933
neštudenti	50	18,6200	7,85556	1,11094

$p \leq 0,039$

V porovnaní skupiny študentov so skupinou neštudentov sa pri BDI preukázala štatisticky signifikantná diferencia ( $p \leq 0,034$ ), kde skupina študentov vykazuje v priemere viac depresívnej symptomatiky. Miera dosiahnutých priemerných skóre v oboch skupinách však nie je klinicky významná a poukazuje iba na minimálnu mieru depresívnej symptomatiky.

V sledovanej dimenzii N (neuroticizmus) študenti vykazovali signifikantne vyššie priemerné skóre v porovnaní s neštudentmi ( $p \leq 0,039$ ). Skóre N ani v jednej porovnávannej skupine nepresahovalo diagnosticky významnú mieru.

## Výskumná otázka 5

### *Aká je súvislosť medzi mierou úzkostlivosti a depresie a mierou konzumácie alkoholu?*

**Tab. 27** Korelácia miery konzumu alkoholu s mierou anxiózy a depresie z aspektu celej výskumnej vzorky

všetci	STAI X-2	BDI
AUDIT		
PC	,257	,355
Sg	<b>,001</b>	<b>,000</b>
N	150	150

**Tab. 28** Korelácia miery konzumu alkoholu s mierou anxiózy a depresie z aspektu skupiny študentov

študenti	STAI X-2	BDI
AUDIT		
PC	,452	,548
Sg	<b>,001</b>	<b>,000</b>
N	50	50

**Tab. 29** Korelácia miery konzumu alkoholu s mierou anxiózy a depresie z aspektu skupiny neštudentov

neštudenti	STAI X-2	BDI
AUDIT		
PC	,304	,083
Sg	<b>,032</b>	,568
N	50	50

**Tab. 30** Korelácia miery konzumu alkoholu s mierou anxiózy a depresie z aspektu skupiny závislých

závislí	STAI X-2	BDI
AUDIT		
PC	,191	,318
Sg	,411	,024
N	50	50

PC – Pearsonov korelačný koeficient  
Sg – signifikancia  
N - počet

Korelačná analýza skúmaných parametrov zaznamenala vysoko významné súvislosti z aspektu celej skúmanej vzorky medzi mierou konzumácie alkoholu – AUDIT a mierou úzkostlivosti - STAI X-2 (PC=,257;Sg=,001) a mierou depresívnej symptomatiky - BDI (PC=,355;Sg=,000). Tiež sa zaznamenal významný vzťah v miere konzumácie



alkoholu vo vzorke študentov a mierou anxiozity -STAI X-2 (PC=,452;Sg=,001) a mierou depresie - BDI (PC=,548;Sg=,000). Zistené súvislosti poukazujú na vzťah zvýšenej konzumácie alkoholu s vyššou mierou anxiozity a depresie.

V ostatných skúmaných charakteristikách sa významnejšie vzťahy nepotvrdili. Na hladine signifikancie  $p \leq 0,05$  sa preukázal vzťah zvýšenej miery konzumácie alkoholu a vysokej anxiozity vo vzorke neštudentov (PC=,304;Sg=,032) a závislých a vzťah zvýšenej konzumácie alkoholu a vysokej miery depresie (PC=,318;Sg=,024).

## Výskumná otázka 6

### *Aká je súvislosť medzi mierou úzkostlivosti a depresie a mierou hardiness?*

**Tab. 31** Korelácia miery HARDINESS s mierou anxiozity a depresie z aspektu celej výskumnej vzorky

všetci		STAI X-2	BDI
HA			
	PC	-,399	-,322
	Sg	<b>,000</b>	<b>,000</b>
	N	150	150

**Tab. 32** Korelácia miery HARDINESS s mierou anxiozity a depresie z aspektu skupiny študentov

študenti		STAI X-2	BDI
HA			
	PC	-,525	-,492
	Sg	<b>,000</b>	<b>,000</b>
	N	50	50

**Tab. 33** Korelácia miery HARDINESS s mierou anxiozity a depresie z aspektu skupiny neštudentov

neštudenti		STAI X-2	BDI
HA			
	PC	-,429	-,307
	Sg	<b>,002</b>	<b>,030</b>
	N	50	50

**Tab. 34** Korelácia miery HARDINESS s mierou anxiózy a depresie z aspektu skupiny závislých

závislí	STAI X-2	BDI
HA		
PC	-,149	-,097
Sg	,303	,501
N	50	50

Korelačná analýza zaznamenala štatisticky vysoko signifikantný vzťah medzi nízkou mierou hardiness a vysokou mierou anxiózy a depresie ( $p < 0,001$ ).

Zaznamenal sa vysoko signifikantný vzťah miery hardiness a miery anxiózy ( $PC = -,399$ ;  $Sg = ,000$ ) a miery hardiness a miery depresívnej symptomatiky ( $PC = -,322$ ;  $Sg = ,000$ ) z aspektu celej vzorky, signifikantný vzťah miery hardiness a miery anxiózy ( $PC = -,525$ ;  $Sg = ,000$ ) a miery hardiness a miery depresívnej symptomatiky ( $PC = -,492$ ;  $Sg = ,000$ ) z aspektu vzorky študentov, a signifikantný vzťah miery hardiness a miery anxiózy ( $PC = -,429$ ;  $Sg = ,002$ ) a miery hardiness a miery depresívnej symptomatiky ( $PC = -,307$ ;  $Sg = ,030$ ) z aspektu vzorky neštudentov, čo poukazuje na vzťah nižšej miery odolnosti typu hardiness s vyššou mierou anxiózy a depresie.

Vo výskumnej vzorke závislých ľudí v liečbe sa významný vzťah skúmaných parametroch nepreukázal.

## Výskumná otázka 7

*Existuje súvislosť medzi mierou hardiness a zvýšenou konzumáciou alkoholu?*

**Tab. 35** Korelácia miery HARDINESS s mierou konzumácie alkoholu z aspektu všetkých skúmaných skupín

	Všetci - HA	Študenti- HA	Neštudenti- HA	Závislí - HA
AUDIT				
PC	-,181	-,295	-,203	-,047
Sg	<b>,026</b>	<b>,038</b>	,156	,744
N	150	50	50	50

Korelačná analýza vysoko signifikantný vzťah medzi mierou hardiness a mierou konzumáciou alkoholu na hladine  $p < 0,001$  nezaznamenala.

Zaznamenal sa štatisticky signifikantný vzťah miery hardiness a miery konzumácie alkoholu z aspektu celého výskumného súboru ( $PC = -,181$ ;  $Sg = ,026$ ) a z aspektu skupiny

študentov (PC=-,295; Sg=,038) na hladine  $p<0,05$ , ktorý poukazuje na vzťah zvýšenej miery konzumácie alkoholu a nízkej miery hardiness.

