

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM**

2019–2020

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Jan Lejsek**

**Kvalita života osob se závislostí na alkoholu  
v Podhostýnském mikroregionu**

Praha 2020

Vedoucí diplomové práce: doc. PhDr. Dobromila Trpišovská, CSc.

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

MASTER COMBINED (PART TIME)

2019-2020

**DIPLOMA THESIS**

**Jan Lejsek**

**Quality of life people with alcohol dependence in  
Podhostýnský microregion**

Prague 2020

Diploma Thesis Work Supervisor: doc. PhDr. Dobromila Trpišovská, CSc.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 30. 1. 2020

*Jan Lejsek*

## **Poděkování**

Chtěl bych vyjádřit své poděkování vedoucí mé diplomové práce paní doc. PhDr. Dobromile Trpišovské, CSc. za její přístup, odborné vedení, pomoc a rady při jejím zpracování.

## **Anotace**

Práce se zabývá tématem kvality života osob se závislostí na alkoholu v Podhostýnském mikroregionu. Hlavním cílem práce bylo zjistit, jaká je kvalita života osob žijících v tomto regionu. Jakým způsobem ovlivňuje konzumace alkoholu jejich osobní vztahy, rodinu, zaměstnání. Teoretická část vymezuje pojmy jako kvalita života, závislost, závislost na alkoholu a blíže také popisuje Podhostýnský mikroregion, ve kterém byl prováděn výzkum. Praktická část práce je věnována výzkumnému šetření formou dotazníku. Výzkumný soubor představovalo 100 lidí z Podhostýnského regionu. Zvolený nástroj pro sběr dat byl proveden kvantitativní metodou. Podle získaných dat z dotazníkového šetření touto metodou byla následně provedena výsledná analýza.

## **Klíčová slova**

Alkohol, alkoholik, kvalita života, Podhostýnský mikroregion, potřeby jedince, závislost.

## **Annotation**

The thesis deals with the quality of life of people with alcohol dependence in the Podhostýnský microregion. The main aim of this work was to find out what is the quality of life of people living in this region. How personal relationships, family, employment affect alcohol consumption. The theoretical part defines terms such as quality of life, dependence, dependence on alcohol and also describes Podhostýnský microregion in which research was conducted. The practical part of the thesis is devoted to the research questionnaire. The research group represented 100 people from the Podhostýnský region. The selected data collection tool was performed by a quantitative method. According to the data obtained from the questionnaire survey, this method was followed by the resulting analysis.

## **Keywords**

Addiction, alcohol, alcoholic, Podhostýnský microregion, quality of life, single needs.

ÚVOD .....	9
TEORETICKÁ ČÁST .....	10
1 KVALITA ŽIVOTA .....	10
1.1 Vymezení pojmu .....	13
1.2 Přístupy ke kvalitě života v různých disciplínách .....	16
1.2.1 Medicínský přístup.....	16
1.2.2 Filozofický přístup ke kvalitě života.....	19
1.2.3 Psychologický přístup ke kvalitě života.....	21
1.2.4 Sociologický přístup ke kvalitě života .....	23
2 ZÁVISLOST.....	26
2.1 Stanovení závislosti na psychoaktivních látkách.....	28
2.2 Znaky závislosti .....	29
2.3 Motivace k užívání návykových látek .....	32
3 ZÁVISLOST NA ALKOHOLU .....	34
3.1 Diagnostika závislosti na alkoholu .....	37
3.2 Syndrom závislosti.....	40
3.3 Fáze závislosti na alkoholu.....	42
3.4 Kvalita života u závislých na alkoholu .....	44
PRAKTICKÁ ČÁST .....	48
4 VÝZKUM.....	48
4.1 Cíle výzkumu.....	48
4.2 Výzkumný vzorek.....	48
4.3 Výzkumné prostředí – charakteristika Podhostýnského mikroregionu .....	49
4.4 Výzkumná metodika .....	51
4.5 Organizace výzkumu.....	51
5 VÝSLEDKY VÝZKUMU .....	52
6 INTERPRETACE A DISKUSE VÝSLEDKŮ.....	66
ZÁVĚR .....	67
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....	70

SEZNAM ZKRATEK.....	73
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ .....	74
SEZNAM PŘÍLOH.....	76



## ÚVOD

Problematika závislosti na alkoholu je stále velmi aktuální, jelikož je to právě alkohol, který je v České republice nejčastěji užívanou návykovou látkou, která je navíc ještě naší společností velmi tolerována. Naopak se dá říci, že je nenormální alkohol nekonzumovat. Alkohol je navíc látkou, která je velmi nevyzpytatelná, jelikož závislost na ní je postupná a nenadálá. Délka vzniku závislosti na alkoholu je rovněž různá a je závislá na nejrůznějších proměnných, včetně genetických předpokladů, ale i rodinných vzorů. Jiná je závislost u mužů a jiná u žen. Některé typy závislostí jsou navíc velmi těžce identifikovatelné, kdy se osoba nemusí ani sama cítit, že by měla s užíváním alkoholu jakýkoli problém a rovněž ani sociální okolí si tohoto nevšimá, jelikož se osoba neprojevuje tak, jak by bylo u jiných typů alkoholových závislostí typické.

Pokud již je osoba na alkoholu závislá, velmi se jí mění hodnoty, trávení volného času a především kvalita života. Tato kvalita života se postupným propadem osoby závislé na alkoholu stále více snižuje a v poslední fázi této závislosti je vůbec otázka, co je onou kvalitou života, když se může zdát, že jí je jenom zahrnutí nesnesitelného chťení se znovu napít. Navíc se tímto i snižuje kvalita života osob, které s danou osobou žijí ve společné domácnosti, které jsou osobami blízkými, rodinnými příslušníky. Závislost postihuje celé sociální okolí závislé osoby. Závislost rovněž má velmi negativní vliv na zdraví člověka, která postihuje celý organismus.

Je velmi obtížné, aby si osoba sama uvědomila, že má nějaký problém, že tímto problémem je alkohol a že je zapotřebí tento problém řešit, a to nejlépe prostřednictvím specializovaných služeb. Jen velmi zřídka totiž je možné tak závažnou závislost, jaká je na alkoholu, zvládnout vlastními silami, popřípadě s podporou rodiny nebo nejbližšího sociálního okolí tohoto člověka.

Cílem předkládané diplomové práce je zjistit u různých osob žijících v Podhostýnském mikroregionu kvalitu jejich života a to, jak alkohol ovlivňuje jejich vztahy, zaměstnání, osobní rozvoj, trávení volného času.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 KVALITA ŽIVOTA

Kvalita života je problematikou, která se ukazuje jako jedna z významných oblastí výzkumu, a to především ve druhé polovině dvacátého století, kdy dochází ke stále většímu ekonomickému růstu a zároveň k prodlužování života. Z tohoto důvodu se velké humanitní disciplíny začaly otázkou kvality zabývat a těmito svými různými pohledy obohatily pohled na danou problematiku.

Jak uvádí Svobodová (2008, s. 122) pojem kvality života se stává aktuálním tématem od druhé poloviny dvacátého století, kdy se o něj začínají zajímat nejrůznější vědní disciplíny. Toto souvisí s tím, že smyslem existence člověka se stává život sám o sobě a symbolizuje se takto přechod civilizace od extenzivního k intenzivnímu a především od kvantitativního ke kvalitativnímu.

I když jsme uvedli, že o problematiku kvality života se moderní věda zabývala až ve dvacátém století a tématem se toto stalo až dokonce ve druhé polovině dvacátého století, problematika kvality života je mnohem starší a její počátky je možno vidět již v antické filozofii a psychologii, a to mimo jiné v souvislosti s Aristotelovým rozpracováním pojmu eudaimonia, stavu blaženosti a to včetně jeho mravní dimenze, ctností. Pojmem se poté zabývali i Aristotelovi následovníci.

Řehulková, Řehulka (2008, s. 16) nicméně upozorňují, že kvalita života však již byla tématem v ekonomii ve dvacátých letech dvacátého století, kdy bylo ve vyspělých státech zjištěno, že ukazatelem spokojenosti a společenského blaha není pouze hojnost spotřebovaného zboží, ale rovněž i subjektivní prožitek těchto podmínek, při kterých je však rozhodující osobní kognitivní a emocionální hodnocení.

Zde je takto velmi důležité sdělit, že kvalita života není takto pouze něčím, co je možno vnímat jaksi v objektivních kategoriích spotřeby, jelikož ta sama vlastně nemusí mít žádný zásadní vliv na kvalitu života, ačkoli je pravděpodobné, že s určitým nedostatkem by došlo ke snížení kvality života člověka. Je to však právě subjektivní vnímání člověka, které má vliv na vnímání vlastní kvality života.

Hrachovinová, Kebza, (2011, s. 21) uvádějí, že v ekonomii již před druhou světovou válkou došlo k prvním diskusím o kvalitě života v západní Evropě a prvním významnějším podnětem k rozvoji zájmu o kvalitu života byly práce anglického ekonoma A. C. Pigou, který se ve své práci *The Economics of Welfare*, soustředil mimo jiná témata rovněž na kvalitu života tehdejší populace a to z hlediska potencionálních a reálných důsledků uplatňované podpory sociálně slabším populačním skupinám. Pigouův zájem o kvalitu života však ještě neinicioval dostatečný zájem o tento jev ve vědeckých kruzích a především v souvislosti s dramatickými událostmi v dobách druhé světové války, kdy byla tato problematika vzhledem k jiným řešeným záležitostem prakticky něčím, něčím naprosto marginálním.

K vědeckému zájmu o otázky kvality života došlo dle Hrachovinové, Kebzy (2011, s. 21-22) po druhé světové válce, kdy tento zájem byl mimo jiné ovlivněn i následujícími významnými okolnostmi:

1. Definice zdraví Světovou zdravotnickou organizací, kdy podstatou zdraví byl stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody. Tento pohled na otázku zdraví musel nutně vést k pozornosti odborné veřejnosti na otázky subjektivně prožívané kvality lidského zdraví a na jeho psychologické a sociální souvislosti. S ohledem na vymezení zdraví se následně vědci museli zabývat otázkou kvality lidského života a její měřitelnosti.
2. Dalším důležitým mezníkem byla potřeba řešit existenciálně založené otázky smyslu života jednotlivce, a to v mnohdy náročných podmínkách konkurenčního prostředí, vysokých požadavků na výkon a nekompromisního boje o přežití. Důležitou se stala rovněž otázka sociální nerovnosti ve společnosti západoevropských zemí a Spojených států amerických, která se stávala čím dál více naléhavější.

Takto je vidět, že po druhé světové válce se odborná veřejnost v čele se Světovou zdravotnickou organizací začala zabývat problematikou kvality života, která nebyla vnímána jenom jako veličina, která souvisí s fyzickým zdravím, ale rovněž bylo zjištěno, že zde hraje roli i psychika a sociální zázemí daného člověka. Zároveň v důsledku významných změn v ekonomice došlo ke změně požadavků na výkon

člověka, což mělo však i negativní důsledek na kvalitu života, která vyplynula ze sociálních nerovností, které začaly být stále více se prohlubující a rovněž byl významným i samotný velmi konkurenční boj na otevřeném trhu.

Hlavním impulsem, který vedl k zájmu o výzkum kvality života, bylo dle Heřmanové (2012, s. 407) jednak významné materiální bohatství nejvyspělejších zemí západní Evropy a USA, tak rovněž i výrazná a pravděpodobně již i nevratná změna v hodnotových orientacích a šíření konzumního způsobu života. Tento trend byl nejintenzivněji pozorovatelný ve druhé polovině 60. let, a to s poválečnou generací osob, které vyrůstaly již v nových podmínkách světa, který však byl rozdělen ideologicky, politicky, hospodářsky, vojensky a posléze i demograficky. Další zviditelnění problematiky kvality života v současném období je příznačný pro postmoderní společnost, která s sebou přináší mimo velmi radikální změny ve struktuře zaměstnanosti, kdy došlo k přesunu zaměstnanosti do terciéru a kvartéru mimo tradiční primární a sekundární výrobu, rovněž i velmi důležitý vyšší životní standard, důraz na duševní práci a kreativitu, relativní nárůst volného času při celkovém zrychlení životního tempa, změnu preferovaných hodnot, celkový nárůst tolerance a individualizace.

Svobodová (2008, s. 122) uvádí, že předmětem zájmu vědních disciplín byla nejprve materiální stránka lidského života společnosti jako celku, která byla založena na objektivizovaném pojetí kvality života. Postupem času však zesílil vědní proud, který se zabýval výzkumem nematerialistické stránky a došlo takto k posunu k subjektivnímu vnímání a hodnocení kvality života samotného člověka jako individuality.

Je důležité říci, že to jsou právě významné vlivy i postmoderní společnosti, které zvyšují zájem o kvalitu života člověka v tomto prostředí. Člověk žijící ve vyspělých státech světa mívá velmi dobrý přístup ke všem potřebným statkům a chová se takto konzumně, nemívá nedostatek. Stát se o něj v potřebných chvílích alespoň v určité míře postará, co se týče nepříznivých sociálních situací, jež jsou spojeny především s nemocí, se stářím, se ztrátou zaměstnání a podobně. Na druhou stranu toto nepředstavuje něco, co by bylo pro člověka něčím, co by jeho život alespoň po psychické nebo sociální stránce činilo kvalitním.

Řehulková, Řehulka (2008, s. 16) dodávají, že se problematika kvality života dostala přes sociologii do vědeckého zájmu medicíny, kde se udržování dostatečné kvality života stalo důležitým cílem, a to například v geriatрии, psychiatrii či onkologii. Poté se kvalitou života zabývala i psychologie, kdy došlo k rozvoji psychologie zdraví a pozitivní psychologie.

Jak uvádí například Gillernová, Kebza (2011, s. 25) téma kvality života je ve své povaze něčím, co má interdisciplinární povahu, obsahuje v sobě historický, politický, ekonomický a filozofický kontext, ale má i kontext sociální, medicínský a psychologický, nebo i etický.

Pokud vnímáme tedy problematiku kvality života v těchto všech výše uvedených rovinách, spatřujeme v tom jednak něco, co může být velmi multidisciplinárně ukotveno, ale zároveň i něco, co by nemuselo být jednoduše definovatelné, jelikož to v sobě obsahuje velmi mnoho aspektů, díky kterým může docházet k nejrůznějším možným rozporům v přístupu k této problematice.

## **1.1 Vymezení pojmu**

Následující podkapitola se zabývá problematikou samotného vymezení pojmu kvality života. Toto vymezení by se mohlo na první pohled zdát poněkud jednoduché, ale opak je pravdou, jelikož jak jsme již výše uvedli, kvalita života není jen pojmem objektivním, který by vycházel z exaktních dat, ale je to vědecká kategorie, která zahrnuje i subjektivní vnímání člověka a není takto možné ji konkretizovat v jednotlivých bodech, kdy a za jakých podmínek je či není život člověka kvalitní, respektive určit na jaké škále kvality života je daný člověk.

Než se dostaneme však k samotnému pojmu a jeho charakteristiku, je zapotřebí se ještě nejprve podívat na vymezení toho, co je vůbec kvalita.

Dle Křivohlavého (2002, s. 162) je kvalita odvozena od slova *qualitas*, které má v sobě latinský základ nebo *qualis-jaký*. Latinské *qualis* je odvozeno od kořene *qui*, což je kdo, jakého charakteru.

Obsah a rozsah katexe kvality života například dle Němečkové (2004, s. 665) není jednoznačně vymezený, a to z důvodu, že vedle objektivních ukazatelů, ke kterým bychom mohli přiřadit například zdravotní stav, sociální situaci anebo schopnost plnit sociální a jiné role, jsou zde určité aspekty, které jsou spíše subjektivního rázu. Tyto jsou pak metafyzickým charakterem, anebo se vyznačují polysémantickostí. Zde můžeme zařadit takové faktory jako je plnost bytí, spokojenost se svým životem, pocit šťastného života. Tato vícevýznamovost pak komplikuje jejich interpretaci.

Podobné názory můžeme najít například u Gurkové a kol. (2011, s. 21), která uvádí názor, že kvalita nemůže nikdy být něčím, co je ve svém smyslu absolutní, naopak se jedná o relativní kategorii, a to z důvodu, že může být vyjádřena jednak kvalitativními indikátory, které vycházejí z hodnotového systému toho, kdo ji posuzuje, tak indikátory kvantitativními, které jsou objektivní a měřitelné. Protože pro zjišťování kvality života je předmětem tohoto hodnocení život sám, je důležité si zodpovědět základní otázku: kvalitu jakého života hodnotíme? Nejčastějším objektem hodnocení je sám individuální život, jenž v sobě zahrnuje jevy a činnosti, které jsou charakteristické pro život organismu v kontextu lidského jedince, tedy osoby. Život jedince však není možné chápat pouze v úzkém významu jeho biologické existence, není to pouhé opozitum vůči smrti, ale zahrnuje v sobě všechny projevy, například v oblasti vlastní činnosti v rodině, společnosti, práci a emocím. Mimo život jednotlivce může být předmětem hodnocení kvality života i skupina neboli společnost, tedy souhrn více jednotlivců. Může se tedy dle vědních disciplín jednat o kvalitu života pacientů s určitým onemocněním (ošetřovatelství), o kvalitu života národa nebo obyvatel (v sociologii).

Kvalita života se dle Svobodové (2008, s. 132) popisuje v pojmech jako je soběstačnost, autonomie, důstojnost, seberealizace, spokojenost v mezilidských vztazích jako je manželství, rodina nebo partnerství; dále jako sociální a kulturní integrovanost, tvořivost.