### Výskumná otázka 8

#### *Existuje vzťah medzi osobnostnými črtami a mierou konzumácie alkoholu?*

**Tab. 36** Korelácia miery osobnostných črt NEO s mierou konzumácie alkoholu z aspektu celého súboru

všetci		NEO - N	NEO-E	NEO-O	NEO-P	NEO-S
AUDIT						
	PC	,332	,093	-,026	-,239	-,159
	Sg	<b>,000</b>	,257	,753	<b>,003</b>	,052
	N	150	150	150	150	150

**Tab. 37** Korelácia miery osobnostných črt NEO s mierou konzumácie alkoholu z skupiny študentov

študenti		NEO - N	NEO-E	NEO-O	NEO-P	NEO-S
AUDIT						
	PC	,210	,310	,177	-,374	-,490
	Sg	,144	<b>,029</b>	,218	<b>,007</b>	<b>,000</b>
	N	50	50	50	50	50

**Tab. 38** Korelácia miery osobnostných črt NEO s mierou konzumácie alkoholu z aspektu skupiny neštudentov

neštudenti		NEO - N	NEO-E	NEO-O	NEO-P	NEO-S
AUDIT						
	PC	,408	-,263	,199	-,187	-,293
	Sg	<b>,003</b>	,065	,166	,193	<b>,039</b>
	N	50	50	50	50	50

**Tab. 39** Korelácia miery osobnostných črt NEO s mierou konzumácie alkoholu z aspektu skupiny závislých

závislí		NEO - N	NEO-E	NEO-O	NEO-P	NEO-S
AUDIT						
	PC	,328	,186	-,110	-,168	,061
	Sg	<b>,020</b>	,195	,447	,245	,672
	N	50	50	50	50	50

Na základe korelačnej analýzy sme z aspektu celej výskumnej vzorky zaznamenali najvýraznejší vzťah medzi konzumáciou alkoholu a osobnostnými črtami neuroticismus (N) (PC = ,332 a Sg = ,000) a prívetivosť (P) (PC = -,239 a Sg = 0,003) pri signifikancii

$p < 0,01$ , čo poukazuje na vzťah zvýšenej miery konzumácie alkoholu so zvýšeným neuroticizmom N a s nízkou mierou prívetivosti P.

V skupine študentov sa preukázal štatisticky signifikantný vzťah ( $p < 0,01$ ) medzi zvýšenou mierou konzumácie alkoholu a osobnostnou črtou svedomitosť (S) ( $PC = -,490$ ;  $Sg = ,000$ ); a prívetivosť (P) ( $PC = -,374$ ;  $Sg = 0,007$ ), čo pravdepodobne poukazuje na vzťah nízkej svedomitosti a zvýšenej miery konzumácie alkoholu.

Na hladine  $p < 0,05$  sa v súvislosti s pitím ako signifikantná ukázala osobnostná črta extravertizácia (E) ( $PC = ,310$ ;  $Sg = 0,029$ ), čo pravdepodobne poukazuje na zvýšenú mieru konzumácie alkoholu v prípade zvýšenej miery extravertizácie.

U skupine neštudentov sme na základe korelačnej analýzy zaznamenali významný vzťah miery konzumácie alkoholu s neuroticizmom (N) ( $PC = ,408$ ;  $Sg = 0,003$ ), čo taktiež pravdepodobne poukazuje na vzťah zvýšenej miery neuroticizmu (N) a vyššej miery konzumácie alkoholu.

V skupine závislých sa zaznamenala významnejšia korelácia medzi zvýšenou mierou konzumácie alkoholu a neuroticizmom (N), avšak na hladine signifikancie  $p < 0,05$  ( $PC = ,329$ ;  $Sg = ,020$ ), čo hovorí pravdepodobne o zvýšenej miere konzumácie alkoholu v prípade vysokej miery neuroticizmu.

### Hypotéza 1

*Čím nižšia bude miera hardiness, tým vyššia bude miera úzkostlivosti.*

Výsledky korelačnej analýzy skóre z dotazníkov PVS (hardiness) a STAI X-2 (anxiozita), na hladine signifikancie  $p < 0,01$  ukázali, že sa hypotéza 1 platí významne v celej skúmanej vzorke, aj v jednotlivých skúmaných skupinách študentov a neštudentov.

V skupine závislých táto hypotéza neplatí.

Zistenia sú prezentované v nižšie uvedených tabuľkách.

všetci	STAI X - 2
HA	
PC	-,399
Sig	,000
N	150

**Tab. 40** Korelácia miery hardiness s mierou anxiozity z aspektu celej výskumnej vzorky

študenti	STAI X - 2

HA		
	PC	-,525
	Sig	<b>,000</b>
	N	50

**Tab. 41** Korelácia miery hardiness s mierou anxiózy z aspektu skupiny študentov

		neštudenti	STAI X - 2
HA			
	PC		-,429
	Sig		<b>,002</b>
	N		50

**Tab. 42** Korelácia miery hardiness s mierou anxiózy z aspektu skupiny neštudentov

		závislí	STAI X - 2
HA			
	PC		-,149
	Sig		,303
	N		50

**Tab. 43** Korelácia miery hardiness s mierou anxiózy z aspektu skupiny závislých

## Hypotéza 2

*Čím nižšia bude miera hardiness, tým vyššia bude miera a depresie.*

Výsledky korelačnej analýzy skóre z dotazníkov PVS (hardiness) a BDI (miera depresie), na hladine signifikancie  $p < 0,01$ , resp.  $p < 0,05$  ukázali, že sa hypotéza 2 platí v celej výskumnej vzorke, aj v jednotlivých skúmaných skupinách študentov a neštudentov ( $p < 0,05$ ).

V skupine závislých táto hypotéza neplatí.

Zistenia sú prezentované v nižšie uvedených tabuľkách.

		všetci	BDI
HA			
	PC		-,322
	Sig		<b>,000</b>
	N		150

**Tab. 44** Korelácia miery hardiness s mierou depresie z aspektu celého výskumného súboru

		študenti	BDI
HA			
	PC		-,429
	Sig		<b>,001</b>
	N		50

**Tab. 45** Korelácia miery hardiness s mierou depresie z aspektu skupiny študentov

neštudenti		BDI
HA		
	PC	-,307
	Sig	<b>,030</b>
	N	50

**Tab. 46** Korelácia miery hardiness s mierou depresie z aspektu skupiny neštudentov

závislí		BDI
HA		
	PC	-,097
	Sig	,501
	N	50

**Tab. 47** Korelácia miery hardiness s mierou depresie z aspektu skupiny závislých

### Hypotéza 3

*Čím vyššia bude miera úzkostlivosti, tým vyššia bude miera konzumácie alkoholu.*

Výsledky korelačnej analýzy skóre z dotazníkov STAI X-2 (úzkostlivosť) a AUDIT (miera konzumácie alkoholu), na hladine signifikancie  $p < 0,01$ , resp.  $p < 0,05$  ukázali, že hypotéza 3 platí v celej výskumnej vzorke, aj jednotlivu v skúmaných skupinách študentov, u neštudentov však pri hladine signifikancie  $p < 0,05$ .

V skupine závislých táto hypotéza neplatí.

Zistenia sú prezentované v nižšie uvedených tabuľkách.

všetci		AUDIT
STAI X-2		
	PC	,257
	Sig	<b>,001</b>
	N	150

**Tab. 48** Korelácia miery anxiózy s mierou konzumácie alkoholu z aspektu celého výskumného súboru

študenti		AUDIT
STAI X-2		
	PC	,452
	Sig	<b>,001</b>
	N	50

**Tab. 49** Korelácia miery anxiózy s mierou konzumácie alkoholu z aspektu v skupine študentov

neštudenti		AUDIT
------------	--	-------

STAI X-2		
	PC	,304
	Sig	<b>,032</b>
	N	50

**Tab. 50** Korelácia miery anxiozity s mierou konzumácie alkoholu z aspektu v skupine neštudentov

	závislí	AUDIT
STAI X-2		
	PC	,119
	Sig	,411
	N	50

**Tab. 51** Korelácia miery anxiozity s mierou konzumácie alkoholu z aspektu v skupine závislých

#### Hypotéza 4

***Čím vyššia bude miera depresie, tým vyššia bude miera konzumácie alkoholu.***

Výsledky korelačnej analýzy skóre z dotazníkov BDI (miera depresie) a AUDIT (miera konzumácie alkoholu), na hladine signifikancie  $p < 0,01$ , resp.  $p < 0,05$  ukázali, že hypotéza 4 platí v celej výskumnej vzorke, ako aj jednotlivu v skúmaných skupinách študentov, závislých pri hladine signifikancie  $p < 0,05$ .

V skupine neštudentov táto hypotéza neplatí.

Zistenia sú prezentované v nižšie uvedených tabuľkách.

	všetko	AUDIT
BDI		
	PC	,355
	Sig	,000
	N	150

**Tab. 52** Korelácia miery depresie s mierou konzumácie alkoholu z aspektu celého výskumného súboru

	študenti	AUDIT
BDI		
	PC	,548
	Sig	<b>,000</b>
	N	50

**Tab. 53** Korelácia miery depresie s mierou konzumácie alkoholu z aspektu skupiny študentov

	neštudenti	AUDIT
BDI		
	PC	,083
	Sig	,568
	N	50

**Tab. 54** Korelácia miery depresie s mierou konzumácie alkoholu z aspektu skupiny neštudentov

závislí	AUDIT
BDI	
PC	,318
Sig	<b>,024</b>
N	50

**Tab. 55** Korelácia miery depresie s mierou konzumácie alkoholu z aspektu skupiny závislých

## Hypotéza 5

***Čím nižšia bude miera hardiness, tým vyššia bude miera konzumácie alkoholu.***

Výsledky korelačnej analýzy skóre z dotazníkov PVS (hardiness) a AUDIT (miera konzumácie alkoholu), na hladine signifikancie  $p < 0,05$  ukázali, že hypotéza 1 platí v celom výskumnom súbore a v sledovanej skupine študentov.

V skupine neštudentov a v skupine závislých hypotéza neplatí.

Zistenia sú prezentované v nižšie uvedených tabuľkách.

všetci	AUDIT
HA	
PC	-,181
SD	<b>,026</b>
N	150

**Tab. 56** Korelácia miery hardiness s mierou konzumácie alkoholu z aspektu celého výskumného súboru

študenti	AUDIT
HA	
PC	-,295
SD	<b>,038</b>
N	50

**Tab. 57** Korelácia miery hardiness s mierou konzumácie alkoholu z aspektu skupiny študentov

neštudenti	AUDIT
HA	
PC	-,203
SD	,156
N	50

**Tab. 58** Korelácia miery hardiness s mierou konzumácie alkoholu z aspektu skupiny neštudentov

závislí	AUDIT
HA	
PC	-,047
SD	,744
N	50

**Tab. 59** Korelácia miery hardiness s mierou konzumácie alkoholu z aspektu skupiny závislých



## 7 DISKUSIA

Dosiahnutá priemerná miera celkového skóre dotazníka AUDIT zameraného na zistenie miery konzumácie alkoholu z aspektu celej výskumnej vzorky bola vo 8,573. Do tejto kategórie na základe priemerného dosiahnutého skóre (8,18) spadá okrem testovanej skupiny závislých aj skupina vysokoškolských študentov čo na základe kritérií hodnotenia už spadá do kategórie rizikového (nebezpečného) pitia (dosiahnuté skóre 8 – 15). V tomto rozmedzí už môžu byť aj jedinci so škodlivým pitím a so závislosťou od alkoholu. Priemerné skóre v skupine neštudentov bolo 6,5, kde takto kvantifikovaná miera pitia predstavuje nízke riziko. Toto zistenie je trochu v rozpore s údajmi, ktoré uvádza NIAAA (2006a), kde sa o.i. tvrdí, že súčasné prieskumy poukazujú na skutočnosť, že univerzitní študenti pijú s menšou frekvenciou ako ich rovesníci – neštudenti (t.j. 3,7% študentov udáva denné pitie oproti 4,5% neštudentov). Na inom mieste v tejto štúdií sa však tvrdí, že väčšina ľudí má tendenciu redukovať svoje pitie približne okolo svojho 25. roku života, keď si začnú osvojovať dospelé roly, ako sa stane manželom/manželkou, rodičom a zamestnancom. (NIAAA, 2006a) Priemerný vek skupiny neštudentov v našom výskume bol 25,64 r., boli prevažne zamestnaní, a teda predpokladáme, že si už svoje dospelé roly začali postupne osvojovať.

Priemerný vek skupiny študentov bol 23,18 r. Ako uvádza Corbin et al. (2011), problém pitia vysokoškolákov si získal zvýšenú pozornosť za posledných dvadsať rokov a taktiež sa dramaticky zvýšilo preventívne úsilie. Zvýšená pozornosť sa venuje problému nadmerného epizodického pitia (heavy episodic drinking – HED; 4 alebo viac drinkov pri jednej príležitosti u žien a 5 alebo viac u mužov). Okrem toho, vysoká škola reprezentuje vývinové obdobie spojené s najvyššou prevalenciou porúch súvisiacich s požívaním alkoholu, kde jedna štúdia zistila, že viac ako jedna tretina vysokoškolských študentov spĺňalo kritériá abúzu alkoholu alebo závislosti od alkoholu. Okrem zvýšenia rizika porúch súvisiacich s požívaním alkoholu, HED posúva vysokoškolských študentov do rizika pre celý rad negatívnych konzekvencií, vrátane vysoko rizikového sexuálneho správania, agresie a užívania iných drog.

Hoci prostredie vysokej školy jednoznačne prispieva k vysoko rizikovému pitiu, tí, ktorí sú v najväčšom riziku pre dlhodobé konzekvencie, bývajú tí, ktorých sa týka HED už pred zápisom na vysokú školu (Grekin & Sher, 2006, in Corbin et al., 2011). Preto je dôležité identifikovať rizikové faktory spojené s nadmerným pitím u začínajúcich študentov.

Tieto tvrdenia čiastočne podporujú aj naše zistenia. Skupina študentov v porovnaní so skupinou neštudentov pri BDI preukázala štatisticky signifikantne viac depresívnej symptomatiky ( $p \leq 0,034$ ). V sledovanej dimenzii N (neuroticizmus) študenti vykazovali signifikantne vyššie priemerné skóre v porovnaní s neštudentmi ( $p \leq 0,039$ ). Korelačná analýza . - BDI ( $PC = ,355; Sg = ,000$ ). Okrem toho, na základe korelačnej analýzy sme z aspektu celej výskumnej vzorky zaznamenali najvýraznejší vzťah medzi konzumáciou alkoholu a osobnostnými črtami neuroticizmus (N) ( $PC = 0,332$  a  $p < 0,000$ ) pri signifikancii  $p < 0,01$ , čo poukazuje na vzťah zvýšenej miery konzumácie alkoholu so zvýšeným neuroticizmom N. Zistenia si však vyžadujú ďalšie podrobnejšie sledovanie.