Kvalita sama je tedy tím, co je vzhledem ke svému obsahu něčím relativním a kvalitu života je tedy možno vnímat jako něco, co se týká samotného a individuálního života u konkrétního člověka.

Na druhou stranu, pokud se máme vědeckou kategorií a takto i samotným pojmem kvality života zabývat, je nezbytně zapotřebí, jej nějakým způsobem uchopit. K tomuto nám může například posloužit náhled Krivohlavého (2002, s. 163-164), který sděluje, že je možno vnímat kvalitu života ve třech následujících rovinách:

1. Makrorovina: jedná se o otázky kvality života velkých společenských celků, jako je kvalita života v nějaké zemi, na kontinentu a podobně. Jedná se o nejhlubší zamýšlení se nad problematikou kvality života, kterou je absolutní smysl života, přičemž život je v tomto pojetí chápán jako absolutní morální hodnota. Kvalita života proto musí toto chápání života plně respektovat. Problematika kvality života je zde součástí základních politických úvah, kam mohou patřit například boj s epidemiemi, hladomorem, chudobou, terorismem, ale i otázky infrastruktur, a to především ve zdravotnictví.
2. Mezorovina: jedná se o otázky kvality života v malých sociálních skupinách, kterými takto mohou například být školy, nemocnice, podniky, sociální zařízení a podobně. Zde je důležitou otázkou nejen morální hodnota lidského života, ale i otázka sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi v určitém týmu, otázky uspokojování nebo neuspokojování základních lidských potřeb, a to u každého člena dané společenské skupiny, existence sociální opory, sdílených hodnot a dalších možných otázek.
3. Osobní neboli personální rovina: v oblasti kvality života je definovatelná nejjednoznačněji, kdy se jedná o samotný život jednotlivce, ať jím je pacient, lékař nebo kdokoli jiný, týká se každého člověka. Při stanovení kvality života se vychází z osobního subjektivního hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, nadějí a podobně. Každý člověk hodnotí kvalitu vlastního života a do hodnocení se dostávají osobní hodnoty každého jednotlivce, tedy jeho představy, pojetí, naděje, očekávání, přesvědčení a podobně.
4. Fyzická neboli tělesná existence: jedná se o pozorovatelné chování druhých lidí, které je možno objektivně měřit a porovnávat. Kritéria v této rovině je možno objektivně definovat, a to za účelem jejich měření.

Při rozdělení rovin náhledu na kvalitu života na náhled, který se týká celé společnosti, dále větší sociální skupiny a poté ještě na náhled osobní, jež zahrnuje

samotný názor člověka na posouzení kvality vlastního života, a v neposlední řadě na náhled v rovině fyzické kvality života zde získáváme důležitou mozaiku nejrůznějších pohledů na kvalitu života, která takto může být velmi vypovídajícím obrazem této kategorie.

## **1.2 Přístupy ke kvalitě života v různých disciplínách**

Jak jsme již uvedli výše, problematikou kategorie kvality života se zabývá řada vědních disciplín, a to dle svého pohledu na danou problematiku. V následující části proto bude dán prostor pro charakterizování pojmu kvality života a jeho významu u několika vědních disciplín, jež se danou problematikou zabývají.

### **1.2.1 Medicínský přístup**

Ještě, než přistoupíme k chápání kvality života v medicíně, je zapotřebí si ještě vymezit pojem samotné medicíny neboli lékařství.

Medicína je věda o zdraví, stavech a chorobných procesech člověka, o způsobech léčení a předcházení nemocem. Úkolem tohoto vědního oboru je chránit a zlepšovat zdraví lidí. Úzce navazuje na biologii. Opírá se o poznatky biologie, chemie, fyziky a stále více se prosazuje také informatika.

V návaznosti na definici medicíny jako vědního oboru je takto nezbytné se ještě stručně podívat na definování pojmu zdraví.

Bártlová (2005, s. 21) uvádí, že definice zdraví nejčastěji vychází z jejího definování Světovou zdravotnickou organizací, která zdraví charakterizuje jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnosti nemoci. Definice takto vnímá za propojené kategorie fyzické zdraví, psychické zdraví, sociální pohoda. Slabou stránkou tohoto pojetí je však dle autorky to, že se tato definice opírá o subjektivní názor člověka a z tohoto důvodu je obsahově neurčitá, což je způsobeno i použitím samotného pojmu pohoda. Zdraví takto není jen medicínským pojmem, ale jedná se o kategorii, která v sobě obsahuje více jevů než jen fyzický stav člověka.



Takto jsme si vymezili pojmy medicíny a zdraví, abychom lépe mohli pochopit, že hlavní důraz při hodnocení kvality života člověka, bude kladen na jeho zdraví, resp. nemoc, ačkoli jak jsme uvedli výše, není to jediný kontext, se kterým medicína v tomto smyslu operuje.

K tomuto můžeme využít názor Mareše, Marešové (2008, s. 6), podle kterých právě medicínský přístup k problematice kvality života souvisí s problematikou zdraví a týká se především profesionálně poskytované zdravotní péče a je rovněž i důležitým indikátorem výsledku poskytované zdravotnické péče. Hlavním nositelem dat je při zjišťování kvality života přitom samotný pacient.

Mezi hlavní argumenty, proč se na kvalitu života ptát spíše samotných pacientů než odborníků z řad zdravotnického personálu, patří dle Mareše, Marešové (2008, s. 6) především:

- 1. „Některé důsledky klinického zkoušení nových léčiv zná pouze pacient;*
- 2. Je žádoucí znát pacientův pohled na celkovou účinnost léčby;*
- 3. Systematické a formalizované vyhodnocování pacientova pohledu může přinášet velmi cenné informace, které by se mohly ztratit v případě, že ověřování bude založeno pouze na klinickém rozhovoru, který vede lékař“.*

Mareš, Marešová (2008, s. 8-9) uvádějí, že pojem kvality života, který se aplikuje ve zdravotnictví obecně a v jednotlivých medicínských oborech zvláště, má své specifické označení: HRQL-health-related quality of life. HRQL je užší pojem než kvalita života a je vhodné s tímto pracovat, pokud se uvažuje o širších kontextech poskytování zdravotní péče. HRQL v sobě obsahuje ty aspekty celkové kvality života, na nichž je možné jasně ukázat, že jsou ovlivněny somatickým nebo mentálním zdravím, přičemž se jedná o vnímané somatické a mentální zdraví, včetně souvislostí typu zdravotních rizik a podmínek, funkčního stavu, sociální opory a socioekonomického statusu. Na komunitní úrovni HRQL v sobě zahrnuje zdroje, podmínky, zdravotní politiku a praktické postupy, které ovlivňují vnímané zdraví u populace a její funkční stav.

Je takto zcela zřejmé, že pojem HRQL v sobě zahrnuje kategorie života, které souvisí s mentálním nebo somatickým zdravím, které dále ovlivňují i kvalitu života jako celku.

Význam HRQL pro lékařskou praxi je možno vnímat v rovinách, kterými jsou dle Mareše, Marešové (2008, s. 9):

1. Zjišťování kvality pacientova života, která souvisí s jeho zdravím, přinášející informace, které jsou důležité jak pro lékaře, tak i pro samotného pacienta.
2. Multidimenzionální dotazníky zjišťující kvalitu pacientova života a přinášející další důležité informace, které by již tradiční dotazníky neposkytovaly.
3. Údaje, které jsou získané metodami, jež zjišťují kvalitu pacientova života, jsou významnými prediktory pacientova funkčního stavu, nákladů na zdravotní péči, pracovní neschopnosti a předčasné úmrtnosti.
4. Metody zjišťující kvalitu pacientova života jsou reliabilní a validní pro skupinovou diagnostiku pacientů.
5. Metody zjišťující kvalitu pacientova života mohou vést ke zlepšení dokumentace o péči, která je pacientovi poskytována.

Kromě přístupu, který kladen důraz na health-related quality of life, můžeme v medicíně nalézt rovněž i přístup holistický. Dle Šámankové (2011, s. 31-32) holistický přístup ke kvalitě života, který byl sestaven Centrem pro podporu zdraví při univerzitě v Torontu, se opírá o tři životní domény, kterými jsou:

1. Bytí, které se skládá ze tří složek, jež jsou dále rozšířeny popisem charakteristiky člověka, jedná se takto o fyzické bytí, které je charakterizováno zdravím, hygienou, výživou, pohybem, odíváním a celkovým vzhledem; psychické bytí představuje psychické zdraví, vnímání, cítění, sebeúctu a sebekontrolu; spirituální bytí je charakterizováno hodnotami, přesvědčením a vírou.
2. Nalézat: Znamená vazbu k určitému prostředí, je možno takto rozlišit fyzickou náležitost, která je představována domovem, školou, pracovištěm, sousedstvím a komunitou; sociální náležitost, která je vázána k rodině, přátelům, spolupracovníkům a sousedům, kdy se jedná o užší spojení; skupinová náležitost pak je vázána na pracovní příležitosti, odpovídající finanční příjmy, zdravotní

a sociální služby, vzdělávací, rekreační možnosti a příležitosti a společenské aktivity, kdy se jedná o širší napojení.

3. Realizovat se: Jedná se o dosahování osobních cílů, naděje a aspirace. Zde můžeme rozlišit praktickou realizaci, která představuje domácí aktivity, placenou práci, školní a zájmové aktivity, péči o zdraví a sociální začleňování; volnočasová realizace je charakterizována relaxačními aktivitami, které podporují redukci stresu; jako růstovou realizací můžeme vnímat aktivity, které podporují zachování a rozvoj znalostí a dovedností a adaptace na změny.

Šámanková (2011, s. 31) k tomuto dále dodává, že přestože je hodnocení kvality života složitým procesem, kvalita života v sobě odráží pocit pohody, který vychází ze stavu tělesného, sociálního a duševního zdraví u každého daného jednotlivce.

Je takto tedy zřejmé, že ačkoli medicínský přístup v sobě primárně zahrnuje kategorie zdraví a nemoci, tak i přesto v sobě obsahuje i další složky lidského života, kterými jsou sociální a duševní pohoda daného jedince.

### **1.2.2 Filozofický přístup ke kvalitě života**

Mimo medicínský pohled na kvalitu života se touto problematikou zabývala i filozofie, a to od počátku svého vzniku.

Filozofie je dle Blechy (1998, s. 14) zvláštní myšlenkové úsilí, které si klade zkoumat jednotlivá jsoucna, a to oproti jiným disciplínám z hlediska jak a proč vůbec jsou, tedy z hlediska jejich vlastního bytí. Z tohoto důvodu je první a základní filozofickou disciplínou ontologie, tedy nauka o bytí. Slovo „filozofie“ pochází z řečtiny. Sloveso „filein“ znamená „milovat“, „sofia“ označuje nejprve jakoukoli zručnost nebo obratnost, ale posléze zvláště vědění, poznání, především vyšší vědění, jež zahrnuje ctnost a umění žít „Filozofie“ se proto nejčastěji překládá jako „láska k moudrosti“.

Kvalitou života se dle Křivohlavého (2002, s. 162) již zabýval jeden z nejvýznamnějších řeckých filozofů-Aristoteles, který uvedl, že štěstí, ve kterém bychom mohli najít takto i kvalitu života, jelikož je to právě štěstí, které určuje, zda je člověk v životě spokojený a není ve své opaku nešťastným, co je něčím, o čem mají

různí lidé různé názory. A dokonce že každý člověk vidí v nejrůznějších situacích života štěstí v něčem jiném. Uvádí zároveň na příkladu, že pokud je člověk nemocný, pak visí štěstí ve zdraví, pokud je zdravý, pak vidí své štěstí v penězích.

Z tohoto úhlu pohledu se na problematiku kvality života obrací filozofie, která si klade za cíl zjistit podstatu kvality života. Problematikou kvality života se zabývá právě základní filozofický směr a to ontologie.

Kvalita života pro filozofii není pojem sám o sobě, ale jedná se dle Němečkové (2004, s. 665) o otázku: Co je dobrý lidský život? Tato otázka patří vůbec k nejstarším v její antropologické linii. Ke kvalitě života je možno přistoupit jak z hlediska ontologické diference a rovněž z pohledu ontické zkušenosti. Je zde však základní problém vztah mezi individuálně chápanou kvalitou života jako fenomenálního zážitku, subjektivně prožívanou a hodnocenou zkušeností a jeho objektivním a empiricky ověřitelným hodnocením. Dle filozofického přístupu však nemůže být definování pojmu kvality života vědeckou kategorií.

Němečková (2004, s. 666) dále uvádí, že v ontologickém pohledu kvalita života nespočívá pouze v tom, jak člověk žije, ale hlavně je v hledání odpovědi proč tak žije a v hledání důvodů a významů, spočívá v hodnocení subjektivní aktivity v kontextu života a jeho smyslu. Z hlediska kvality života není rozhodující, zda člověk upřednostňuje absolutní ontologickou prioritu boha, anebo dává přednost jiným cestám. Jediným limitujícím faktorem jeho kvality života je morální ohled na spolužití s ostatními lidmi.

Takto je možno vnímat kvalitu života jako jakési hledání smyslu života, tedy proč daný člověk žije tak jak žije a jediným limitem pro člověka není nic jiného než morálka, kdy by žití člověka nemělo omezovat nebo negativně ovlivňovat život jeho okolí, ostatních lidí, kteří jsou s tímto člověkem v kontaktu.

Filozofický přístup dle Němečkové (2004, s. 672) vnímá kvalitu života jinak oproti přístupu například v lékařství. Vymezuje, že je velmi problematické vnímat kvalitu života jen jako jakýsi soubor objektivních kritérií, jelikož potom by kvalitní život nemohl být ten, který je veden v nemoci, utrpení. Pro filozofický přístup je proto

základní faktor kvality života jako celku identifikace různých kompenzací existenciální nejistoty a úzkosti a orientace na samostatný smysl života. Pokud absentuje smysl, může být nepřítomna naděje, docházet ke ztrátě sebeúcty, vědomí vlastní hodnoty a důstojnosti, a to i v těch nejpříznivějších podmínkách. Hluboká existenciální krizi je stav ztráty pozitivní minulosti, prožívanou jako bezcennost, aktuální neschopnost, která se projevuje bezmocností, ztrátou perspektivy a beznaděje, která vyústí do bezsmyslnosti a prázdnoty. Je to právě existenciální krize, která nejzásadněji znehodnocuje kvalitu života a ostatní lidské problémy jsou oproti tomuto parciální a relativně jednoduše řešitelné.

Je tedy možno dodat, že kvalita života ve filozofickém přístupu k tomuto problému spočívá v hledání smyslu lidské existence, v hledání odpovědí v existenciálních otázkách, na které se člověk snaží nalézat odpovědi, když zažívá určitou existenciální krizi, která v sobě zahrnuje tak zásadní kategorie jako je ztráta smyslu života, beznaděj a prázdnota.

### **1.2.3 Psychologický přístup ke kvalitě života**

Další vědou, která se zabývá problematikou kvality života, je psychologie. Psychologie je dle Heluse (2011, s. 16) věda, která se zabývá lidským chováním, duševními jevy a zkoumá takto vědomí a nevědomí člověka, zabývá se tím, jak psychické jevy a chování souvisí s tělesností člověka, a to konkrétně s jeho neurohumorálním systémem, a to především ve vztahu stavby a fungování mozku. Zároveň psychologie zkoumá i to, jak psychické jevy a chování mohou souviset s tím, že je člověk vnořen od svého narození do společensko-kulturního systému, který je tvořen hodnotami a normami, které si společnost pro své vlastní přežití a chod během času vytvořila a kterým se člověk nemůže ze své přirozenosti nikterak vyhnout, jelikož je sám součástí této společnosti.

Psychologické pojetí kvality života člověka se zabývá dle Payneho (2005, s. 209) především subjektivně prožívanou pohodou a spokojeností s vlastním životem. V psychologii je takto možné postihnout dvě podoby, co je možné pod pojmem kvality života postihnout. Jedná se takto o:

- Spokojenost se životem: zjišťuje se životní spokojenost člověka a hledají se zde odpovědi na takové otázky jako je co činí člověka spokojeným, jaká je struktura faktorů, které přispívají ke spokojenosti a jak společenské instituce ovlivňují spokojenost člověka;
- Prožívání subjektivní pohody: zde se klade důraz na všeobecné hodnocení kvality života jako takového.

Pokud bychom mohli kvalitu života vyjádřit v rámci toho, zda a v jaké míře jsou u člověka zastoupeny jednotlivé potřeby, pak můžeme k tomuto využít teorii potřeb. Nejznámějším psychologem, který se zabýval teorií potřeb, byl Maslow. V jeho přístupu se jedná o pojetí o psychologicko-motivační, které je založena na pořadí naléhavosti a na pořadí, ve kterém se základní lidské potřeby projevují. Maslow rozděluje podle důležitosti potřeby následujícím způsobem (Plháková, 2003 s. 369):

- a) Fyziologické potřeby: žízeň, hlad, sex, spánek apod., mnohé z nich jsou homeostatické;
- b) Potřeby bezpečí a jistoty: jistota, stabilita, spolehlivost, osvobození od strachu, úzkosti a chaosu, potřeba struktury, pořádku, zákona, mezí, silného ochránce apod.;
- c) Potřeby lásky, náklonnosti: potřeba někam patřit (potřeba sounáležitosti);
- d) Potřeba uznání: potřeby dosažení úspěšného výkonu a dosažení prestiže (potřeba autonomie);
- e) Potřeba seberealizace: sebenaplnění, tendence uskutečnit své možnosti;
- f) Potřeby vědění, porozumění a estetické potřeby.