Aj keď vo všetkých sledovaných skupinách miera hardiness bola relatívne vysoká (viac ako 60), korelačná analýza zaznamenala štatisticky signifikantný vzťah miery hardiness a miery konzumácie alkoholu z aspektu celého výskumného súboru ( $PC = -0,181; Sg = ,026$ ) a z aspektu skupiny študentov ( $PC = -0,295; Sg = ,038$ ) na hladine  $p < 0,05$ , ktorý poukazuje na vzťah zvýšenej miery konzumácie alkoholu a nízkej miery hardiness. Ako udáva Bartone et al. (2012) jedinci s nízkou hardiness majú tendenciu spoliehať sa na negatívne, vyhýbavé copingové stratégie v reakcii na stres, stratégie, ktoré by mohli zahŕňať excesívnu konzumáciu alkoholu alebo zneužívanie drog. V jednej štúdiu skúmajúcej vzťah hardiness k alkoholu a k užívaniu nelegálnych drog u vysokoškolákov Maddi et al. zistili, že študenti s nízkym hardiness konzumovali viac alkoholu, a tiež že nízka hardiness sa spájala s užívaním marihuany a kokaínu, čo potvrdili aj sebakposudzujúce údaje aj výsledky z analýzy moču. Na druhej strane jedinci s vysokou hardiness mali tendenciu spoliehať sa na problém zamerané, aktívne copingové prístupy pri vyrovnávaní sa so stresujúcimi podmienkami. U ľudí s vysokou hardiness a zmyslom pre kontrolu je vyššia pravdepodobnosť vytvorenia si pozitívnych výsledkov očakávania v odpovedi na stres (pozitívny coping), zatiaľ čo ľudia s nízkou hardiness majú tendenciu očakávať negatívny výsledok (beznádej alebo bezmocnosť). A tak u osôb s nízkou hardiness môže byť vyššia pravdepodobnosť, že budú používať vyhýbavé alebo regresívne copingové prístupy v odpovedi na stres, vrátane zneužívania alkoholu a návykových látok.

Pri sledovaní vzťahu miery konzumácie alkoholu s niektorými osobnostnými črtami sme zaznamenali najvýraznejší vzťah medzi konzumáciou alkoholu a črtami ako neuroticizmus (N), nízka prívetivosť (P), v skupine študentov nízka svedomitosť (S) extravertzia (E). Tieto vzťahy podporuje napr. Sher a Levanson (in Sayette, 1999), ktorí zistili, že ľudia, ktorí mali problémy s ovládaním svojho správania (pozn. vysoký neuroticizmus, impulzivnosť), pociťovali nárast potreby alkoholu pre jeho stres redukujúci efekt. Tieto, a aj

iné pozorovania naznačili, že ľudia s takouto osobnostnou črtou môžu byť vnímavejší k vzpružujúcemu účinku alkoholu, ktorý redukuje stres. Táto vnímavosť zas môže napomôcť rozvoju alkoholizmu. Okrem toho, ako uvádza Ruisel a Halama (2007) kombinácia nízkeho skóre v črte svedomitosť a prívetivosť a tiež vyšším skóre v neuroticizme je charakterizovaný ako málo sa kontrolujúci typ (undercontrolled). Na základe výskumov (Asendorpf, 2006, Hart et al., 2005; in Ruisel & Halama, 2007) sa dá povedať, že tieto osoby v najväčšej miere podliehajú stresu, pri neúspechoch majú tendenciu externalizovať, dosahujú nízky akademický výkon, sú podozrievaví, sú sociabilní a sociálne odvážni, majú vyšší počet vzťahov, ale tie sú charakterizované krátkym trvaním a vysokou konfliktnosťou. Toto sú tiež atribúty, ktoré sa pravdepodobne viac viažu s konzumáciou alkoholu.

Zaznamenal sa taktiež vysoko signifikantný vzťah miery hardiness a miery anxiózy ( $PC = -.399$ ;  $Sg = .000$ ), a zároveň tiež medzi mierou konzumácie alkoholu a mierou úzkostlivosti ( $PC = .257$ ;  $Sg = .001$ ) a tiež nízkou mierou hardiness a vyššou mierou konzumácie alkoholu. Sú to teda faktory, ktoré sa navzájom ovplyvňujú.

Viacere výskumy, terapeutické postupy a vôbec, doterajšia prax potvrdzujú, že sú to charakteristiky, ktoré sa pri dobre cielených intervenciách dajú relatívne dobre a včas podchytiť. Skupina mladých dospelých je ešte pomerne tvárna časť populácie, ktorá sa dá v požadovanom smere pozitívne ovplyvniť. Potvrďuje to čiastočne aj naše zistenie, že skupina závislých participantov, ktorí aktívne navštevujú terapeutické komunity, síce vykazujú v porovnaní s ostatnými skupinami mierne vyššiu mieru depresivity a úzkostlivosť, avšak, aj napriek tomu, že sú vulnerabilní k zneužívaniu návykových látok, majú porovnateľnú mieru hardiness ako ostatné skupiny participantov, kde sa priemerné dosiahnuté skóre pohybuje nad hodnotou 60, čo je na relatívne dobrej úrovni.

Pri interpretácii našich výskumných zistení by sme mali myslieť aj na určité limitácie.

Táto štúdia je limitovaná pomerne malým výskumným súborom na komplexné testovanie. Aj napriek tomuto obmedzeniu sme stále schopní identifikovať štatisticky signifikantné smery, ktoré sú podporené odbornou literatúrou a doterajšou teóriou. Hoci veľkosť vzorky bola obmedzená, participanti/ky predstavovali rôznorodú populáciu mladých dospelých, ktorí študujú, pracujú, odišli zo školy alebo sú v procese liečby. Sú vulnerabilnou, ťažšie prístupnou vzorkou spoločnosti, ktorá je v relatívnom riziku pre patologické pitie v budúcnosti.

Praktické problémy s náborom ľudí, prevažne tých, ktorí sú v liečbe, môže odrádzať výskumníkov od sledovania tejto ohrozenej skupiny ľudí. Máme namysli predotazníkovanosť týchto ľudí, čo môže mať väčší vplyv na skreslené až nepravdivé odpovede vo výskume; či nízky počet klientov v jednom zariadení. Väčšina výskumníkov sa snaží zamerať na ľahšie dostupnú výskumnú vzorku. Aj na takú, ktorej reprezentanti môžu fungovať na vyššej úrovni, ako tí, u ktorých je predpoklad k patologickému typu správania. Dôsledky takéhoto opomenutia môžu spôsobiť skreslenú predstavu požívania alkoholu u mladých ľudí, a ako dôsledok, tým, ktorí sú v riziku a potrebujú prevenciu alkoholu, sa nemusí dostať potrebná pozornosť a starostlivosť.

Limitácie zahŕňajú taktiež relatívne malú vzorku vysokoškolských študentov prvého ročníka, kde by sme mohli presnejšie zistiť vzťah prechodu z adolescencie do mladej dospelosti. Priemerný vek našej skupiny študentov bol 23,18 r., čo je už vek, kedy sa navštevujú končiace ročníky.

Ďalšou z limitácií je, že nemáme informáciu o potenciálnom zvýšení konzumácie alkoholu v priebehu času. Preto je dôležité a žiaduce v ďalšom výskume sledovať longitudinálny dizajn posudzujúci potenciálny vplyv takých premenných ako psychická hardiness a vyhýbavé coping na aktuálne zmeny alebo zvýšenie následnej konzumácie alkoholu, ktoré by mohlo súvisieť so stresom.

Ďalším potenciálnym obmedzením je, že táto štúdia sa opiera o sebahodnotenie za predpokladu, že respondenti budú na otázky odpovedať úprimne a presne. Z rôznych dôvodov, vrátane predsudkov seba-povznesenia a sociálnej vhodnosti, jedinci môžu poskytovať nepravdivé odpovede na výskumné otázky, najmä keď sa otázky týkajú sociálne citlivých okolností, ako je požívanie alebo zneužívanie alkoholu či aktuálneho stavu prežívania. Pri výsledkoch tejto štúdie treba tiež mať na zreteli, že táto štúdia vychádzala výlučne zo sebahodnotenia, ktoré je náchylné k sociálne žiaducim odpovediam. Ďalej, tí so silnou sociálnou motiváciou môžu byť obzvlášť vulnabilní k sociálne žiaducim odpovediam.

Budúci výskum v tejto oblasti by sa mal snažiť kontrolovať potenciálne skresľujúce vplyvy ako sociálna žiadúcnosť.

Limitáciou je, že tento výskum sa konkrétne nezameriava na hodnotenie zdrojov a miery stresu študentov a ich rovesníkov neštudentov, či skupiny závislých.

V neposlednom rade, tieto údaje a zistenia nemôžu byť zovšeobecnené na inú populáciu. Každá krajina a je v určitom smere osobitá, a konkrétne faktory môžu byť také,

ktoré nepôsobia inde. Vzhľadom na túto okolnosť odporúčame opatrnosť pri zovšeobecňovaní týchto zistení pri iných skupinách.

Stratégia výberu vzorky, použitá pre nábor potenciálnych participantov výskumu, môže tiež limitovať zovšeobeciteľnosť výsledkov. Zistenia sa tiež nemusia vzťahovať na určité podskupiny mladých dospelých pijanov, ktorí majú už diagnostikovanú alkoholovú závislosť v ranej dospelosti.

Okrem týchto limitácií majú výsledky tejto štúdie dôležité implikácie a dávajú, aj keď nie komplexné, ale cenné informácie k nášmu aktuálnemu porozumeniu konzumačného správania u vysokoškolákov a ich rovesníkov vo veku 18-26 rokov.

Predmetná výskumná štúdia je jedna z mála štúdií, ktoré skúmajú otázky požívania alkoholu, niektorých aspektov negatívnej emocionality – anxiozity a depresie, otázky miery hardiness a vplyvu osobnostných črt na rizikové správanie a problémy v študentských rokoch.

## ZÁVER

V našich podmienkach je výskum niektorých psychosociálnych aspektov týkajúcich sa vysokoškolákov na relatívne uspokojivej úrovni, keďže ide, z výskumného hľadiska, o pomerne dostupnú skupinu ľudí. Avšak porovnanie s rovesníckou skupinou neštudujúcich nie je na uspokojivej úrovni, zvlášť v tak závažnom probléme, akým je konzumácia alkoholu.

Veríme, že našou výskumnou prácou sme prispeli k zmapovaniu miery odolnosti typu hardiness, miery anxiety a depresie, a tiež k zmapovaniu miery konzumácie alkoholu vo vekovej skupine 18-26 ročných, tzv. „mladých dospelých“, ako i k získaniu všeobecnejších údajov týkajúcich sa vzťahu miery odolnosti typu hardiness a konzumácie alkoholu, z čoho by sa dalo vychádzať a čo by sa dalo využiť v poradenskej, resp. v klinickej a terapeutickej praxi.

Naším záujmom bolo prostredníctvom realizácie práce ako i výskumu prispieť k zvýšenej pozornosti k takej rizikovej skupine, akou sú „mladí dospelí“, a k získaniu podkladov pre vytvorenie intervenčných programov pre vysokoškolskú a pracujúcu populáciu mladých ľudí, ktoré by sa dali realizovať na všetkých úrovniach prevencie (primárna prevencia – hlavne mediálna aktivita; sekundárna prevencia – poradenstvo pre zdravý životný štýl; terciárna prevencia – priamo v poradenských alebo klinických centrách individuálne s klientmi a klientkami.) Veľkou výzvou je poskytnúť poradenstvo práve tým skupinám, ktoré chcú konzumovať alkohol, preto naša práca môže byť podporou preventívnych programov zvýšenej bezpečnosti niekedy nadmerného pitia.

Myslíme si, že tieto zistenia je dôležité brať do úvahy pri tvorbe efektívnych stratégií pre prevenciu problémov s alkoholom u mladých dospelých, a tiež pre prispôsobenie programov pre konkrétne cieľové skupiny.

## Zoznam bibliografických odkazov

1. Amirkhan, J.H. (1990). A factor analytically derived measure of coping: The coping strategy indicator. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 5, s. 1066-1074.
2. Anisman, H., Merali, Z. (1999). Understanding Stress: Characteristics and Caveats. *Alcohol Research & Health*, 23(4), p.241-249. Získané 15.februára 2010 z <http://pubs.niaaaa.nih.gov/publications/arh23-4/241-249.pdf>
3. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. (2003-2006). *Test pro identifikaci poruch způsobených požíváním alkoholu (AUDIT)*. Získané 12. Marca 2012 z [http://www.drogy-info.cz/index.php/o\\_nas/evaluace/banka\\_evaluacnich\\_nastroju/test\\_pro\\_identifikaci\\_poruch\\_pusobenych\\_uzivanim\\_alkoholu\\_audit](http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/evaluace/banka_evaluacnich_nastroju/test_pro_identifikaci_poruch_pusobenych_uzivanim_alkoholu_audit)
4. Bartone, P.T., Hystad, S.W., Eid, J., Brevik, J.I. (2012). Psychological Hardiness and Coping Style as Risk/Resilience Factors for Alcohol Abuse. *Military Medicine*, 177(5), p.517-524. Získané 10. februára 2014 z <http://publications.amsus.org/doi/pdf/10.7205/MILMED-D-11-00200>
5. Baštecký, J., Šavlík, J., & Šimek, J. (1993). *Psychosomatická medicína*. Praha, Grada – Avicenum.
6. Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B., & Monteiro, M.G. (2001). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. Second Edition*. Geneva: World Health Organization. Získané 12. Marca 2010 z [http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who\\_msd\\_msb\\_01.6a.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6a.pdf)
7. Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1999). *Beckova sebaopisujúca škála depresivity. BDI – II*. Psychodiagnostika, a.s., Bratislava.
8. Bolger, N. (1990). Coping as a personality process: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 3, s. 525-537.
9. Cloninger, C.R.: Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science* 236:1097-1105, 1993.
10. Corbin, W.R., Iwamoto, D.K., Fromme, K. (2011). Broad social motives, alcohol use, and related problems: Mechanisms of risk from high school through college. *Addictive Behaviors*, 36(3), p.222-230. Získané 26. marca 2013 z <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460310003230>