Maslow ve své teorii potřeb předpokládá, že všechny výše uvedené potřeby existují u člověka souběžně, ale k naplnění potřeb vyšších dochází až po naplnění potřeby nižší. Nepředpokládá se však, že dosažením potřeby vyšší se vytrácí pocíťování potřebnosti naplňování potřeby nižší. Aktuálně neuspokojená potřeba má v organismu tendenci vládnout a dominovat. Lidské chování je určováno potřebami neuspokojenými, i když jejich relativní síla slábne tak, jak se pohybujeme od uspokojování potřeb nižších k potřebám vyšším (Dvořáčková, 2012, s. 40).

V rámci teorie potřeb takto můžeme charakterizovat kvalitu života tím, jak jsou jednotlivé potřeby u člověka naplněny. V případě, že člověk nemá naplněny ani ty nejnižší své potřeby, pak je možné nahlížet na tento život v rámci své kvality jako nízký, pokud člověk naplňuje nebo míří k potřebám nejvyšším jako je seberealizace, pak je možno toto vnímat jako vysokou míru kvality života v rámci daného psychologického pojetí kvality života člověka.

#### **1.2.4 Sociologický přístup ke kvalitě života**

Dalším možným přístupem je přístup, který je charakteristický pro sociologii. Sociologii můžeme vnímat jako vědu, která se zabývá studiem moderní společnosti, jejími institucemi a sociálními vztahy.

V případě pojetí kvality života v sociologii jsou dle Payneho (2005, s. 211) zdůrazňovány takové atributy jako je sociální úspěšnost, ke kterým můžeme zařadit sociální status, majetek, vybavení domácnosti, vzdělání nebo rodinný stav. Sociologický charakter můžeme vnímat i ve sledování dopadu sociálních a sociálně-zdravotních programů na kvalitu života obyvatel v určité oblasti. Studiem kvality života se zabývá organizace International Society for Quality of life Studies, která je kvalitu života vnímána jako produkt souhry sociálních, zdravotních, ekonomických a environmentálních podmínek, který ovlivňuje rozvoj lidí. Důležitým termínem je zde životní úroveň, což je měřítko kvantity a kvality zboží a služeb, které jsou lidem k dispozici. Ukazateli životní úrovně jsou pak ukazatelé, jako je hrubý domácí produkt, střední délka života, kojenecká úmrtnost, počet lékařů na tisíc obyvatel a podobně.

Sociologický přístup ke kvalitě života vnímá i možné globální problémové příčiny, které mohou vést k nekvalitě života, resp. mohou kvalitu života patřičným způsobem ohrozit. K těmto problémům například Svobodová (2008, s. 125) řadí:

1. Intersociální problémy: tyto vznikají a spojují se se střetem zájmů u různých společenských a ekonomických skupin. Může se takto jednat o:
  - a. Problémy války a míru;
  - b. Problémy sociálně ekonomické zaostalosti některých zemí;

- c. Problém mezinárodní zadluženosti některých zemí nebo dluhová krize v rozvojových zemích;
  - d. Problém změn mezinárodních ekonomických vztahů, zpřístupnění trhů ve vyspělých zemích ve prospěch rozvojových zemí, oddlužení některých nejhudších zemí;
2. Přírodně-sociální problémy, které pramení z narušení vazeb mezi přírodou a lidskou společností. Může se takto jednat o:
- a. Populační problém;
  - b. Potravinový problém;
  - c. Surovinový a energetický problém;
  - d. Ekologický problém- globální oteplování, oslabování ozonové vrstvy, skleníkový efekt, globální klimatické změny apod.;
3. Antroposociální problémy, které se týkají samotné budoucnosti člověka, a které zahrnují všelidské problémy a to v oblastech sociálních, humanitárních a kulturních:
- a. Problémy absolutní chudoby;
  - b. Problémy drogových závislostí, rozšiřování epidemií a velmi nakažlivých onemocnění;
  - c. Problém nekontrolované mezinárodní migrace;
  - d. Problém terorismu, který je živen politickými a národnostními konflikty.

Jak uvádí Svobodová (2008, s. 137) v rámci celosvětového hodnocení kvality života, jež prováděla Mercer Human Resource Consulting, byl aplikován výzkum, který hodnotil 39 kritérií pro zjištění kvality života a který v sobě obsahoval následující kategorie:

- Politické a sociální prostředí - je měřena politická stabilita nebo kriminalita;
- Ekonomické prostředí - zjišťuje se míra a vhodnost měnové regulace, kvalita bankovních služeb;
- Sociokulturní prostředí - zjišťuje se míra cenzury ve společnosti nebo například míra osobní svobody;



- Oblast zdravotnictví - kvalita lékařských služeb, míra infekčních onemocnění ve společnosti, znečištění ovzduší;
- Školství a vzdělávání - při tomto se zjišťuje úroveň a dostupnost škol v dané společnosti;
- Veřejné služby a doprava - zjišťuje se dostupnost takových služeb a zdrojů jako je elektřina, voda, veřejná doprava;
- Rekreace - zjišťuje se kvalita a dostupnost restaurací, divadel, kin, sportu;
- Konzumní zboží - zkoumá se dostupnost takových komodit jako je jídlo nebo zboží denní potřeby;
- Bydlení - zjišťuje se dostupnost a kvalita bydlení, nábytku, údržby;
- Přírodní prostředí - zjišťuje se kvalita klimatu a nebezpečnost přírodních katastrof.

## 2 ZÁVISLOST

Dle Mühlpachera (2008, s. 56) patří závislost k člověku prakticky odedávna a po staletí se lidstvo snažilo mít tento negativní jev pod svou kontrolou, a to jak úspěšnějšími, tak méně úspěšnými prostředky. Nikdy se to však nepodařilo a je velmi nepravděpodobné, že by se to vůbec kdy podařilo zcela vymýtit. Problematika závislostního chování je problémem multidisciplinárním, při kterém dochází ke kombinaci vlivů sociálních, psychologických a biologických a vždy záleží na konkrétních okolnostech, který z vlivů má u závislosti daného člověka zcela rozhodující vliv. Faktory psychického charakteru se projevují ve struktuře osobnosti, a to především v její odolnosti, schopnosti adaptability na stres a zátěž. Tyto vnější faktory jsou prezentovány prostřednictvím prostředí, sociálního klimatu, schématu začlenění jedince do vztahu k okolí. Konečně pak precipitující faktor, který vstupuje do interakce, je podnět, konkrétní situace, konkrétní problém. Samotná závislost je vždy odrazem vzájemných vztahů těchto popsaných faktorů.

Samotný vznik závislosti je postupný, kdy však její chroničnost je jedním ze základních rysů závislosti. Jak uvádí například Mühlpachr (2008, s. 56): „*Činy, které závislí vykonávají pro získání látky, jsou stejně důležité jako droga sama. Ty to činy tvoří součást pozitivního rituálu, který je zase částí denního rituálu a téměř neměnné náplně dne. Droga se tak stává částí ustáleného způsobu jednání. Závislý člověk tak žije způsobem života, který nechce nebo nemůže změnit.*“

Pro závislost je takto velmi typické, že se psychoaktivní látka stává mnohdy středobodem života člověka, člověk se jí naprosto oddává a její opatření tvoří významnou část programu závislé osoby. V centru všeho dění nebývá již nic jiného, na ústupu jsou všechny jiné zájmy, sociální okolí, zdraví, práce. Navíc osoba si svou závislost nepřipouští anebo připouštět nechce a z tohoto důvodu dochází u ní k dalšímu zhoršování a prohlubování tohoto stavu.

Co však je za tím, že se u osoby rozvine závislost? Co je tím, co v tomto hraje roli? Odpovědi na tyto otázky jsou velmi obtížné, a jak uvádí Ocisková, Práško (2015, s. 159) je stále velmi obtížně jednoznačně říci, co stojí za příčinou vzniku závislosti, na který je možno nahlížet prostřednictvím komplexního bio-psycho-sociologického

modelu. Na vzniku závislosti se vždy podílí v různých kombinacích více faktorů, a to ve svých nejrozmanitějších podobách. Ke vrozeným faktorům může patřit především genetická predispozice v některých rodinách i ovlivnění jedince během nitroděložního období a v době porodu, kdy je důležité například to, zda se jedinec již v prenatálním období nesetkal s drogou prostřednictvím své matky-uživatelky návykových látek. Ověřeným poznatkem je spojení mezi genetikou a alkoholem, která se týká vrozené vyšší tolerance vůči alkoholu u potomků rodičů, u kterých se tato závislost projevila. Tato vyšší tolerance vůči alkoholu následně v pozdějším věku vede k rychlejšímu rozvoji závislosti.

Neurobiologický model závislosti, se kterým dále operuje Ocisková, Práško (2015, s. 159), vychází z ústřední role systému odměny v mozku. Morfologicky je nervový systém odměny tvořen mezolimbickým dopaminergním systémem s hlavními strukturami nucleus accumbens s ventrální tegmentální oblastí a jejich propojení s některými limbickými oblastmi a kortexem. Zde dochází k výdeji dopaminu, který nastává jako odpověď na situace s potencionálním vznikem odměny, a tedy jakési libosti, postupně dochází k asociování procesů na úrovních mozku spojených s odměnou. Vyplavení dopaminu funguje s největší pravděpodobností jako spouštěcí podnět pro učení se spojením určitého podnětu s libostí. Zvýšený výdej dopaminu je akutním efektem všech návykových látek na cestě k vytvoření závislosti.

Jak dále uvádějí Ocisková, Práško, (2015, s. 159) důležitou roli při vzniku závislosti hrají rovněž i sociální vztahy, širší sociální vlivy, a to především postavení rodiny ve společnosti, absence rodinného zázemí a hledání vhodných identifikačních vzorů. Problémy s užíváním návykových látek však je možno vidět u lidí všech společenských vrstev a společenských skupin.

Je tedy možno shrnout, že závislost na návykových látkách je něčím, co může souviset s mnoha faktory, kterými jsou faktory genetické, somatické, sociální, ale i biologické. Každá z nich se může významným způsobem podílet na tom, jestli a jak se u osoby může rozvinout závislost.

## 2.1 Stanovení závislosti na psychoaktivních látkách

Pokud se na tomto místě zabýváme problematikou závislosti na psychoaktivních látkách, je zde nutné uvést samotné diagnostikování závislosti u dané osoby. Bez diagnostikování není možno určit to, zda osoba danou psychoaktivní látku užívá jako osoba závislá nebo jen jako její konzument, kdy k závislosti ještě stále nedošlo. Roli při tomto hraje jednak zjištění určitých znaků, které se vyskytují u dané konkrétní osoby a rovněž důležitou roli hraje i hledisko času, jelikož za osobu závislou není takto dost dobře možné označit osobu, která požívala psychoaktivní látku jenom v určitém poměrně krátkém časově ohraničeném období.

Podle Americké psychiatrické asociace se stanovuje diagnóza závislosti na základě sedmi daných charakteristických příznaků, a pokud tři ze sedmi příznaků osoba vykazuje během časového období dvanácti měsíců, pak lze hovořit o závislosti. Jedná se o následující příznaky, které ve své práci uvedl například Nešpor (2007, s. 21-22):

1. Růst tolerance - dochází ke zvyšování dávek, a to z důvodu, aby bylo dosaženo stejného účinku, anebo dochází k poklesu účinku návykové látky, a to při jejím stejném dávkování;
2. Odvykací příznaky po vysazení látky;
3. Přijímání látky je ve větším množství nebo po delší dobu, než měl člověk původně v úmyslu;
4. Dlouhodobá snaha nebo pokusy omezit a ovládat přijímání návykové látky,
5. Trávení volného času ve vysoké míře souvisí s užíváním látky a jeho obstaráváním nebo zotavováním se z jejich účinků;
6. Zanechání nebo alespoň k významnému omezení sociálních, pracovních a relaxačních aktivit, a to v důsledku užívání látky;
7. Pokračující užívání látky, a to i přesto, že dochází k dlouhodobým nebo opakujícím se problémům sociálním, psychologickým nebo tělesným, které si člověk uvědomuje, a které jsou způsobeny nebo zhoršovány užíváním návykové látky.

Pokud osoba naplňuje ve vztahu k psychoaktivní látce tři z výše uvedených bodů, pak je možné ji diagnostikovat jako osobu závislou.

Ze své podstaty můžeme závislost rozlišovat na závislost fyzickou a psychickou. Jak uvádí například Kalina a kol (2008, s. 55) psychická závislost je syndromový komplex s jádrovým psychickým carvingem, při kterém dochází k narušení kontroly užívání látky, zaujetí užíváním látky a další jeho užívání, a to navzdory jeho rizikům. Oproti tomu fyzická závislost je definována růstem tolerance vůči návykové látce a průkazem odvykacího stavu, jehož součástí je i fyzický carving. Obě závislosti se rozvíjí simultánně, což znamená, že zde není možno říci, že by jedna závislost vznikala dřív nebo později. Na druhou stranu u některých psychoaktivních látek dochází k tomu, že některá z druhů závislosti je silnější.

## **2.2 Znaky závislosti**

Závislost se ze své podstaty nějakým způsobem musí v životě osoby projevat, zde můžeme hovořit o tom, že závislost v sobě obsahuje znaky závislosti, které jsou pro ni typické. K těmto znakům můžeme řadit silnou touhu po pocit puzení po užívání závislostní látky, dále se jedná o zhoršení sebeovládání, kdy osoba není schopna ovládat své emoce, pocity ve vztahu k látce, somatický odvykací stav, kdy nedostatek látky má za následek fyzické a psychické projevy tohoto nedostatku, nezanedbatelným znakem je rovněž i zvýšená tolerance k užívání psychoaktivní látky, ztráta zájmů a jiných potěšení než je užívání návykové látky a v neposlední řadě se rovněž jedná o pokračování v užívání návykové látky a to i přes jasný důkaz škodlivosti následků.

Tyto znaky závislosti si níže přesněji vymezíme a charakterizujeme je dle odborných poznatků.

### **Silná touha nebo pocit puzení užívat látku**

Nešpor (2007, s. 11) uvádí, že silná touha a pocit puzení je touhou pociťovat účinky psychoaktivní látky, s níž měla osoba dříve zkušenost, kdy toto bažení může být fyzické i psychické. Tělesné bažení vzniká odezníváním účinku psychoaktivní látky nebo bezprostředně po něm, oproti tomu psychické se objevuje i po delším neužívání látky. Tělesné a psychické bažení se v mozku projevuje jinak.

Význam cravingu, což bychom česky mohli označit, jako bažení vyplývá dle Rabocha, Pavlovského (2013, s. 209) z toho, že jeho projevem není jenom samotná

chuť na psychoaktivní látku, ale rovněž má výrazný podíl na dalších projevech závislosti, jako je zhoršené sebeovládání nebo neschopnost poučit se z negativních zkušeností, což v souvislosti s užíváním návykové látky znamená, že ačkoli osoba vnímá, že užívání návykové látky má na ni negativní vliv, přesto dále pokračuje v jejím užívání. Osoba závislá nemá již schopnost upravit podle negativní zkušenosti své chování a pokračuje takto v jejím užívání. Navíc má craving významný podíl na prožívání odvykacího stavu, při kterém se projevuje jako touha po opětovném požití látky, které by mohlo přinést zmírnění odvykacích potíží. Takový druh cravingu je pak typický pro rozvinuté závislosti a jeho projevení má velmi důležitý diagnostický význam. Na biologické úrovni je craving popisován jako převaha aktivity některých podkorových struktur, které jsou mimo jiné zodpovědné za emoční odpověď na kontrolní činnosti mozkové kůry.

Bažení, neboli craving v sobě obsahuje určité znaky, které uvádí například ve své práci Nešpor (2007, s. 12), kdy se jedná především o:

- Nálezy, které se týkají aktivace určitých částí mozku;
- Oslabení paměti;
- Zhoršení postřehu;
- Abnormální nález na elektroretinogramu;
- Zvýšená tepová frekvence systolického krevního tlaku;
- Snížení kožního galvanického odporu;
- Zvýšení salivace u závislých na alkoholu.

### **Zhoršení sebeovládání**

Dalším ze znaků závislosti je zhoršení sebeovládání. Nešpor (2007, s. 14) k tomuto znaku uvádí, že se jedná o stav, kdy si osoba špatně uvědomuje sama sebe a své emoce. Nízká míra sebeuvědomění může rovněž souviset s nadměrnou únavou a dlouhodobým vyčerpáním. Zhoršit sebeuvědomění může i jiná látka než ta, na kterou je osoba již závislá. Oproti výše popsanému bažení se zhoršené sebeovládání týká chování.

### **Somatický odvykací stav**

Somatický odvykací stav je projevem závislosti v oblasti fyzického stavu člověka.

Pro diagnostiku odvykacího stavu musí být splněny určitá kritéria, která Nešpor (2007, s. 16) charakterizuje následovně:

1. Nedávné vysazení nebo redukce látky, a to po opakovaném anebo dlouhodobém jejím užívání;
2. Příznaky jsou v souladu se známými znaky odvykacího syndromu;
3. Příznaky nejsou s ničím jiným zaměnitelné, tedy nesouvisí s tělesným onemocněním a nejsou vysvětlitelné jinou psychickou anebo behaviorální poruchou.

Mühlpachr (2008, s. 57) rovněž v této souvislosti hovoří o abstinčním syndromu a to následovně: „*Abstinční syndrom se projeví při přerušení podávání látky nebo při redukcí množství pravidelně podávané látky. Projeví se jako specifický látkový abstinční syndrom dle kategorizace návykových látek a jejich charakteru.*“.

### **Růst tolerance**

Typickým znakem pro vznik závislosti je to, že osoba má vůči psychoaktivní látce větší toleranci, než tomu bylo dřív. Nešpor (2007, s. 18) uvádí, že jako příznak tolerance je možno vnímat to, že k dosažení stejného účinku návykové látky je pro člověka zapotřebí, aby užil vyšší množství dávky anebo že stejná míra dávky má již nižší účinek, než tomu bylo v minulosti. Jak tato tolerance vzniká, však není zcela jasné. Zvýšená tolerance může však vznikat v důsledku nižší reaktivity centrálního nervového systému na danou návykovou látku. Jiným vysvětlením může být, že daná látka může být rychleji odbourávána, například u alkoholu je rychlejší odbourávání této látky v játrech.

### **Zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů**

V rámci toho, že člověk je závislý na návykové látce je to, že u něj dochází k zanedbávání jeho dřívějších potěšení a zájmů, kdy tyto nevyhledává vůbec anebo jen v ojediněle. Jak uvádí Nešpor (2007, s. 20) je toto chování jedním s velmi často se vyskytujícími příznaků, kdy stále více času člověk díky své závislosti tráví ve prospěch užívané návykové látky a dochází i ke zvýšenému množství času k jejímu

získání. Jedná se o souvislost s bažením, zhoršením sebeovládání a má to souvislost i s odvykacími obtížemi při pokusech a redukci nebo dokonce vysazení látky.

### **Pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivosti následků**

Pokud je osoba závislá na návykové látce, pak v její konzumaci pokračuje i přesto, že je zde jasný důkaz o tom, že ji další užívání škodí. Nešpor (2007, s. 20) však upozorňuje, že aby tento důkaz závislostního chování byl diagnosticky validní, je zapotřebí, aby člověk byl o škodlivých následcích vůbec informován. Tedy člověk, který si konzumací návykové látky poškozuje játra, se nejedná o znak závislosti do doby, než ho na to upozorní jeho lékař. Pokud by však i přes upozornění lékaře pokračoval v návykovém chování, pak se o znak závislosti již jednat bude.

## **2.3 Motivace k užívání návykových látek**

K tomu, aby osoba činila něco, ať již pozitivního nebo i negativního, potřebuje k tomu mít motivaci.

Motivaci Janoušek, Slaměník (2008, s. 147) chápe jako hybné síly, které jsou psychického charakteru. Hybné jsou nazývány proto, že uvádějí do pohybu lidské chování a činnosti. Síly jsou z důvodu, že mají jak směr, tak intenzitu. Jako aktuální síly jsou projeveny právě v motivaci, a to jako psychický proces. Jako potenciální síly jsou v podobě psychických motivačních dispozic. Zdrojem pro jakoukoli motivaci je motiv neboli pohnutka. Ta určuje směr a intenzitu chování, a to právě jako působící síla, což je aktualizovaný motiv pro jisté chování, tak zároveň jako dispozice k jejímu vzniku a uplatnění. V prvním případě se jedná o to, že motiv je prvkem motivační dynamiky, ve druhém náleží do motivační struktury u osobnosti.

Důležité je se podívat na motivaci k tomu, aby člověk začal užívat návykové látky. Motivace nikdy nebývá jen jedna, naopak se může spíše jednat o kombinaci možných motivací. Zjištění motivace u osoby, která užívá návykové látky je rovněž i důležitá pro možnou léčbu drogové závislosti.

Mühlpachr (2002, s. 17) uvádí například následující motivace k užívání návykových látek:



- Interpersonální motivace: snaha získat uznání od vrstevníků, komunikovat s nimi, vzdor proti autoritám;
- Sociální motivace: potřeba si prosadit sociální změny, identifikovat se se subkulturou, uniknout z obtížných podmínek prostředí;
- Fyzická motivace: přání fyzického uspokojení, uvolnění, odstranění fyzických obtíží, získání energie, udržení si kondice;
- Senzorická motivace: snaha stimulovat zrak, sluch, hmat, chuť, potřeba i smyslové sexuální stimulace;
- Emocionální motivace: uvolnění se od psychické bolesti, řešení osobních nesnází, snížení úzkosti, relaxace;
- Politická motivace: identifikování se se sociální skupinou, která se staví proti establishmentu, měnit drogovou legislativu nebo nedodržovat společností nastavená pravidla;
- Intelektuální motivace: únik z nudy, dosažení intelektuální kurióznosti, řešení uměle vytvořených problémů, produkování originálních idejí, snaha poznat své vlastní vědomí a podvědomí;
- Kreativně estetická motivace: snaha o vylepšení umělecké tvorby, zvýšení prožitku se změny, zvýšení představitivosti;
- Filozofická motivace: objevování významných hodnot ve společnosti a světě, hledání smyslu života, hledání osobní identifikace, objevení nového pohledu na svět;
- Antifilozofická motivace: neuspokojení hledání sebe sama v učeních filozofů, zklamání z hledání smyslu života;
- Spirituálně mystická motivace: souvisí s vyznáváním ortodoxní víry, prosazení a vázání se na spiritualitu, získání boží vize, komunikace s bohem;
- Specifická motivace: potřeba prožít dobrodružství, získání ocenění od určitých lidí.

Jak je tedy zřejmé, motivací k tomu, aby člověk začal užívat návykové látky, je celá řada a jedná se mnohdy často o jejich kombinaci.

### 3 ZÁVISLOST NA ALKOHOLU

V následující kapitole se budeme věnovat samotné závislosti osoby na alkoholu, jejím charakteristikám a specifikám, přičemž je zároveň důležité si vymezit to, co vůbec alkohol je a jak je na něj v rámci společnosti nahlíženo.

Pokud bychom měli charakterizovat to, čím vůbec alkohol je, pak bychom dle Mühlpachera (2008, s. 81) mohli uvést, že alkohol je jednoduchá chemická látka, která však poměrně snadno proniká k různým orgánům lidského těla, a to včetně mozku. Obsah alkoholu v alkoholických nápojích kolísá zhruba v rozmezí od 2-3 % do asi 40 %. Alkohol je droga s obrovskou tisíciletou tradicí. Přesto se však jedná o drogu, která je však stále podceňována a schvalována. Skoro každá společnost na světě až na určité výjimky akceptuje alkohol a společenské cítění je proalkoholní. Konzumace alkoholu je zabudována do většiny lidských rituálů, které provází člověka od narození až po jeho smrt. Odmítnutí konzumace alkoholu vzbuzuje ve společnosti pozornost a neadekvátní reakce. Člověk, který odmítá konzumaci alkoholu, je považován za patologického.

Jak uvádí Holcnerová (2012, s. 3) je alkohol nejstarší a také nejvíce užívanou psychoaktivní látkou na světě. Na rozdíl od většiny ostatních psychoaktivních látek je jeho užívání v téměř všech zemích světa legální a jeho konzumace je akceptována. Užívání alkoholu nabývalo v průběhu historie lidstva i v rámci jednotlivých kultur různých funkcí a podob. Alkohol byl a je dodnes součástí náboženských rituálů, v dřívějších dobách také sloužil jako významný zdroj živin a byl také využíván v medicíně zejména pro jeho antiseptické a analgetické účinky. Nemalý přínos měl a stále má pro společenský život, protože je ve většině společností využíván jako prostředek k uvolnění tenze a ke zvýšení sociability jeho uživatelů. V historii některých národů, můžeme najít období, kdy byl alkohol masivně konzumován, která byla následně střídána s obdobími omezené konzumace, a to často v důsledku legislativních opatření, které byly reakcí právě na jeho nadměrnou konzumaci.

V České republice je dle Hůlkové, Hosáka (2014, s. 343) konzumace alkoholu velmi častá a spotřebuje se zde v průměru 11 litrů stoprocentního alkoholu na jednoho občana ročně, a to včetně novorozenců. Ačkoli by se nezdálo za pravděpodobné, tak

se i po roce 1989 začala konzumace alkoholu dále zvyšovat, a to dokonce i mezi mládeží, a to i ve srovnání s okolními zeměmi, kde naopak došlo k poklesu jeho užívání. Procento osob závislých na alkoholu se v České republice odhaduje na 3 až 5 %. Ale s problémy s nadměrným nebo nebezpečným užíváním alkoholu v průběhu svého života se potýká až 30 % dospělé populace.

Problematika konzumace alkoholu je tedy stále velmi zásadním problémem. Navíc ve společnosti je alkohol vnímán jako něco pozitivního, co se užívá, jak při zvláštních příležitostech jako jsou různé oslavy prakticky čehokoli, tak i jako forma zábavy nebo relaxace. Alkohol zde není vnímán většinou společností jako látka, která může velmi závažným způsobem poškozovat zdraví člověka a ohrožovat společnost.

Pokud bychom využili názoru Popova (2003, s. 4) k tomu, z jakého důvodu je v České republice tak hojně konzumován alkohol, pak bychom došli k následujícím faktorům:

1. Cena alkoholu, která je v České republice oproti západním státům Evropské unie relativně nízká;
2. Díky nízké ceně je zde alkohol lehce dostupný;
3. Konzumace alkoholu je v České republice historicky tradiční záležitostí a sociální komponenta pití hraje značnou roli;
4. Časný začátek pití u dětí a adolescentů představuje závažné riziko pro možný vznik závislosti na alkoholu, přičemž alkohol může vést k experimentování i s dalšími drogami;
5. Dospívající, kteří v současnosti nadužívají alkohol, začínají s alkoholem v průměru dříve než ostatní konzumenti alkoholu.

Právě konzumaci alkoholu v dětství a v adolescenci je nutno vnímat jako velmi rizikovou, jelikož děti ještě nejsou dostatečně fyzicky a ani psychicky zralé k tomu, aby jakkoli alkohol užívaly, a z tohoto důvodu to má velmi negativní důsledek na jejich zdraví. Rovněž možnost rozvoje případné závislosti na alkoholu je se snižujícím se věkem jeho pravidelné konzumace vyšší.

Hůlková, Hosák (2014, s. 343) rovněž upozorňují, že problematika konzumace a závislosti na alkoholu je podobná i v rámci celé Evropy, kdy je zhruba 23 milionů Evropanů evidováno jako alkoholiků, přičemž se jedná o 5 procent mužů a 1 procento žen. Je nutno dodat, že ne všechny osoby závislé na alkoholu se dostanou do profesionální péče. Evropská unie se tedy potýká s velmi významným problémem s užíváním alkoholu a jako velmi znepokojující vnímá především rostoucí primární motivaci ještě nezletilých dětí a mládeže, která tkví v pití s vyloženým cílem se opít a rovněž velkým problémem je i vysoká míra užívání alkoholu právě těmito nezletilými.

Postoj k alkoholu, a především k jeho přílišné konzumaci a závislosti na něm byl vnímán od počátku lidské společnosti jako něco, co je negativní, pro člověka nezdravé a k němu se nehodící. K tomuto můžeme například uvést názor od Holcnerové (2012, s. 12-13), která sděluje, že *„v průběhu historie užívání alkoholu byla opilost a nadměrná konzumace alkoholu vždy doprovázena veřejným nesouhlasem. V náboženské terminologii byla označována jako hřích a morální selhání. Teprve až na konci 18. století a na začátku 19. století začalo být vysvětlováno nadměrné užívání alkoholu jako důsledek ztráty kontroly. Nové pojetí nadměrného užívání alkoholu jako závislosti je připisováno Thomasi Trotterovi a Benjaminu Rushovi, kteří argumentovali tím, že za nadměrným užíváním alkoholu stojí oslabená vůle. Slovo alkoholismus bylo poprvé použito Magnusem Hussem kolem roku 1849 v jeho knize „Alkoholismus Chronicus“ (Chronický alkoholismus). Huss termín použil ve významu patologických symptomů, které se vyvinou u osob v důsledku dlouhodobé konzumace nadměrného množství alkoholických nápojů“.*

K tomuto dodává dále Popov (2003, s. 4), že teprve o sto let později, a to po rozhodnutí ze strany Světové zdravotnické organizace v roce 1951 začal být alkoholismus uznán oficiálně za medicínský problém. Na druhou stranu však další desetiletí byl vnímán velmi úzce, a to právě jako problém zdravotnický. Průlom v jeho chápání nastal až v roce 1974, kdy Světová zdravotnická organizace zavedla termín „problémy související s alkoholem“. Jedná se o souhrnný název, který v sobě obsahuje celou škálu negativních zdravotních a sociálních důsledků, které v sobě konzumace alkoholu zahrnuje, a které se týkají jak konkrétního jednotlivce, tak i malých skupin jako je především rodina. Do problematiky závislosti je však zahrnuta i celá společnost.

Pokud bychom měli uvést, z jakého důvodu dochází k tomu, že osoba konzumuje alkohol, pak jsou to mimo jiné i jeho účinky.

Jak uvádí Kalina (2008, s. 52) stav po užití alkoholu se projeví jako prostá opilost, kdy jeho malé dávky působí stimulačně, naopak větší jeho množství je útlumové. Na počátku se dostavuje zlepšení nálady, pocit sebevědomí a energie, naopak později dochází ke ztrátě zábran a kritičnosti. Postupně se rovněž dostavuje únava, útlum nebo spánek.

Intoxikace alkoholem pak má čtyři stádia, která jsou zde závislá na hladině alkoholu v krvi, která například popisuje Kalina (2008, s. 52) takto:

1. Lehká opilost: jedná se o excitační stadium, alkoholemie je do 1,4 promile, tedy 1,5 g na kilogram;
2. Opilost středního stupně: jedná se o hypnotické stadium, kdy alkoholemie činí 1,6 promile;
3. Těžká opilost: nazývá se narkotickým stadiem, při kterém činí alkoholemie více než 2 promile;
4. Těžká intoxikace se ztrátou vědomí, při které hrozí zástava dechu a oběhu-jedná se o asfyktické stadium, při kterém alkoholemie činí více jak 3 promile.

### **3.1 Diagnostika závislosti na alkoholu**

K tomu, abychom mohli označit osobu jako závislou na alkoholu, musíme dojít ustálenými metodami k její diagnostice. To, že se jenom laicky domníváme, že osoba je závislá na alkoholu, je naprosto irelevantní. Je nutné naopak vnímat důležité znaky závislosti na alkoholu, které byly v průběhu historie vědeckého zkoumání tohoto jevu stanoveny.

Diagnostika závislosti na alkoholu může dle názoru Nešpora (2012, s. 7) vypadat následovně:

1. Pacient abstinuje nebo alkohol pije relativně bezpečně: v tomto případě lékař pacienta v tomto chování povzbuzuje a vybídne ho k tomu, aby v tomto přístupu dále pokračoval.

2. Rizikové pití: tato konzumace alkoholu není diagnostickou kategorií MKN-10, nedochází zde k tělesnému ani k duševnímu poškození zdraví člověka v důsledku pití alkoholu, ale riziko jeho poškození je zde již velké. Pro tuto osobu je indikována krátká intervence.
3. Škodlivé užívání alkoholu: u něj je však zapotřebí prokázat, že již došlo k tělesnému nebo duševnímu postižení, které nastalo právě v důsledku pití alkoholu. V tomto případě je vhodná krátká intervence.
4. Závislost na alkoholu: po krátké intervenci by měla nastat odvykací léčba. Jestliže není možná, je zapotřebí osobu dále sledovat a léčbu navrhnout později.

Takto je tedy zřejmé, že jsou čtyři fáze, které nám charakterizují postupný přechod od abstinence, přes škodlivé užívání alkoholu až přes závislost na něm. Tyto fáze jsou postupné a je nutné dodat, že jsou spíše jevem pomalým, závislost na alkoholu nebývá něčím, co by bylo náhlé, rychlé.

Neexistuje pouze jeden jediný typ alkoholové závislosti, naopak můžeme vnímat více těchto typů, které můžeme zároveň vnímat z pohledu druhu cravingu, typu jeho konzumace a frekvence jeho užívání.

Typy alkoholové závislosti dle druhu cravingu jsou dle Hůlkové, Hosáka (2014, s. 345) následující:

- Pití alkoholu z důvodu fyzické závislosti, jedná se o tzv. chuť na alkohol, nebo zahrnutí odvykacích příznaků;
- Pití jako důvod snížení úzkosti;
- Pití k zahánění deprese;
- Pití ze sociálních důvodů, kdy je konzumace alkoholu v populaci tak běžná, že je skoro nenormální alkohol také neužívat.

Heller (dle Mühlpachr, 2002, s. 20) klasifikuje abúzus alkoholu z úhlu typu jeho konzumace následujícím způsobem:

- Symptomatický abúzus: je ve svém průběhu a vývoji určen strukturou osobnosti, chorobou a odchylkou, jedná se o závislosti s psychogenním podkladem. Charakteristické je samotářské pití, alkohol slouží jako prostředek k navázání

komunikace, změně nálady. Závislost trvá přibližně pět let, a to podle individuálních zdravotních podmínek. Tento typ zneužívání alkoholu je typický především pro ženy.

- Systematický abúzus: je založen na stereotypní konzumaci alkoholu a rozvíjejícím se pijáckým chováním. Závislost zde vzniká na základě společensko-sociálních. Tento typ zneužívání alkoholu je typický pro muže.
- Juvenilní stylismus: jeho začátek je brzký, častý už v dětství, později spontánně ustává, z této ustálené formy se často aktivuje kolem třicátého roku věku do závislosti. Tento typ je vázán na etnické faktory a jeho výskyt je spíše regionální a rovněž i poměrně vzácný.