10. Fedáková, D. (2002). Aktuálne prístupy k problematike stratégií správania v náročných situáciách. *Internetový časopis ČaS*, 5(3). Získané 13. februára 2014 z <http://www.saske.sk/cas/archiv/3-2002/fedakova-st.html>
11. Fisher, S., Reason, J. (1988). *Handbook of Life Stress, Cognition and Health*. Willey, Chichester, 750 s., s.388. Získané 26. marca 2013 z <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/smi.2460050311/abstract>
12. Funk, S.C. (1992). Hardiness. A Review of Theory and Research. *Health Psychology*, 11 (5), p.335-345.
13. Gallant, S.J.: - Keita, G.P. – Royak-Achaler, R. (1997). *Health care for women: Psychosocial, social and behavioral influences*. Washington DC, American Psychological Association.
14. Goldman, M. S. (1994). The alcohol expectancy concept: Applications to assessment, prevention, and treatment of alcohol abuse. *Applied and Preventive Psychology*, 3, 131-144.
15. Hasel, K.M., Abdolhoseini, A., Ganji, P. (2011). Hardiness Training and Perceived Stress among College Students. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 30, p.1354-1358.
16. Hasking, P., Lyvers, M., Carpio, C. (2011). The relationship between coping strategies, alcohol expectancies, drinking motives and drinking behaviour. *Addictive Behaviors*, 36, p.479-487.
17. Herman, E, Doubek, P. (2008). *Deprese a stres*. Praha, Maxdorf s.r.o., s. 44-45.
18. Heretik, A., Heretik, A. jr. a kol. (2007). *Klinická psychológia*. 1. vyd. Nové Zámky: Psychoprof, spol. s r.o., 17. kap. Psychosomatika
19. Hošek, H. (2003). *Psychologie odolnosti*. Praha: Karolinum
20. Irmiš, F. (1996). *Nauč se zvládat stres*. Praha, Alternativa, s.41 – 44.
21. Kalina, K. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha, Grada, s. 26-30.
22. Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha, Academia, 263 s.
23. Kebza, V., Šolcová, I. (2008). Hlavní koncepce psychické odolnosti. *Československá psychologie*, 52(1), s. 1-19.
24. Kong, G., Bergman, A. (2010). A motivational model of alcohol misuse in emerging adulthood. *Addictive Behaviors*, 35(10), p. 855-860. Získané 26. marca 2013 z <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460310001656>



25. Kong, G., Bergman, A. (2010). A motivational model of alcohol misuse in emerging adulthood. *Addictive Behaviors*, 35(10), p. 855-860. Získané 26. marca 2013 z <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460310001656>
26. Křivohlavý, J. (1989). *Obranné mechanismy a strategie zvládání těžkostí*. Čsl. Psychologie, 33, 4, s.361-368.
27. Křivohlavý, J. (1991). *Nezdolnosť typu hardiness*. Čsl. Psychologie, 35, 4, s.59-65.
28. Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Vyd. 1. Praha: Grada – Avicenum,
29. Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. 3.vyd. Praha: Portál. 280 s.
30. Langmeier, J., Krejčířová, D. (1998). *Vývojová psychologie*. Dotisk 1999. Grada Publishing, Praha. 343 s.
31. Maddi, S.R. (2006). Hardiness“ The courage to grow from stresses. *Journal of Positive Psychology*. July; 1(3), p.160-168. Získané 15. apríla 2009 z <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=8&hid=120&sid=7285ae2c-9839-4baa-bd0f-f6efc7dfd814%40sessionmgr109>
32. Müllner, J., Ruisel, I., Farkaš, G. (1980). *Dotazník na meranie úzkosti a úzkostlivosti*. Psychodiagnostické a didaktické testy, n.p., Bratislava.
33. NIAAA - National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (April 1996). No. 32 PH 363. Získané 15. Februára 2009 z <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa32.htm>
34. NIAAA - National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (April 2006a). No. 68, Získané 15. februára 2009 z <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa68/AA68.pdf>
35. NIAAA - National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (October 2006b). No. 70. Získané 15. februára 2009 z <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AA70/AA70.pdf>
36. Psychosocial Processes and Mechanisms of Risk and Protection. (2004/2005). *Alcohol Research & Health*, 28(3), , p.143-154. Získané 15.februára 2009 z <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh283/143-154.pdf>
37. Ruisel, I., Halama, P. (2007). *NEO – FFI. NEO päťfaktorový osobnostný inventár*. Prvé slovenské vydanie. Testcentrum – Hogrefe, Praha.
38. Sayette, M.A. (1993). An appraisal disruption model of alcohol's effects on stress responses in social drinkers. *Psychological Bulletin*. 114, p.438-476.

39. Sayette, M. A. (1999). Does Drinking Reduce Stress? *Alcohol Research & Health*, 23(4), p.250-255. Získané 15.februára 2009 z <http://www.pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh23-4/250-255.pdf>
40. Selye, H. (1966). *Život a stres*. Vyd. 1. Bratislava: Obzor, , 455 s.
41. Spada, M.M., Wells, A. (2005). Metacognitions, Emotion and Alcohol Use. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12, p.150-155.
42. Šolcová, I. (1995). *PVS. Manuál k administraci a vyhodnocení dotazníku Personal Views Survey*. Praha. Nepublikované.
43. Šolcová, I., Kebza, V. (1996). Rozdíly v úrovni a struktuře osobnosti („hardiness“) u vzorku americké a české populace.. *Československá psychologie*, 40(6), s. 480-487.
44. Vašina, B. (1999). *Psychologie zdraví*. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity. 92 s.
45. Volpicelli, J., Balarman, G., Hahn, J., Wallace, H., Bux, D. (1999). The Role of Uncontrollable Trauma in the Development of PTSD and Alcohol Addiction. *Alcohol Research & Health*, 23(4), p.256-262. Získané 15.februára 2009 z <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh23-4/256-262.pdf>

## Zoznam použitých tabuliek

Tab.1 Pohlavie

Tab.2 Stav

Tab.3 Zamestnanie

Tab.4 Vzdelanie

Tab.5 Socio-ekonomická situácia

Tab.6 Bydlisko

Tab.7 Porovnanie priemerných hodnôt anxiózy a depresie medzi skupinou závislých, skupinou študentov a skupinou neštudentov

Tab.8 Porovnanie priemerných hodnôt anxiózy a depresie podľa pohlavia

Tab.9 Porovnanie priemerných hodnôt anxiózy a depresie medzi skupinou závislých a kumulovanou skupinou nezávislých

Tab.10 Porovnanie priemerných hodnôt anxiózy a depresie medzi skupinou závislých a skupinou neštudentov

Tab.11 Porovnanie priemerných hodnôt anxiózy a depresie medzi skupinou závislých a kumulovanou skupinou nezávislých

Tab.12 Porovnanie priemerných hodnôt anxiózy a depresie medzi skupinou študentov a neštudentov

Tab.13 Porovnanie priemerných skóre hardiness medzi skupinou závislých, skupinou študentov a skupinou neštudentov

Tab.14 Porovnanie priemerných skóre hardiness medzi pohlaviami

Tab.15 Porovnanie priemerných skóre hardiness medzi skupinou závislých a kumulovanou skupinou nezávislých

Tab.16 Porovnanie priemerných skóre hardiness medzi skupinou závislých a skupinou neštudentov

Tab.17 Porovnanie priemerných skóre hardiness medzi skupinou závislých a skupinou študentov

Tab.18 Porovnanie priemerných skóre hardiness medzi skupinou študentov a skupinou neštudentov

Tab.19 Porovnanie priemerných skóre AUDIT medzi skupinou závislých, skupinou študentov a skupinou neštudentov

Tab.20 Porovnanie priemerných skóre AUDIT medzi pohlaviami

Tab.21 Porovnanie priemerných skóre AUDIT medzi skupinou závislých a kumulovanou skupinou nezávislých

Tab.22 Porovnanie priemerných skóre AUDIT medzi skupinou závislých a skupinou neštudentov

Tab.23 Porovnanie priemerných skóre AUDIT medzi skupinou závislých a skupinou študentov

Tab.24 Porovnanie priemerných skóre AUDIT medzi skupinou študentov a skupinou neštudentov