Typy alkoholových závislostí můžeme rovněž velmi rozdělit tak, jak je popsal Jelinek, který typy dělil dle frekvence konzumace alkoholu. Jeho dělení je následující:

- Typ alfa: typické jsou pro něj občasné excesy s následnými problémy, k dočasné abstinenci stačí represivní opatření, nejedná se zde o závislost v pravém slova smyslu, ale z tohoto typu se může rozvinout závislost typu gama.
- Typ beta: dochází k pravidelné konzumaci alkoholu, který osoba není schopna přerušit, a to ani za nevhodných podmínek pro pití, které představuje například onemocnění nebo dovolená. Jedná se o určitý předstupeň možné závislosti typu delta.
- Typ gama: jiné označení je rovněž anglosaský typ, charakteristická je pro tuto závislost poruchová kontrola, jež vede k ebrietě a následně i ke konfliktům s okolím, v mezidobí je osoba schopna abstinence, pokud se pokouší o pití s kontrolou, však dochází k další problematické opilosti, jejíž frekvence stále stoupá, až se stává každodenní.
- Typ delta: jedná se rovněž o označení románský typ a je charakteristický pro vinařské oblasti. Typická je pravidelná každodenní konzumace alkoholu, která zde patří k životnímu stylu, osoba si udržuje tzv. hladinku alkoholu v krvi. Nedochází u ní k závažným sociálním selháním. K projevu alkoholismu dochází, pokud dojde k odnětí pravidelných dávek alkoholu, které může vyústit až do delirium tremens. Kontrola při této závislosti bývá dlouho zachována,

problematická však bývá schopnost abstinence, zároveň dochází i ke zvyšování denní dávky alkoholu a každodenní opilosti se stávají manifestními.

- Typ epsilon: pro tuto závislost je typická koexistence abúzu alkoholu a psychického onemocnění, především se jedná o afektivní duševní poruchu. Časově se jedná o kvartální typ abúzu alkoholu.

Jak jsme mohli vidět, je mnoho různých typů závislosti, který může v mnoha ohledech možná i zkomplikovat určitý odhad toho, zda je osoba na konzumaci alkoholu závislá či nikoli, pokud bychom totiž vnímali závislost pouze z pohledu jakési každodenní frekvence jeho užívání, pak by nám ze závislosti naprosto mohl vypadnout například typ gama, který je schopen určitou dobu abstinence, nebo typ delta, který je však pravděpodobně velmi těžko diagnostikovatelný, jelikož sám u sebe problém pravděpodobně vůbec nevnímá, pokud u něj ze závažného důvodu nedojde k náhlému zastavení konzumace alkoholu například hospitalizací. Z tohoto důvodu je zapotřebí znát znaky projevu závislosti, aby mohlo dojít ke správnému zjištění toho, zda je osoba na alkoholu závislá.

### **3.2 Syndrom závislosti**

Výše jsme si představili znaky závislosti obecně, v následující části si představíme, jak konkrétně vypadá syndrom závislosti přímo na alkoholu. Popov (2003, s. 5) uvádí, že pokud osoba splňuje minimálně tři ze šesti diagnostických znaků syndromu závislosti, pak je možno hovořit o duševní poruše závislosti na alkoholu: K těmto znakům závislosti takto patří následující projevy:

1. Silná touha nebo pocit puzení konzumovat alkoholu, kdy je toto dychtění tak silné, že její osoba není schopna ovládnout;
2. Potíže v sebeovládání při začátku a ukončení konzumace alkoholu nebo v kontrole množství konzumovaného alkoholu, kdy toto je ještě více podpořeno tím, že alkohol je drogou, která je zcela legální a je tak zpočátku léčby vůbec těžké si přiznat závislost na alkoholu, když tento konzumuje většina české společnosti;



3. Projevy somatického odvykacího stavu, které jsou vyvolány nucenou a neplánovanou hospitalizací osoby, i se snížením pravidelně konzumované dávky se může projevit odvykací stav, jehož nejzávažnějším stupněm je alkoholické delirium – „delirium tremens“;
4. Tolerance na pravidelnou konzumaci alkoholu, kdy při abúzu alkoholu dochází k aktivizaci specifických enzymů, k urychlování biodegradace alkoholu, kdy s tímto jevem souvisí potřeba osob zachovat si tzv. „hladinku“ a předejít nástupu nepříjemných odvykacích potíží, příznakem, který je typický jsou tzv. „ranní doušky“, kdy závislá osoba pije záhy po probuzení, které u ní bývá v časných ranních hodinách;
5. Zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů, což souvisí se sníženou či vymizelou schopností kontrolované konzumace alkoholu;
6. Pokračování v konzumaci alkoholu přes jasný důkaz škodlivých následků.

K tomuto můžeme rovněž ještě dodat to, že Nešpor (2007, s. 16) oproti tomuto Popově výčtu rovněž uvádí v oblasti somatického odvykacího stavu, který bývá typický pro alkoholovou závislost, následující kritéria pro diagnostikování odvykacího syndromu z alkoholu a to pokud dojde minimálně k naplnění tří z následujících jeho příznaků:

- Bolesti hlavy;
- Pocení;
- Zrychlený tep nebo vyšší krevní tlak;
- Velké epileptické záchvaty;
- Nevolnost a zvracení;
- Halucinace a iluze, které mají přechodný charakter;
- Psychomotorický neklid;
- Pociťování choroby a malátnosti;
- Nespavost;
- Třes jazyka, víček nebo prstů.

K dalším typickým znakům uvádí Kučerová (2013, s. 121) to, že se osoba stává vůči působení alkoholu více odolná, narůstá u ní tolerance vůči této látce, později dochází

k jejímu snížení, což znamená, že osoba snese nejprve stále větší množství alkoholu, než je viditelně opilá, nebo než dosáhne svého kýženého stavu, později však stavu opilosti dosahuje již při nižších jeho dávkách. Chronickému alkoholikovi dokonce může postačovat i půl litru piva k tomu, aby byl zřetelně opilý. Dalším typickým rysem bývají u pokročilejších alkoholiků takzvaná okénka neboli palimpsesty, kdy osoba po ebrietě vůbec neví, co dělala. Typické jsou rovněž, jak již jsme uvedli ranní doušky, kdy osoba mívá u postele připravenou láhev povětšinou s tvrdým alkoholem a hned po probuzení se musí napít, aby se vyhnula abstinenčním příznakům. Dalším příznakem alkoholové závislosti je pití v tazích, tedy několik dní po sobě, rozvíjí se delirium tremens a může vzniknout alkoholová epilepsie nebo alkoholová psychóza.

### **3.3 Fáze závislosti na alkoholu**

Jak jsme uvedli výše, alkoholismu není něčím, co by se vyvinulo jaksi náhle, ale naopak se jedná oproti závislostem na jiných návykových látkách o závislost pozvolnou, pomalou, která se vyvíjí v jednotlivých typicky se projevujících fázích.

Fáze závislosti na alkoholu velmi dobře popsal Skála (1986, s. 12-13), který je charakterizoval následujícím způsobem:

- I. stádium - počáteční (iniciální): osoba teprve svou drogu poznává, kdy si drogu ordinuje sama, a to buď z důvodu, aby dosáhla příjemné nálady ve společnosti a přiblížila se takto k ostatním lidem, kteří rovněž konzumují alkohol, nebo pije z důvodu, aby potlačila nepříjemné psychické stavy. Postupně se u ní zvyšují dávky alkoholu, frekvence abúzu stoupá a organismus si na alkohol postupně zvyká a stává se vůči němu odolnější. Osoba se však ještě málokdy opije a nedochází k alkoholické intoxikaci, ale pouze k lehké podnapilosti. Osoba pije jen tolik, kolik potřebuje a kdykoliv umí s pitím přestat. První fáze trvá měsíce i roky.
- II. stádium - varovné (prodromální): tolerance k alkoholu stále stoupá a alkohol osobě chutná čím dál víc. Dochází k občasným, ale postupem času stále častějším alkoholickým intoxikacím a u osoby se snižuje schopnost pití ovládat. Výpadky paměti neboli tzv. okénka jsou však v této fázi spíše výjimečné. Některé osoby konzumují alkohol ve společnosti, protože takto mohou svoji

chuť na alkohol skrýt. Na druhou stranu jsou i osoby, které pijí tajně, dělají si zásoby a alkohol schovávají. Často přecházejí od méně koncentrovaných alkoholických nápojů k lihovinám. V tomto stádiu se již mohou projevovat první náznaky možných budoucích problémů.

- III. stádium - rozhodné (kritické): tolerance se nadále zvyšuje a výpadky paměti jsou pro toto stádium charakteristické. Začínají se hromadit problémy, které si vynucují dočasnou kratší či delší abstinenci. Závislá osoba začíná pít vždy s přesvědčením, že bude alkohol ovládat, ale ve většině případů nedokáže přestat. Alkohol se stává součástí metabolických jevů a je stále vyžadován. Počínaje touto fází dochází u alkoholika k rozhodujícímu obratu, kterému se říká změněná, snížená, poruchová až „ztracená“ kontrola v pití. Jedná se o změnu trvalou a vyvíjí se celkem v krátkém časovém období od 6-12 měsíců. Od tohoto okamžiku je pro alkoholika mnohem snazší abstinence než pít s mírou, které natrvalo už nikdy nedokáže.
- IV. stádium - konečné (terminální) má velmi výrazný znak snížení tolerance na alkohol, což znamená, že osoba závislá na alkoholu se opije mnohem rychleji a častěji než dříve a mnohokrát i při nevhodné příležitosti. Opilost většinou trvá i několik dní a alkoholik často začíná pít již od rána. Není divu, že se potom objevují příznaky alkoholických psychóz, jako je delirium tremens apod. Dochází tak k postupnému až celkovému úpadku osobnosti.

Závislost na alkoholu není nárazová, ale jedná se o jev postupný a nenápadný. Současně dochází ke změnám v myšlení a chování daného člověka, které může být takto různé, přesto může docházet k určitým typickým projevům.

Jak uvádí Popov je přechod od škodlivého užívání k závislosti na něm většinou poměrně nenápadný. Typické pro vývoj závislosti jsou postupné změny. Současně dochází, a to rovněž opět poněkud nenápadně ke změnám v myšlení a chování, které se postupně mohou fixovat a způsobit osobnostní změny. Jedná se takto o adaptační mechanismus, díky kterému alkoholik reaguje na konflikty, které mu vznikají při konfrontaci s realitou stále častějších a výraznějších problémů vyvolaných svou konzumací alkoholu. Tyto změny myšlení, které se projevují dále v jeho chování,

se označují jako „alkoholické obrany“. Alkoholik, díky nim zpočátku zakrývá, později vysvětluje a obhajuje a takto tedy racionalizuje své pití.

### **3.4 Kvalita života u závislých na alkoholu**

Pokud bychom měli hodnotit kvalitu života osob, které jsou závislé na alkoholu, mohli bychom si především pomoci tím, jakým způsobem je ovlivněn psychický, sociální a somatický život daného člověka.

Při nadměrné a nebezpečné konzumaci alkoholu dochází k mnoha změnám v oblasti psychiky dané osobnosti. Tyto změny jsou v oblasti emočního prožívání.

Vágnerová (2000, s. 557) uvádí, že emoční prožívání v důsledku nadměrné konzumace alkoholu je ovlivněno v celkovém ladění člověka, kdy dochází k výkyvům nálad, emoční dráždivosti, nebo dokonce k afektivní výbušnosti, která je mnohdy spojená až s agresí. Konzumace alkoholu je rovněž příčinou častější dysforie, zvyšují se sklony k úzkostnému prožívání, může dojít až k depresivnímu ladění, roste také podezřívavost a nedůvěřivost. Osoba je postupně chladná ve vztazích k lidem, dochází k odcizení, osamělosti. Osoba se cítí prázdná. Vztah ke světu je lhostejný, dochází k apatii. Emoční prožívání je jednak ovlivněno nepříjemnými abstinenčními příznaky, tak negativním odmítavým postojem okolí.

K změnám dochází, jak dále uvádí Vágnerová (2000, s. 557) i v oblasti kognitivních procesů, kdy se zhoršuje koncentrace pozornosti, paměti a celkové výkonnosti osoby závislé na alkoholu. Uvažování bývá méně kritické, je ulpínavé a vztahovačné. Osoby závislé na alkoholu nemívají na situaci náhled, nejsou schopny vnímat to, jak je alkohol ovlivňuje a jak mají interpretovat reakce okolí. Mívají narušené nebo kolísavé sebehodnocení, které je však různé, kdy se může jednat o projevy pocitů méněcennosti, ale i o chvástání a demonstrace nadměrného sebevědomí. Svět se jim jeví jako nespravedlivý, málokdy vidí vinu nebo podíl na své situaci samy v sobě, nejsou schopny svou situaci spojenou se závislostí samy řešit. Postupně může dojít i k významnému úpadku kognitivních schopností a k demenci.

Změny jsou patrné i v oblasti chování, kdy dle Vágnerové (2000, s. 557-558) osobám s alkoholovou závislostí ubývá vůle, ztrácí schopnost sebeovládání, projevují

se egocentricky, jelikož jejich motivace je zúžená na získání alkoholu. V tomto smyslu jsou málo ohlední k jiným lidem a často u nich dochází k úpadku sociálních kompetencí. Sociální zábrany mizí a reagují nepřiměřeným způsobem, a to i agresivně. Dále dochází i k osobnostním změnám, ale tyto jsou různé a není takto možné vymezit typickou osobnost alkoholika. Existují ale dvě osobnostní dimenze, kdy první je možno označit jako disinhibici chování, jež se projevuje nezdrženlivostí, impulzivitou, nekonformností, zvýšenou dráždivostí. Alkohol se u těchto osob stává součástí jejich životního stylu. Druhou dimenzi pak tvoří negativní ladění, jež se projevuje pocitem diskomfortu a nepříjemného napětí, zvýšené úzkosti a sklonu k depresivnímu ladění. Alkohol se zde stává prostředkem ke zvládnání nepříjemných pocitů.

V oblasti somatické dochází v důsledku závislosti na alkoholu k velmi závažným zdravotním změnám, které popisuje Kalina (2008, s. 53) tak, že dochází k poškození gastrointestinálního traktu, který vede k poruše trávení, k průjmům, gastritidám. Dochází k poškození jater, které se může rozvinout až do podoby jaterní cirhózy. Chronické poškození trávicího traktu může dále vést k rozvoji nádorových onemocnění, především karcinomu jater, žaludku, tenkého střeva a rekta, zároveň závislost na alkoholu může vést k poškození pankreatu a ke vzniku diabetu. Dále v důsledku nadužívání alkoholu může dojít k poškození i oběhového systému, ke vzniku arteriální hypertenze kardiomyopatie. Časté jsou rovněž poruchy krvetvorby, anémie a poruchy hemokoagulace. Při závislosti na alkoholu bývá rovněž poškozen endokrinní systém, což dále vede k narušení sekrece glukokortikoidů a testosteronu, což vede k mužské impotenci. U těhotných žen může v důsledku konzumace alkoholu dojít k závažnému poškození plodu a ke vzniku fetálního alkoholového syndromu.

Při těžké závislosti na alkoholu může rovněž docházet i k rozvoji intoxikační demence. Jak uvádí Raboch, Pavlovský (2006, s. 181) k demenci s intoxikační etiologií patří nejčastěji alkoholová demence, ke které řadíme amnestický Korsakovův syndrom a prostou alkoholovou demenci. Korsakovův syndrom vzniká často po deliriu tremens, což se projevuje především poruchou vstřípivosti a následuje amnestická dezorientace. Typické je nahrazování výpadků paměti tzv. konfabulacemi, což jsou odpovědi, které přiléhají k otázce, které jsou však vymyšlené a mění se v čase. Naproti tomu u prosté

alkoholové demence je globální kognitivní deteriorace a těžká degradace osobnost, které se může podobat Alzheimerově nemoci.

Jiráček, Holmerová, Borzová, (2009, s. 64) uvádějí, že alkoholová demence je nevyléčitelná. Na druhou stranu je důležité sdělit, že v případě, kdy závislá osoba důsledně abstínuje, má přiměřenou výživu a dobré sociální zázemí, může dojít k poměrně významnému zlepšení nemoci. Alkoholová demence bývá častější ve středním věku, ale není vyloučeno, že se může objevit i u seniorů. Rozvoj tohoto onemocnění je pomalý, anebo do ní přechází alkoholový anestetický neboli Korsakovův syndrom.

V oblasti sociální má rovněž alkoholismus velmi negativní dopady na život člověka, a to jak na jeho vlastní život v rodině, tak mezi dalším sociálním okolím a rovněž i v oblasti zaměstnání.

Jak uvádí Fischer, Škoda (2009, s. 108) je závislost na alkoholu zátěží pro celou rodinu, kdy abnormalita vztahů, rozvíjení různých obranných mechanismů vede v celkovém důsledku k deprivaci a devastaci vzájemných vazeb a vztahů. U osoby dochází k výrazným změnám ve vzorcích jeho chování, kdy toto může vést jak k situaci, kdy alkohol drží rodinu pohromadě, a další členové rodiny rovněž začnou alkohol užívat, anebo až k situaci, kdy dojde k samotnému rozpadu rodiny. Osoba, která je na alkoholu závislá, není schopna plnit své rodičovské role a funkce psychologické, sociální a ani materiální.

Zároveň jak uvádí Fischer, Škoda (2009, s. 108) osoba závislá na alkoholu není v oblasti práce schopna si udržet potřebný pracovní výkon, což často vede k následné ztrátě pracovních dovedností a návyků, které jsou potřebné vůbec k samotnému vykonávání řádného a trvalého zaměstnání. Pokud nedojde ke změně, pak velmi často se potýká tato osoba se ztrátou zaměstnání.

Ačkoliv je česká společnost vůči alkoholu velmi často poněkud tolerantní, přesto tato tolerance není nekonečná. Jak uvádí Fischer, Škoda (s. 108), pak pokud dojde k překročení společností nastavené normy tolerance konzumace alkoholu, je pak osoba na něm závislá předmětem sociálního stigma, její postavení ve společnosti je možno

popsat jako odmítavé, kritické, dochází k opovržení, štitivosti. Osobě díky tomuto přístupu okolí hrozí sociální izolace a přijetí nachází mnohdy jen u osob, které jsou na tom podobně jako ona. V důsledku závislosti a izolace může rovněž docházet k celé řadě poruch chování, zejména delikvence.

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 4 VÝZKUM

Život rodiny, ve které žije osoba závislá na konzumaci alkoholických nápojů, s sebou nese řadu problémů, nejen pro samotného alkoholika, ale také pro všechny členy rodiny, blízké a zejména pro děti. Chování alkoholika může jeho rodinu vystavovat různým nepříjemným a stresujícím situacím a zejména u dětí důsledkům významným pro jejich budoucí život.

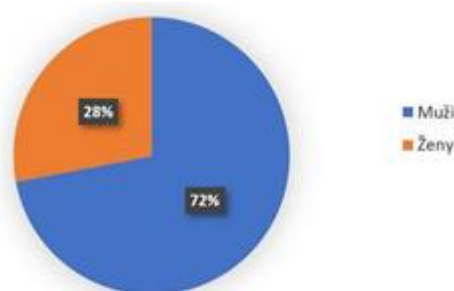
### 4.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem praktické části je zjištění míry závislosti na alkoholu u obyvatel žijících v Podhostýnském mikroregionu. Na základě tohoto zjištění se stanoví kvalita života lidí závislých na alkoholu.

### 4.2 Výzkumný vzorek

Z prvotních otázek celého dotazníkového šetření se zjistilo, že z celkového počtu respondentů bylo 72 mužů a 28 žen. Graficky je podíl mužů a žen ve výzkumu vyjádřen grafem 1.

Graf 1: Pohlaví respondentů



Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)



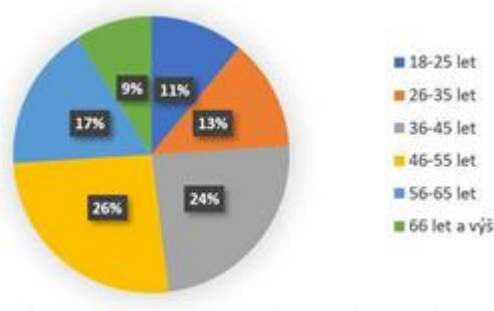
Nejvíce respondentů bylo ve věku od 46 do 55 let, a naopak nejméně respondentů bylo ve věku nad 66 let. Věkové rozložení respondentů je uvedeno v tabulce 1, graficky znázorněno v grafu 2.

Tabulka 1: Věkové rozložení respondentů

Věk	18-25	26-35	36-45	46-55	56-65	66 a výše
Počet	11	13	24	26	17	9

Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Graf 2: Věkové rozložení respondentů



Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

### 4.3 Výzkumné prostředí – charakteristika Podhostýnského mikroregionu

Výzkumným prostředím dotazníkového šetření byl Podhostýnský region, konkrétně město Bystřice pod Hostýnem.

Jedná se o svazek 15 obcí, který se nachází v severní části Zlínského kraje v okolí Svatého Hostýna. Území je tvořeno z části podhůřím a z části velmi rázovitou kopcovitou částí Hostýnských vrchů, s jejich nejvyšším vrcholem Kelčským Javorníkem (865 m n. m.). Celková rozloha mikroregionu je 168,21 km<sup>2</sup>. V mikroregionu Podhostýnsko jsou následující obce: Blazice (198 osob), Brusné (387 osob), Bystřice pod Hostýnem (8369 osob), Chomýž (361 osob), Chvalčov (1659 osob), Jankovice (376 osob), Komárno (291 osob), Loukov (963 osob), Mrlínek

(282 osob), Osíčko (457 osob), Podhradní Lhota (491 osob), Rajnochovice (561 osob), Rusava 592 osob), Slavkov pod Hostýnem (611 osob), Vítonice (432 osob).

Na úpatí Hostýnských vrchů se v nadmořské výšce 308 m n. m. rozkládá Bystřice pod Hostýnem. Město je východiskem do rekreační oblasti Podhostýnského regionu a je jejím přirozeným kulturním a průmyslovým centrem. Bystřice pod Hostýnem se nachází ve Zlínském regionu a v rámci Podhostýnského mikroregionu je zde největší obcí. V Bystřici pod Hostýnem a integrovaných obcích žije trvale 8 309 obyvatel, tedy osob, které tu mají zřízeno trvalé bydliště. Místními pamětihodnostmi města jsou jednak kostel svatého Jiljí, který se nachází na hlavním Masarykově náměstí a rovněž i velmi rozsáhlý komplex bystřického zámku, který zde byl postaven na druhé straně řeky Bystřičky. Podobu města dále zvelebují i malebné ulice, domy s novými fasádami. Město je rovněž obklopeno rozsáhlou zelení. V centru města se nacházejí všechny důležité instituce, zejména pak úřady, banky nebo zdravotnická zařízení. Řeka Bystřička rozděluje město na dvě poloviny, ale rovněž jej spojuje i množstvím větších i menších mostů. Řeka Bystřička rovněž protéká i největším městským parkem, který se nazývá Zahájené, kde se nachází rekreační veřejné prostranství jako je koupaliště, minigolf, tenisové kurty a fotbalový stadion. Na těchto místech mohou místní obyvatelé a případně návštěvníci obce trávit svůj volný čas. Město je velmi známé svou tradiční nábytkářskou výrobou, která je řemeslným odvětvím, které se zde vykonává dodnes a je rovněž i odvětvím převládajícím. Občasné z Bystřice pod Hostýnem mohou svůj volný čas trávit v řadě místních spolků, sdružení a organizací, a to jak těch, které jsou orientované na sport, především házenou, fotbal, minigolf, biatlon, cyklistiku, tak i v těch, jejichž činnosti jsou kulturní a společenské. Ve městě rovněž dochází během roku k oživení místních folklorních tradic z pomezí Valašska a Záhoří, které zde vrcholí jednou za dva roky mezinárodním festivalem s názvem „Na rynku v Bystřici“. Do zeleného okolí, které město ze všech stran obklopuje, přijíždějí turisté a poutníci, aby zde trávili volný čas. Pravděpodobně nejlákavějším místem v okolí je poutní chrám Nanebevzetí Panny Marie na Sv. Hostýně. Svatý Hostýn je s dalšími poutními místy Svatý Kopeček (Olomoucký kraj) a Velehrad (Slovácko) spojen poutními stezkami. Hostýnské vrchy křížují trasy Hostýnské magistrály, což je síť 52 km značených tras vhodných pro pěší turisty, cyklisty i zimní sporty (Informace o městě, Bystřice pod Hostýnem, online, cit. 2020-01-27).

#### **4.4 Výzkumná metodika**

Pro účely zpracování praktické části (resp. výzkumu) byla vybrána kvantitativní metoda dotazníku neboli dotazníkového šetření.

Dotazník (resp. dotazníkové šetření) s použitými uzavřenými otázkami dává možnost oslovit dostatečný počet respondentů k prozkoumání výzkumného problému. Takovéto uzavřené otázky totiž dávají optimální možnost pro statistické zpracování výsledků mimo rizika subjektivního vyhodnocení hodnotitele.

Sestavený dotazník byl sestavený z celkem 20 otázek. Vstupní část dotazníku se zaměřuje i na pohlaví a věk respondenta, pro důkladnou analýzu a případné rozlišení respondentů. Dotazník je rozdělený na 2 části. V první části se zjišťuje hlavně vztah respondenta k alkoholu, to znamená, jak často má respondent chuť ke konzumaci, při jakých příležitostech a například jaký druh alkoholu nejčastěji respondent konzumuje. Druhá část je zaměřena na zdravotní problémy a například problémy ve vztahu k rodině nebo k práci respondenta, protože otázky na tyto problémy mohou vést ke zjištění míry kvality života respondentů.

#### **4.5 Organizace výzkumu**

Dotazník byl distribuován na celkový počet 100 kusů. Celkem bylo osloveno 136 možných respondentů v Podhostýnském mikroregionu, ale někteří z nich se tohoto výzkumu nechtěli zúčastnit z osobních důvodů nebo z důvodu nedostatku času. Výběr respondentů probíhal v okolí hospod a barů v Podhostýnském mikroregionu, protože lidé pobývající v těchto místech, jsou pro účel tohoto výzkumu nejvhodnější. Celkem bylo ochotno podrobit se tohoto výzkumu 73,5 % dotázaných. Z tohoto počtu, tedy přesně 100 respondentů, byla 100 % návratnost předložených dotazníků, a také 100 % vyplněnost na všech 20 otázkách.

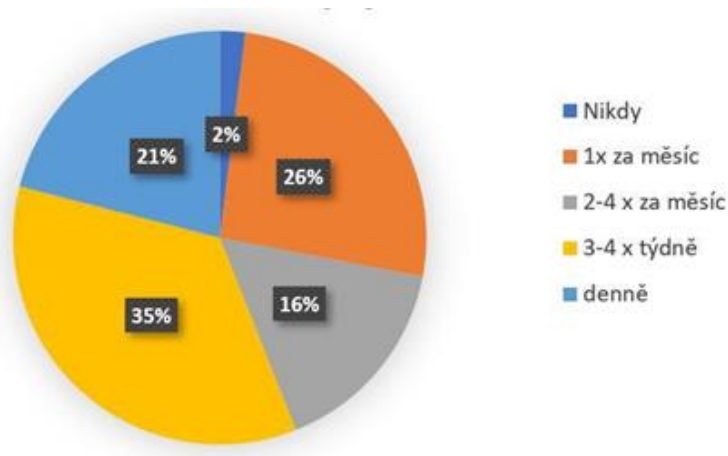
Dotazníky byly následně vyhodnoceny a zpracovány vhodným grafickým zobrazením včetně uvedení počtu jednotlivých odpovědí v tabulce.

## 5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Z analýzy vyplývá, že respondenti nejvíce konzumují alkohol třikrát až čtyřikrát do týdne. Přibližně pětina respondentů konzumuje alkohol denně, z toho 12 mužů a 9 žen. Za abstinenty se považují pouze 2 respondenti, jinak všichni uvedli, že minimálně jednou za měsíc alkohol respondenti konzumují, byť i v minimálním množství. Tyto informace zachycuje graf 3.

Graf 3: Frekvence konzumace alkoholických nápojů

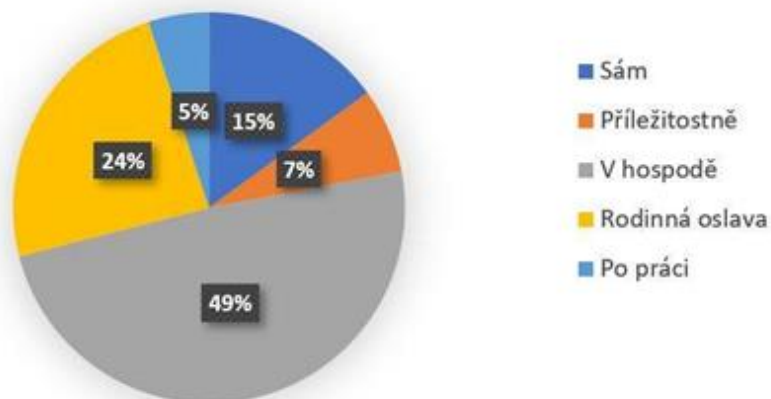
*„Jak často konzumujete alkoholické nápoje?“*



Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Nejčastěji (téměř polovina dotázaných) respondenti pijí alkohol v hospodě. Téměř čtvrtina nejčastěji při rodinných oslavách. Detailní znázornění odpovědí je na grafu 4.

Graf 4: Nejčastější příležitosti ke konzumaci alkoholických nápojů  
 „Při jakých příležitostech nejčastěji konzumujete alkoholické nápoje?“

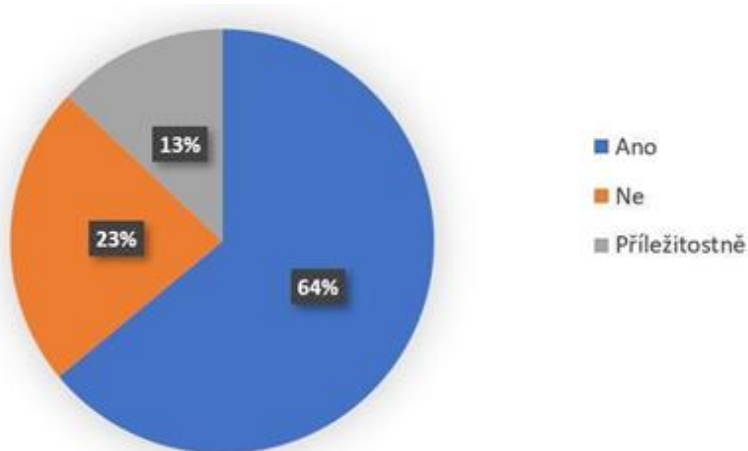


Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Více než dvě třetiny respondentů má často chuť popíjet alkohol. Celkem 23 % až takovou chuť na alkohol nemá, a 13 % popíjí pouze příležitostně (viz graf 5).

Graf 5: Chuť napít se alkoholu

„Máte často pocit, že byste měl/a chuť napít se alkoholu?“



Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

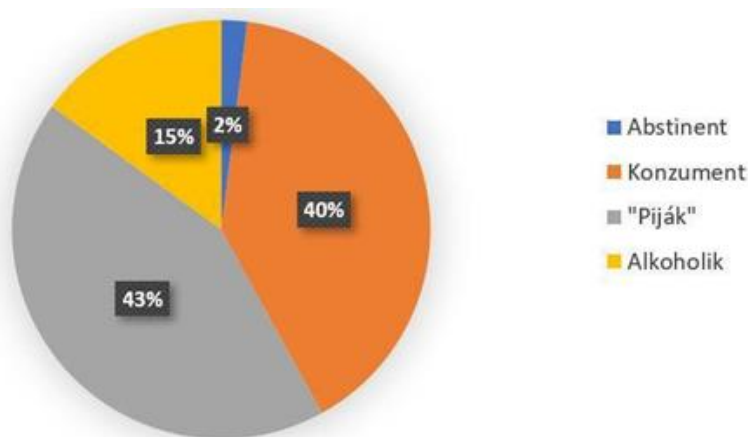
Hodnotit sám sebe, jaký má člověk vztah k alkoholu, je velice těžké. Nicméně, jak hodnotili respondenti, je znázorněno na grafu 6. Obecně lze vztah člověka k alkoholu rozdělit do 4 základních skupin. Jedná se o abstinenta, konzumenta, pijáka a alkoholika.

Abstinent odmítá alkohol za jakýchkoliv okolností. Za konzumenta se považuje člověk, který konzumuje alkohol příležitostně a alkoholické nápoje vyhledává pro jeho chuť, nikoliv pro jeho účinky. Piják je člověk, který je opakem konzumenta, to znamená, že alkohol vyhledává pro jeho účinky, a tedy pro pocit euforie, ke zlepšení nálady, k pocitu uvolnění od starostí a odbourání se z deprese. Za alkoholika se považuje už ten člověk, který konzumuje denně, protože alkohol je pro něj jako droga, kdy zkonsumuje všechnen alkohol, který mu přijde pod ruku, a nezáleží na procentech alkoholu.

Dle výsledné analýzy vyplývá, že z celkového počtu respondentů se považují za abstinenta pouze 2 %, a naopak 15 % za alkoholika. Zbývající respondenti se považují za „Pijáka“ (43 %) nebo za konzumenta (40 %).

Graf 6: Hodnocení vztahu k alkoholu

„Jak hodnotíte Váš vztah k alkoholu?“

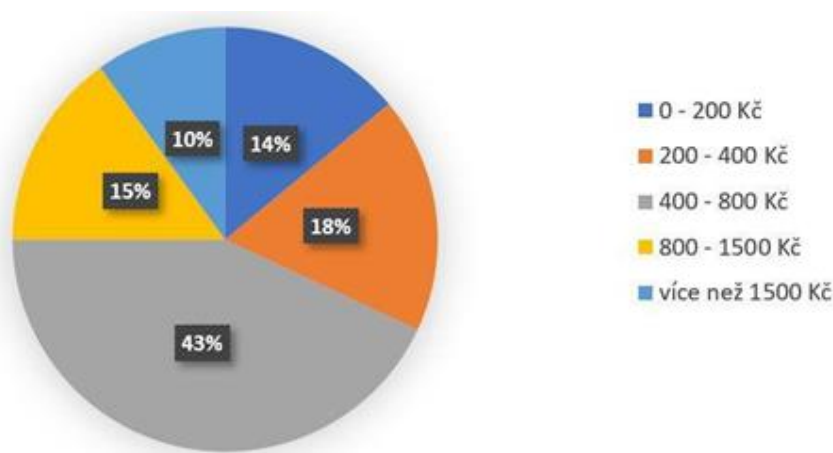


Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Graf 7 zobrazuje útraty respondentů za alkohol v rámci jednoho večera. Respondenti nejvíce utratí v rozmezí 400 až 800 Kč. Naopak nejméně respondentů utratí více než 1500 Kč za jeden večer.