Tab.25 Porovnanie priemerných skóre BDI medzi skupinou študentov a skupinou neštudentov

Tab.26 Porovnanie priemerných skóre NEO - N medzi skupinou študentov a skupinou neštudentov

Tab. 27 Korelácia miery konzumu alkoholu s mierou anxiózy a depresie z aspektu celej výskumnej vzorky

Tab.28 Korelácia miery konzumu alkoholu s mierou anxiózy a depresie z aspektu skupiny študentov

Tab.29 Korelácia miery konzumu alkoholu s mierou anxiózy a depresie z aspektu skupiny neštudentov

Tab.30 Korelácia miery konzumu alkoholu s mierou anxiózy a depresie z aspektu skupiny závislých

Tab.31 Korelácia miery HARDINESS s mierou anxiozity a depresie z aspektu celej výskumnej vzorky

Tab.32 Korelácia miery HARDINESS s mierou anxiozity a depresie z aspektu skupiny študentov

Tab.33 Korelácia miery HARDINESS s mierou anxiozity a depresie z aspektu skupiny neštudentov

Tab.34 Korelácia miery HARDINESS s mierou anxiozity a depresie z aspektu skupiny závislých

Tab.35 Korelácia miery HARDINESS s mierou konzumácie alkoholu z aspektu všetkých skúmaných skupín

Tab.36 Korelácia miery osobnostných čít NEO s mierou konzumácie alkoholu z aspektu celého súboru

Tab.37 Korelácia miery osobnostných čít NEO s mierou konzumácie alkoholu z skupiny študentov

Tab.38 Korelácia miery osobnostných čít NEO s mierou konzumácie alkoholu z aspektu skupiny neštudentov

Tab.39 Korelácia miery osobnostných čít NEO s mierou konzumácie alkoholu z aspektu skupiny závislých

Tab.40 Korelácia miery hardiness s mierou anxiozity z aspektu celej výskumnej vzorky

Tab.41 Korelácia miery hardiness s mierou anxiozity z aspektu skupiny študentov

Tab.42 Korelácia miery hardiness s mierou anxiozity z aspektu skupiny neštudentov

Tab.43 Korelácia miery hardiness s mierou anxiozity z aspektu skupiny závislých

Tab.44 Korelácia miery hardiness s mierou depresie z aspektu celého výskumného súboru

Tab.45 Korelácia miery hardiness s mierou depresie z aspektu skupiny študentov

Tab.46 Korelácia miery hardiness s mierou depresie z aspektu skupiny neštudentov

Tab.47 Korelácia miery hardiness s mierou depresie z aspektu skupiny závislých

Tab.48 Korelácia miery anxiozity s mierou konzumácie alkoholu z aspektu celého výskumného súboru

Tab.49 Korelácia miery anxiozity s mierou konzumácie alkoholu z aspektu v skupine študentov

Tab.50 Korelácia miery anxiozity s mierou konzumácie alkoholu z aspektu v skupine neštudentov

Tab.51 Korelácia miery anxiozity s mierou konzumácie alkoholu z aspektu v skupine závislých

Tab.52 Korelácia miery depresie s mierou konzumácie alkoholu z aspektu celého výskumného súboru

Tab.53 Korelácia miery depresie s mierou konzumácie alkoholu z aspektu skupiny študentov

Tab.54 Korelácia miery depresie s mierou konzumácie alkoholu z aspektu skupiny neštudentov

Tab.55 Korelácia miery depresie s mierou konzumácie alkoholu z aspektu skupiny závislých

Tab.56 Korelácia miery hardiness s mierou konzumácie alkoholu z aspektu celého výskumného súboru

Tab.57 Korelácia miery hardiness s mierou konzumácie alkoholu z aspektu skupiny študentov

Tab.58 Korelácia miery hardiness s mierou konzumácie alkoholu z aspektu skupiny neštudentov

Tab.59 Korelácia miery hardiness s mierou konzumácie alkoholu z aspektu skupiny závislých

## **PRÍLOHY DIPLOMOVEJ PRÁCE**

- 1. Zadanie diplomovej práce**
- 2. Abstrakt slovenský**
- 3. Abstrakt anglický**
- 4. Štruktúrovaný dotazník na zisťovanie osobných a demografických údajov**

## Príloha č.1

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Akademický rok: 2011/2012

Studijní program: Navazující programy ČŽV  
Forma: Kombinovaná  
Obor/komb.: Psychologie (ČŽV-PSYN)

### Podklad pro zadání ZÁVĚREČNÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Bc. JANDA Adam	Tománkova 2, Bratislava	111107

#### TÉMA ČESKY:

Vzťah hardiness a konzumácie alkoholu

#### NÁZEV ANGLICKY:

The relationship of hardiness and alcohol consumption

#### VEDOUCÍ PRÁCE:

Doc. PhDr. Vladimír Řehan - PCH

#### ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. V sledovaných parametroch - miera konzumácie alkoholu, hardiness, anxieta a depresia - budú rozdiely medzi pohlaviami
2. V sledovaných parametroch - miera konzumácie alkoholu, hardiness, anxieta a depresia - budú rozdiely medzi statusom študenta a neštudenta
3. Medzi vysokou mierou anxiety a depresie je súvislosť so zvýšenou mierou konzumácie alkoholu
4. Medzi vysokou mierou anxiety a depresie je súvislosť s nízkou mierou hardiness
5. Medzi nízkou mierou hardiness je súvislosť so zvýšenou konzumáciou alkoholu

#### SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- ALCOHOL AND ALCOHOLISM - OXFORD JOURNALS. [online] Dostupné na: <http://alcalc.oxfordjournals.org/> ISSN 1464-3502
- HERETIK, A. jr., HERETIK, A., sr., NOVOTNÝ, V., RITOMSKÝ, A., PEČENÁK, J.: EPIAF - Epidemiológia alkoholizmu a fajčenia na Slovensku. Nové Zámky: Psychoprof, 2008. ISBN 978-80-893-2201-5
- KALINA, K. a kol.: Základy klinickej adiktologie. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0
- KUNDA, S. a kol.: Klinika alkoholizmu. Vyd. 1. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1988. 70-020-88
- KŘIVOHLAVÝ, J.: Jak zvládat stres. Vyd. 1. Praha: Grada - Avicenum, 1994
- KŘIVOHLAVÝ, J.: Obranné mechanismy a strategie zvládání těžkostí. Čsl. Psychologie, 33, 4, 1989, s 361-368, ISSN 0009-062X
- KŘIVOHLAVÝ, J.: Psychologie zdraví. 3 vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4
- NEŠPOR, K.: Návykové chování a závislost. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8
- NÓTOVÁ, P.: Kardiovaskulárne choroby. In: Heretik, A., Heretik, A. jr. a kol.: Klinická psychológia. 1. vyd. Nové Zámky: Psychoprof, spol. s r.o., 2007: 17. kap. Psychosomatika, s. 489-512
- SELYE, H.: Život a stres. Vyd. 1. Bratislava: Obzor, 1966. ISBN 65-093-66
- SPADA, M.M., WELLS, A.: Metacognitions, Emotion and Alcohol Use. Clin.Psychol.Psychother. 12,2005. ISSN 1099-0879

Podpis studenta:



Datum:

4.6.2012

Podpis vedoucího práce:



Datum:

4.6.2012

## Príloha č.2: Abstrakt slovenský

**Názov práce:** Vzťah hardiness a konzumácie alkoholu

**Autor práce:** Bc. Adam Janda

**Vedúci práce:** doc. PhDr. Vladimír Řehan

**Počet strán a znakov:**

**Počet príloh:** 4

**Počet titulov použitej literatúry:** 45

**Cieľ práce:** Cieľom práce je objasnenie vzťahu niektorých faktorov negatívnej emocionality, ako možných ukazovateľov miery záťaže, odolnosti typu hardiness a konzumácie alkoholu. **Súbor:**  $N=150$  participantov 18-36 r. (priemerný vek 26,3 r,  $SD=3,751$ ), rozdelených do troch skupín – študenti (priemerný vek 23,18 r,  $SD=2,145$ ), neštudenti (priemerný vek 25,6 r,  $SD=0,776$ ) a závislí v terapeutickom procese (priemerný vek 29,3 r,  $SD=4,286$ ). **Metodika:** vlastný štruktúrovaný dotazník na zisťovanie osobných a demografických údajov, PVS - dotazník na zisťovanie miery hardiness, AUDIT – skriningový nástroj na zisťovanie miery požívania alkoholu, NEO-FFI – päťfaktorový osobnostný inventár, STAI-X2 - dotazník na zisťovanie miery úzkostlivosti ako osobnostnej črty, BDI – dotazník na zisťovanie miery depresivity. Získané dáta boli štatisticky spracované programom SPSS 16.0. **Výsledky:** Priemer celkového skóre AUDIT z aspektu celej výskumnej vzorky bola vo 8,573, čo je rizikové pitie. Študenti dosiahli priemerné skóre 8,18, čo je z aspektu rizík spojených s alkoholom významné. Študenti v porovnaní s neštudentmi v BDI mali signifikantne vyššie skóre ( $p \leq 0,034$ ), hoci klinicky nevýznamné. V N-neuroticizme študenti vykazovali signifikantne vyššie skóre ako s neštudentmi ( $p \leq 0,039$ ). Zaznamenala sa významná pozitívna korelácia z aspektu celej skúmanej vzorky medzi skóre AUDIT a BDI. Zaznamenali sme výraznú pozitívnu koreláciu ( $p < 0,001$ ) skóre AUDIT s N. Vo všetkých sledovaných skupinách miera hardiness bola relatívne vysoká ( $>60$ ), zaznamenal sa signifikantný vzťah miery hardiness a miery konzumácie alkoholu z aspektu celého výskumného súboru, aj z aspektu skupiny študentov. Vysoko signifikantný vzťah miery hardiness a miery anxiózy ( $p < 0,001$ ), a medzi mierou konzumácie alkoholu a mierou úzkostlivosti ( $p < 0,001$ ) a tiež nízkou mierou hardiness a vyššou mierou konzumácie alkoholu. Sú to charakteristiky, ktoré výrazne zvyšujú vulnerabilitu k problémom spojeným s alkoholom.

**Závery:** Sú to charakteristiky, ktoré sa dajú relatívne dobre a včas podchytiť, a tak získané dáta je vhodné použiť ako základ pre podrobnejší výskum a následnú tvorbu príslušných intervenčných programov.

**Kľúčové slová:** Stres. Stresory. Zvládanie záťaže (coping). Hardiness. Alkohol. Konzumácia alkoholu. Mladý dospelý.



### **Priloha č. 3 Abstrakt anglický**

**Title:** The relationship of hardiness and alcohol consumption  
**The author:** Bc. Adam Janda  
**Supervisor:** doc. PhDr. Vladimír Řehan  
**Count and characters:**  
**Number of attachments:** 4  
**Number of titles of literature:** 45

**Aim:** The aim of this study is to clarify the relationship of certain factors of negative emotionality as potential indicators of the rate burden, hardiness and resistance type of alcohol consumption. **File:** N = 150 participants 18-36 y . (mean age 26.3 y, SD = 3.751), divided into three groups - students (mean age 23.18 R , SD = 2.145), non-students (mean age 25.6 y, SD = 0.776) and in the therapeutic process dependent (mean age 29.3 y, SD = 4.286). **Methods:** A self structured questionnaire to identify personal and demographic data, PVS - questionnaire survey rate hardiness, AUDIT - a screening tool for the detection rates of alcohol consumption, NEO - FFI - Five Factor personality inventory, STAI - X2 - questionnaire to detect anxiety far as personality traits, BDI - questionnaire survey rate depressivity. The obtained data were statistically processed by SPSS 16.0 program. **Results:** Mean total AUDIT score of aspect across the survey sample was 8,573, which is a hazardous drinking. The students had an average score 8.18, which is the aspect of the risks associated with alcohol significant. Students compared to non-students in the BDI had significantly higher scores ( $p < 0.034$ ), although clinically insignificant. The N - neuroticizme students showed significantly higher scores than the non-students ( $p < 0.039$ ). Reported a significant positive correlation aspect of the entire study sample between AUDIT scores and BDI. We have seen a significant positive correlation ( $p < 0.001$ ) AUDIT scores with N. In all subgroups hardiness rate was relatively high ( $> 60$ ), there was a significant relationship hardiness extent and degree of alcohol consumption on the whole aspect of the research group, also from the aspect of student groups. Highly significant association degree of hardiness and extent of anxiety ( $p < 0.001$ ), and between the level of alcohol consumption and level of anxiety ( $p < 0.001$ ) and also a low degree of hardiness and the higher rate of alcohol consumption. These are characteristics, which increases vulnerability to problems associated with alcohol.

**Conclusions:** These are characteristics which can be relatively well in advance capture, and thus the obtained data it is appropriate to use as a basis for a more detailed research and subsequent formation of the intervention programs.

**Keywords :** Stress. Stressors. Coping strategies ( coping ). Hardiness. Alcohol. Alcohol consumption. Young adult.

#### Príloha č.4.

Dovoľujeme si Vás požiadať o účasť na výskume, ktorý je súčasťou diplomovej práce.

Pred sebou máte súbor dotazníkov, ktoré skúmajú niektoré osobnostné vlastnosti, niektoré okolnosti Vášho súčasného psychického stavu a miery požívania alkoholu. Ich vyplnenie spolu zaberie približne 30 minút. Nad odpoveďami veľmi nerozmýšľajte, neexistujú správne alebo nesprávne odpovede. Správna je každá pravdivá odpoveď. Zaujímá nás Vaše hodnotenie, ktoré je pre nás veľmi cenné. Vyplňte všetky položky. Dotazníky sú anonymné, meno nevyplňajte.

Výsledky dotazníkov budú použité len na výskumné účely a ich vyplnením prispejete k lepšej informovanosti a objasneniu vzťahu miery požívania alkoholu s niektorými okolnosťami psychiky.

Vyplnením dotazníka súhlasíte so spracovaním Vašich odpovedí na výskumné účely v diplomovej práci.

Ďakujeme za spoluprácu!

Vek:.....

Pohlavie: muž  žena

Partnerský stav: slobodný/á  v manželskom zväzku  rozvedený/á  vdovec / vdova

Vzdelanie: základné  SŠ bez maturity  SŠ s maturitou  VŠ

Zamestnanie: študent/ka  zamestnaný/á  nezamestnaný/á  iné

Ekonomická situácia: veľmi dobrá  dobrá  uspokojivá  zlá

Bydlisko:

mesto - viac ako 10 000 obyvateľov  menšie mesto  vidiek  internát/podnájom