Graf 7: Výše útraty za alkohol za jeden večer

„Kolik často utratíte za alkohol v rámci jednoho večera?“



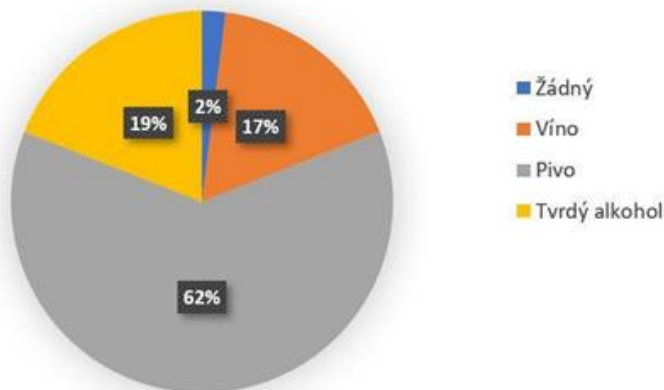
Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Říká se, že Česká republika je národ pivařů. Stejně tomu tak je i u následující otázky v tomto dotazníku. Přibližně jedna třetina (62 %) respondentů odpověděla, že nejčastěji konzumuje právě pivo. Graf 8 znázorňuje výsledky otázky týkající se druhu alkoholu.

Rovněž 2 respondenti nekonsumují žádný alkohol. Tento počet respondentů souhlasí s odpověďmi u předešlých otázek, respektive s tím, že v dotazníku figurují 2 abstinenti. Převážně ženy odpovídaly, že nejčastěji konzumují víno (17 %), a 19 % respondentů si libuje v konzumaci tvrdého alkoholu.

Graf 8: Druhy alkoholických nápojů nejčastěji konzumovaných respondenty

„Jaký alkoholický nápoj nejčastěji konzumujete?“

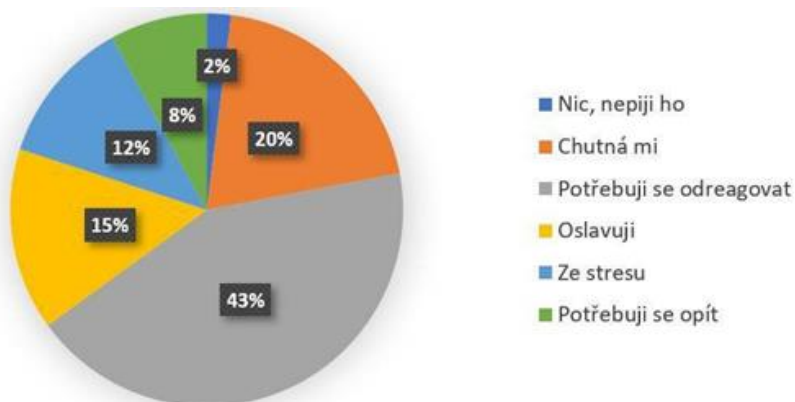


Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Důvodů, proč lidé konzumují alkohol, je spousta. Nicméně z výsledků dotazníku vyplývá, že 43 % respondentů konzumuje alkohol, aby se odreagovali s přáteli, pravděpodobně po práci. Jedné pětina respondentů alkohol prostě chutná, a celých 8 % konzumuje, protože se nutně potřebují opít. K tomuto se vztahuje graf 9.

Graf 9: Nejčastější důvody konzumace alkoholu

„Z jakého nejčastějšího důvodu konzumujete alkohol?“



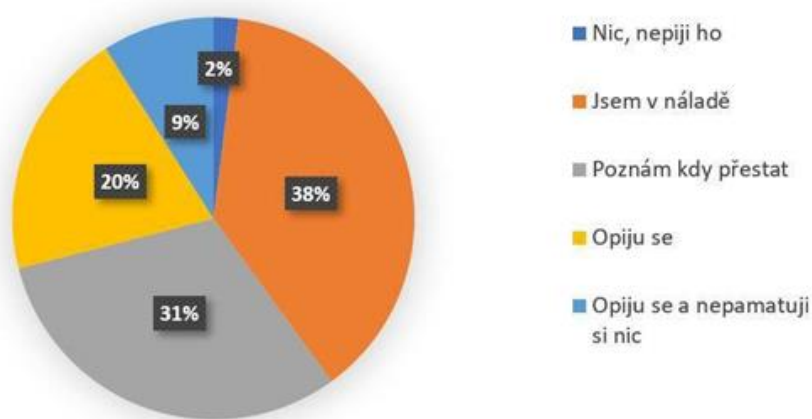
Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)



Vliv konzumace alkoholu na respondenty je nejčastěji takový, že 38 % je po konzumaci v náladě. Celkem 31 % respondentů pozná, kdy mají s konzumací přestat, a 20 % se většinou opije. Celých 9 % se opije, a následující den si nepamatují nic. Tyto odpovědi jsou zachyceny v grafu 10.

Graf 10: Stádia při pití alkoholických nápojů

„Když pijete alkoholické nápoje, do jakého stádia se většinou dostanete?“

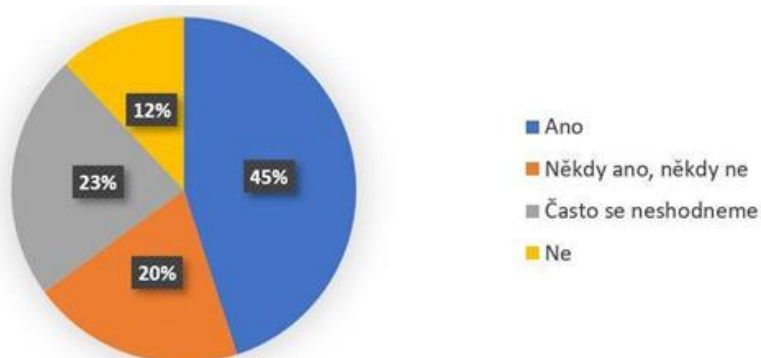


Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Téměř polovina respondentů (45 %) se dokáže ovládat. Především takto odpovídali ti respondenti, kteří jsou po konzumaci v náladě a poznají, kdy mají v konzumaci alkoholu přestat. Ti, kteří odpověděli tak, že se nedokáží ovládat nebo se často ve vztahu díky alkoholu hádají, většinou odpovídali, že se opijí a následkem nadměrné konzumace si nic nepamatují. Tyto údaje jsou graficky znázorněny v grafu 11.

Graf 11: Schopnost ovládat se ve vztahu s partnerem/partnerkou po konzumaci alkoholu

„Dokážete se ovládat ve vztahu s partnerem/partnerkou po konzumaci alkoholu?“

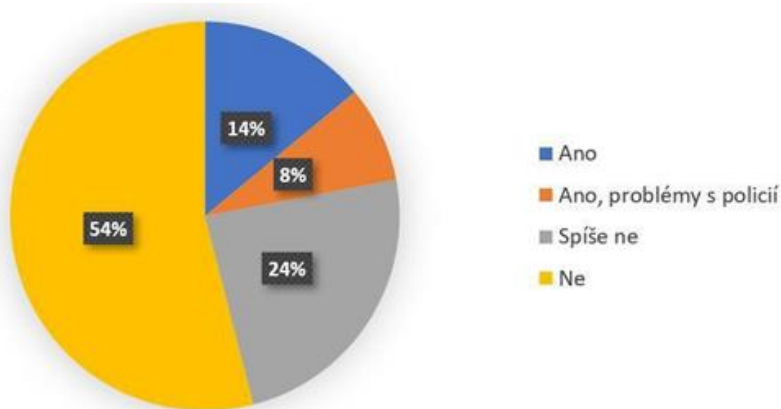


Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Z grafu 12 lze vyčíst, že 54 % respondentů se do zvláště nepříjemné situace nikdy nedostalo. Celých 8 % se už díky konzumaci alkoholu dostalo do nepříjemné situace s policií, nebo situace, kterou musela policie ČR vyšetřovat. 14 % respondentů odpovědělo, že se do nepříjemné situace bohužel dostalo.

Graf 12: Nepříjemné situace způsobené konzumací alkoholu

„Dostal Vás někdy alkohol do nepříjemné situace?“



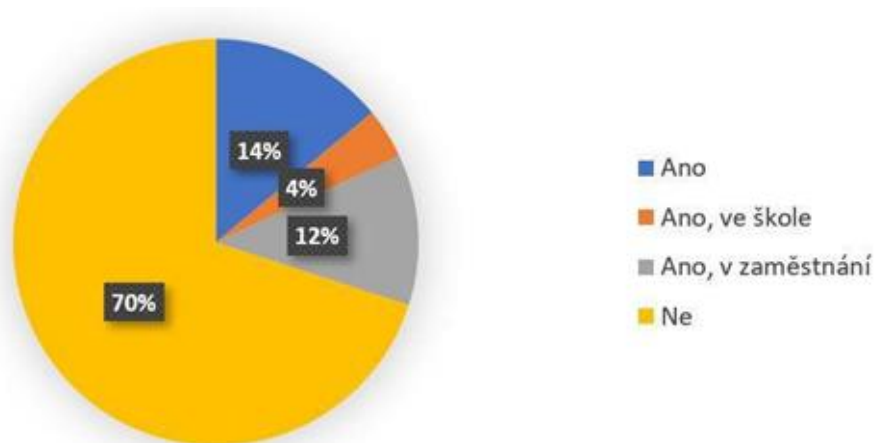
Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

V dnešní době je taková situace, že převážně muži po těžké práci ve fabrice, sedávají v nejbližší hospodě nebo baru, a konzumují alkohol pro odreagování po práci.

Zaměstnavatelé to moc dobře vědí, a tak si někteří z nich kontrolují své zaměstnance, zda nepřichází pod vlivem alkoholu do zaměstnání, pomocí alkohol testeru. Nicméně dle výsledku dotazníku nemělo 70 % s tímto tématem problém. Celkem 12 % mělo v zaměstnání problém, ovšem mohlo se jednat i o zbytkový alkohol. Nicméně i zbytkový alkohol by mohl být problémem jak pro zaměstnavatele, tak pro zaměstnance, a především o jeho zdraví. Detailní vyhodnocení je zobrazeno v grafu 13.

Graf 13: Problémy ve škole nebo v zaměstnání kvůli alkoholu

*„Měl jste někdy problém ve škole nebo v zaměstnání, který souvisel s alkoholem?“*

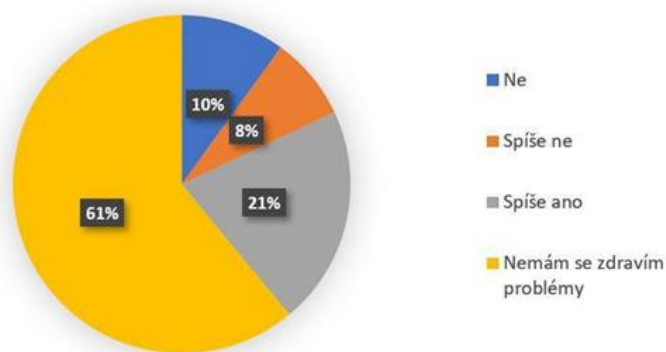


Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Následuje otázka, která se týká zdraví respondentů. Cílem této otázky je zjištění, zda má konzumace alkoholu vliv na zdraví respondentů. Dle výsledků nemá 61 % respondentů zdravotní problém. Ovšem takto odpovídali ti respondenti, kteří konzumují alkohol v malém množství. Celkem 18 % odpovědělo, že se v pořádku necítí, nebo spíše necítí. Výsledky ukazuje graf 14.

Graf 14: Zdravotní stav respondentů

„Cítíte se po zdravotní stránce v pořádku?“

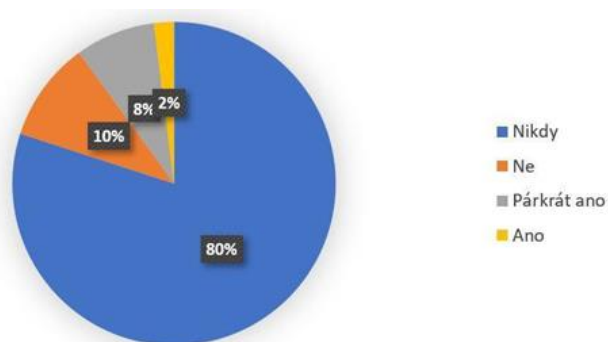


Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Co se týká následující otázky, která se týká odpovědnosti ve vztahu alkohol a řízení, jsou respondenti celkem ukáznění. Celkem 80 % respondentů by nikdy nesedlo za volant, pokud by požili i nepatrné množství alkoholu. Celkem 10 % odpovědělo „Ne“, dalších 8 % již párkrát za volant usedlo po požití alkoholu, a pouze 2 % odpovědělo „Ano“. Uvedené znázorňuje graf 15.

Graf 15: Řízení pod vlivem alkoholu

„Sednete za volant vozu, pokud jste požil, byť nepatrné množství alkoholu?“

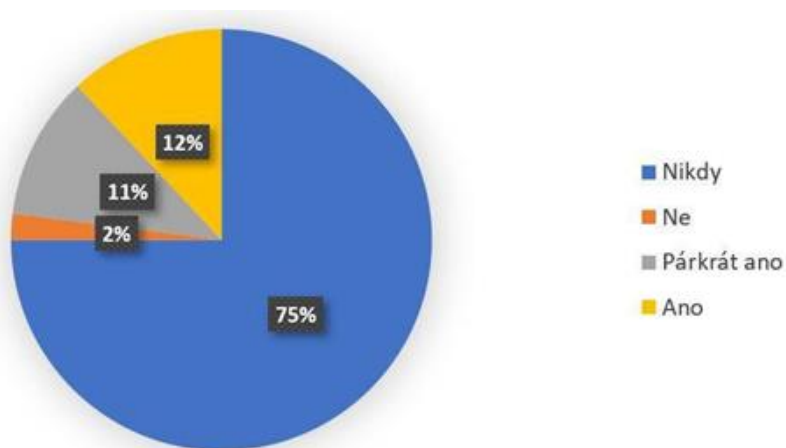


Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Je často známé, že pokud se člověk opije, má problém dojít v pořádku domů. Často se stává, že opilec, nebo alkoholik, při motavé chůzi spadne, a může se ošklivě zranit. Odpovědi na otázku zranění v důsledku konzumace alkoholu, jsou uvedeny v grafu 16. Celkem 75 % respondentů se nikdy nezranilo. Ovšem 11 % respondentů již se párkrát zranilo a o jedno procento více odpovědělo jasné „Ano“.

Graf 16: Zranění způsobené v důsledku konzumace alkoholu

*„Zranil/a jste se někdy v důsledku konzumace alkoholu?“*

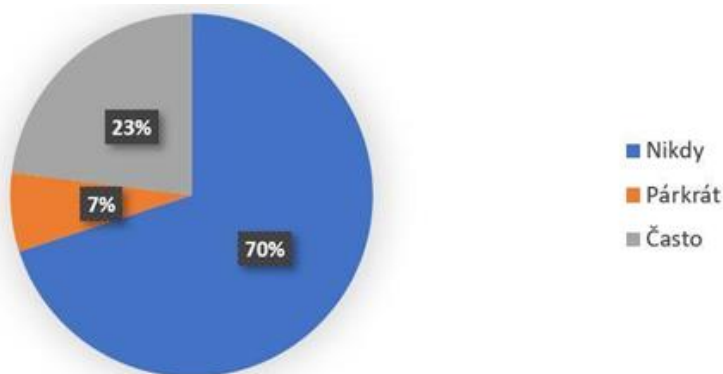


Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Následující otázka dotazníků se týká ohledně pocitu provinilosti v důsledku konzumace alkoholu. Více než dvě třetiny respondentů (70 %) nikdy neměla výčitky, ani se necítily provinile po konzumaci alkoholu. Zbývající počet respondentů se ze 7 % párkrát takto cítilo a z 23 % mají respondenti často výčitky nebo se cítí provinile. Odpověď „Často“ uvedli všichni respondenti, kteří se označili za alkoholiky. Graf 17 zobrazuje odpovědi na tuto otázku.

Graf 17: Pocity viny kvůli pití alkoholu

„Jak často jste se cítil/a provinile, nebo jste měl/a výčitky kvůli pití alkoholu?“

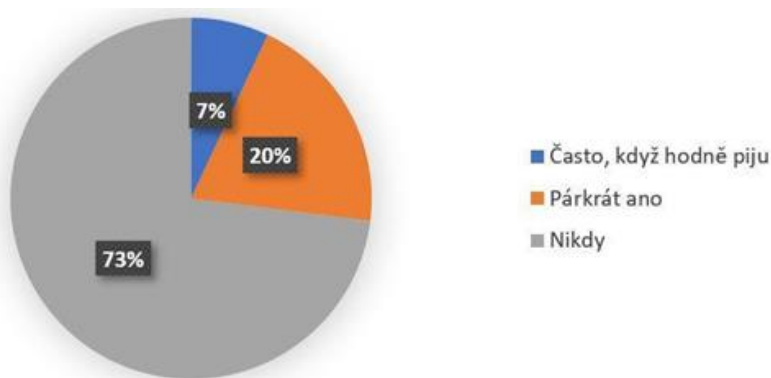


Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Otázka č. 16 se dotazuje, zda byli respondenti někdy ohroženi na životě, po konzumaci alkoholu. Z grafu 18 lze vyčíst, že 73 % respondentů nebylo nikdy v ohrožení, 20 % párkrát v ohrožení bylo a 7 % odpovědělo „Často, když hodně piju“ (všech 7% jsou respondenti, kteří uvedli v otázce č. 4, že se hodnotí jako alkoholici).

Graf 18: Ohrožení na životě po požití alkoholického nápoje

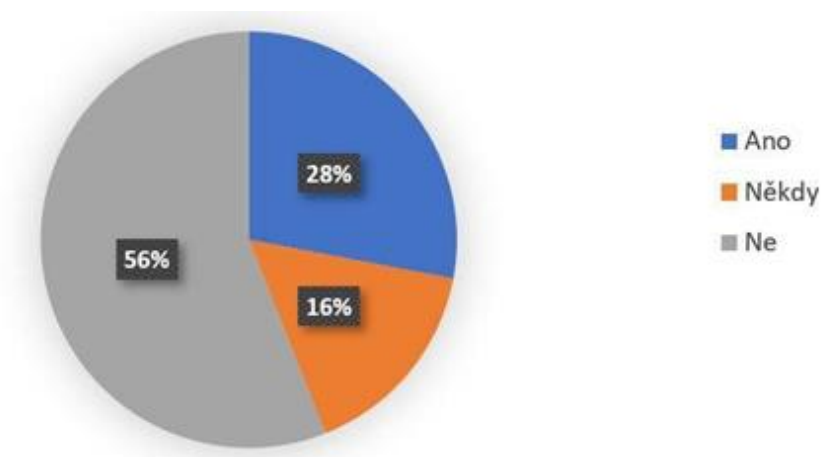
„Stalo se Vám někdy, že byste byl/a někdy ohrožen/a na životě po požití alkoholického nápoje?“



Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Spousta lidí konzumuje alkohol, aby zahnali své problémy, stres, depresi, nebo aby alespoň na chvíli na problémy, které je v životě trápí. V dotazníku odpovídali respondenti tak, že větší polovina (56 %) kvůli tomuto problému alkohol nekonzumuje. Naopak menší polovina konzumuje alkohol právě proto. Celých 28 % odpovědělo „Ano“, tedy příčinou pití je zahánění deprese nebo snížení úzkosti, a 16 % řeší své problémy alkoholem jen někdy. Výsledky zobrazuje graf 19.

Graf 19: Konzumace alkoholu z důvodu snížení úzkosti nebo zahánění deprese  
*„Konzumujete často alkohol z důvodu snížení úzkosti nebo zahánění deprese?“*

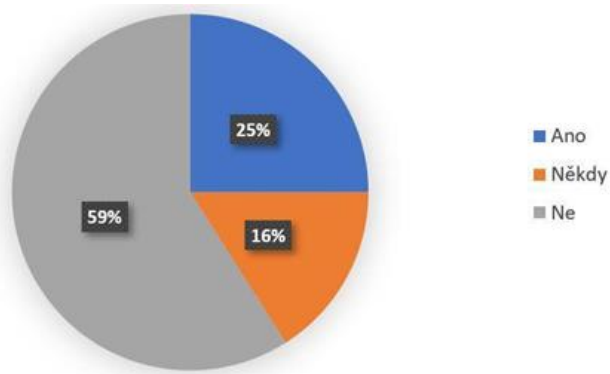


Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Další otázka se týká vztahu osobních zálib a konzumace alkoholu, odpovědi ukazuje graf 20. Celá čtvrtina respondentů upřednostňuje radši alkohol než své záliby, které měli předtím, než začali konzumovat alkohol. Celých 16 % alkohol upřednostňuje jen někdy a zbylých 59 % jasně odpovědělo, že své záliby nedají stranou kvůli alkoholu.

Graf 20: Zanedbávání zálib a upřednostňování konzumace alkoholu

„Zanedbáváte své záliby a raději upřednostňujete konzumaci alkoholu?“

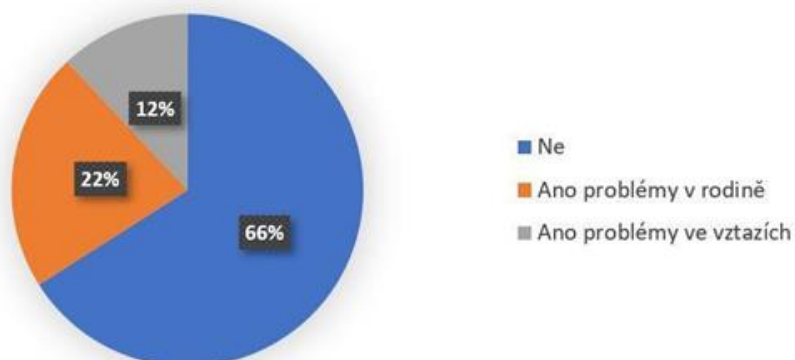


Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Předposlední otázka se ptá na problémy v rodině nebo v mezilidských vztazích při konzumaci alkoholu. Odpovědi ukazují graf 21. Dvě třetiny respondentů žádné takové problémy nemá. Ovšem 22 % respondentů pociťuje problémy ve své rodině a zbylých 12 % pociťuje problémy v mezilidských vztazích.

Graf 21: Problémy v rodině nebo mezilidských vztazích v důsledku konzumace alkoholu

„Působí Vám konzumace alkoholu problémy v rodině nebo mezilidských vztazích?“



Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)



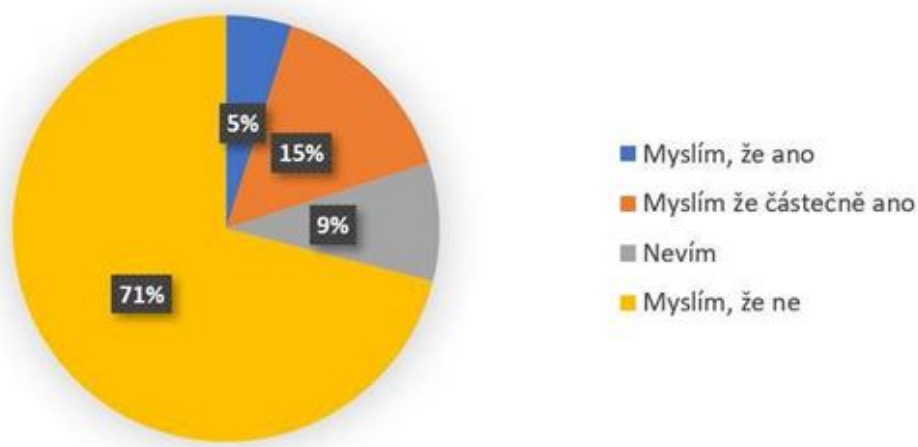
Poslední otázka dotazníku zjišťuje vlastní názor respondentů, zda si myslí, že jsou závislí na alkoholu. Cílem této otázky je zjištění, zda si alkoholici vůbec uvědomují, že jsou na alkoholu opravdu závislí.

V grafu 22 jsou znázorněny výsledky poslední otázky. Celých 71 % si myslí, že závislí opravdu nejsou. Což dle výsledků z předchozích otázek přibližně odpovídá tomuto počtu. Jen 9 % respondentů neví, na kterou stranu se přiklání. Dalších 15 % si myslí, že jsou částečně závislí a zbylých 5 % o sobě naprosto ví, že jsou závislí.

Ne všichni, co uvedli v otázce č. 4, odpověď, „Alkoholik“, odpověděli v této otázce, že závislí opravdu jsou. Znamená to, že si někteří alkoholici sice uvědomují, že jsou alkoholici, ale nepovažují konzumaci alkoholu za závislost.

Graf 22: Závislost na alkoholu

*„Myslíte si, že jste závislý/á na alkoholu, tedy potřebujete se alkoholu napít, máte-li nějaké osobní problémy?“*



Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

## 6 INTERPRETACE A DISKUSE VÝSLEDKŮ

Na základě zjištěných výsledků z položených otázek 1-8, dále pak 17 a 20 ze 100 dotázaných respondentů můžeme konstatovat, že v 37 % se prokázala závislost na alkoholu, přičemž dalších 32 % dotázaných si tuto skutečnost nepřiznává.

V důsledku závislosti na alkoholu je největší pravděpodobnou příčinou zpomalení kognitivních funkcí jednotlivců, tak jak je to u otázky číslo 13. a svým neuváženým jednáním jsou schopni podniknout takové riziko, jako je usednutí do dopravního prostředku např. automobilu nebo kola, přičemž si nejsou často vědomi možných následků.

Z otázek číslo 14 a 16, jasně vyplynulo, že závislost na alkoholu má neblahý dopad na nekoordinovaný pohyb a samotnou činnost motoriky, přičemž výsledkem jsou možná různá zranění nebo úmrtí způsobena samotným požíváním alkoholu.

Častá a nadměrná konzumace jakýchkoliv alkoholických nápojů, má vliv i na kvalitu života jedince. Z položených otázek číslo 9–12, dále pak otázek 15, 18 a 19 vyplynulo, že u 61 % dotázaných respondentů nemá požívání alkoholu zásadní vliv na kvalitu života a tím nejsou ohroženy mezilidské vztahy jak rodinné, tak i pracovní. Dále vyplynulo z výzkumu, že alkohol nemá vliv ani na případné záliby či jinou aktivitu jedince. Dalších 33 % přiznává, že nadměrné a časté požívání alkoholických nápojů ovlivňuje jejich společenský život a přináší rizika v partnerských vztazích, možnost realizace v případných zájmech a zálibách, v neposlední řadě v samotném profesní kariéře.

## ZÁVĚR

V teoretické části jsme se zabývali problematikou kvality života, závislosti, dále závislosti na alkoholu a vymezením Podhostýnského mikroregionu.

Kvalitu života můžeme vnímat jako velmi složitý koncept, který byl do moderní vědy zaveden po druhé světové válce, ačkoli jeho vymezením se již zabývali filozofové ve starověkém Řecku. Nicméně problematika kvality života byla pro západní společnost tématem až mnohem později.

Definice kvality života je velmi obtížná a vychází z pojetí několika oborů, především pak sociologického, medicínského a sociálního. Kvalitu života můžeme vnímat buď jako hodnocení objektivní nebo subjektivní. Objektivní hledisko hodnocení kvality života v sobě musí obsahovat výčet veličin, které jsou ve společnosti vnímané jako ty, jež se pojí s kvalitou života a tyto jsou pak v rámci větší společnosti, případně v rámci celých zemí dále vyhodnocovány a srovnávány. Do této kategorie bychom mohli zařadit takové veličiny jako je kvalita životního prostředí, školství, kvalita a dostupnost zdravotnických zařízení, bezpečnost, míra kriminality, průměrná délka dožití a podobně.

Toto však je nedostačující pro získání údajů o kvalitě života konkrétního člověka, která je sice tímto výše uvedeným ovlivněna, ale přesto svou vlastní kvalitu života tímto člověk neměří. Zde se jedná o využití subjektivního pojetí kvality života, kdy největším odborníkem na život sám je pouze daný člověk a u něj je zjišťována kvalita života, jak ji sám on vnímá. Jedná se zde o takové kategorie, jako jsou například sociální život, spokojenost v rodině, hodnocení zdravotního stavu, spokojenost se zaměstnáním, se svým statutem ve společnosti a podobně.

V další části jsme se zabývali vymezením pojmem závislosti. Závislost v tomto smyslu byla zde charakterizována jako onemocnění, které je způsobeno užíváním mimo jiné psychoaktivních látek, ale závislost může být i jiného druhu. Závislost v sobě obsahuje řadu znaků, ke kterým patří silná touha po užívání závislostní látky, zhoršení sebeovládání, somatický odvykací stav, nezanedbatelným znakem je rovněž i zvýšená tolerance k užívání psychoaktivní látky, ztráta zájmů a jiných potěšení než je užívání

návykové látky a pokračování v užívání návykové látky, a to i přes jasný důkaz škodlivosti následků.

Motivace pro užívání návykových látek může být různá, pokud bychom měli být konkrétnější, pak nejčastějším motivem budou pravděpodobně interpersonální motivace, kdy se jedná o snahu si získat pozornost od vrstevníků, dále sociální motivace, kdy se může jednat o identifikaci se subkulturou, fyzická motivace, která tkví ve fyzickém uspokojení nebo i emocionální motivace, kdy dochází k uvolnění psychického napětí nebo k relaxaci.

Podstatnou část pak tvořila kapitola, která se zabývala závislostí člověka na alkoholu. Alkohol je takto nutno vnímat jako docela jednoduchou návykovou látku, která velmi jednoduše působí na centrální nervový systém. Alkohol je, pokud pomineme země na Blízkém východu, nejrozšířenější návykovou látkou, která je běžně dostupná. V České republice je konzumace alkoholu spojena s nejrůznějšími rituály, oslavami, výročími. Konzumace alkoholu je vnímána jako norma, naopak jako deviace je vnímána abstinence.

Závislost na alkoholu je pomalá, plíživá, není ničím, co by se vytvořilo náhle. Existují rovněž různé typy alkoholové závislosti, které jsou od sebe velmi odlišné a takto i relativně lehce odlišitelné.

Na druhou stranu, jakákoli konzumace, která není kontrolovatelná, a projevují se všechny potřebné znaky vedoucí k možnému diagnostikování, vede ke snížení kvality života člověka. Toto snížení můžeme vnímat především v oblasti vlastního zdraví, kdy osoba závislá, je vystavena především zdravotním problémům v oblasti trávicího traktu, spočívající především v nádorových onemocněních nebo v cirhóze jater. Ke snížení kvality života dochází i v oblasti sociální, kdy osoba má jako hlavní důvod života právě konzumaci alkoholu, ale zanedbává své sociální vztahy, především rodinu, která se může i rozpadnout. Rovněž osoba závislá má velké problémy v oblasti zaměstnání, kdy již není schopna podávat potřebný pracovní výkon. Často se stává, že lidé závislí bývají velmi často ohroženi nezaměstnaností.

V oblasti psychického zdraví rovněž dochází ke snížení kvality života, jelikož u osob dochází ke snížení kognitivních funkcí, alkohol způsobuje celkový úpadek osobnosti člověka.

Alkohol lze považovat za společenský a nebezpečný problém. Život osob závislých na alkoholu není jednoduchý a často je provází psychické a zdravotní problémy. Většina alkoholiků není schopno vyhodnotit situaci tak, že by se považovala za alkoholiky.

Důležité je u alkoholiků právě to, že má alkoholik podporu rodiny nebo blízkých přátel, kteří jsou ochotni udělat všechno pro to, aby si svůj stav alkoholik uvědomil. Pokud alkoholik tuto podporu nemá, pak jeho kvalita života je mizivá. Zaprvé jeho zdravotní problém není nejlepší, protože jak se potvrdilo ve vyhodnocení dotazníku, tak alkohol má velký vliv na zdraví jedince, protože nadměrná konzumace alkoholu přivádí více zdravotních problémů. Chování alkoholika může jeho rodinu vystavovat různým nepříjemným a stresujícím situacím a zejména u dětí důsledkům významným pro jejich budoucí život.

Praktická část práce navazuje na teoretickou část, kde byl proveden v Podhostýnském mikroregionu výzkum pomocí výzkumného dotazníkového šetření, který obsahoval celkem 20 otázek a byl určený pro 100 respondentů.

Výsledky výzkumu potvrdily teoretická východiska z úvodních kapitol. Ukázalo se, že závislí na alkoholu jsou více muži než ženy, a že kvalita života osob se závislostí na alkoholu není moc kvalitní, protože se zvětšující závislostí se zvětšují i zdravotní problémy, případně problémy v zaměstnání, v rodině a mezilidských vztazích a ve vztahu s partnerem/partnerkou. Zároveň se mohou vyskytnout i finanční problémy.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

### Seznam použitých českých zdrojů

BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1197-4.

BLECHA, I. *Filozofie*. Olomouc: Nakladatelství Olomouc, 1998. ISBN 80-7182-069-5.

DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

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

GILLERNOVÁ, I., KEBZA, V., RYMEŠ, M. *Psychologické aspekty změn v české společnosti*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2798-1.

GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.

HEŘMANOVÁ, E. Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu. In *Sociológia*, 2012, Vol. 44, No. 4, s. 407 – 425. ISSN 0049 - 1225.

HOLCNEROVÁ, P. *Výukový text. Alkohol-Historie*. Centrum adiktologie. Praha.

HRACHOVINOVÁ, T. KEBZA, V. *Utváření zájmu o problematiku kvality života v životě společnosti*. In GILLERNOVÁ, I., KEBZA, V., RYMEŠ, M. a kolektiv. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: Člověk na přelomu tisíciletí*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2798-1.

HŮLKOVÁ, M., HOSÁK, L. *Alkoholismus a abúzus alkoholu*. In Ehrmann, J., Hůlek, P. a kolektiv. *Hepatologie*. Praha: Grada 2014. ISBN 859-404-924-027-2.

JANOUSEK, J., SLAMĚNÍK, I. *Sociální motivace*. In Výrost, J., Slaměník, I. *Sociální psychologie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1428-8.

JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kolektiv. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.

KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.

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

KUČEROVÁ, H. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada 2013. ISBN 978-80-4733-0.

MAREŠ, J., MAREŠOVÁ, J. *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci*. Brno: MSD, 2008. ISBN 978-80-7392-073-9.

MŮHLPACHR, P. *Sociální patologie*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2002. ISBN 80-210-2511-5.

MŮHLPACHR, P. *Sociopatologie*, Brno: Masarykova universita, 2008. ISBN 978-80-210-4550-7.

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6.

NEŠPOR, K. Škodlivé užívání alkoholu a závislost na něm u duševně nemocných: krátká intervence a další možnosti. In *Psychiatrie pro praxi*, 2012, roč. 13, č. 1. ISSN 1213-0508.

NĚMEČKOVÁ, M. Filozofické súvislosti kvality života. In *Filozofia*, roč. 59, 2004, č. 9. ISSN 0046-385X.

OCISKOVÁ, M., PRÁŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5199-3.

PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Triton, Praha 2005. ISBN 80-7254-657-0.

PLHÁKOVÁ, A. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia, 2003. ISBN 978-80-200-1499-3.

POPOV, P. *Závislost na alkoholu*. In *Psychiatrie pro praxi*, 2003/1. ISSN 1213-0508.

RABOCH, J. PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-2461-9859

ŘEHULKOVÁ, O., ŘEHULKA, E. *Zdraví a nemoc. Brno: Škola a zdraví v 21. století*. 2008. ISBN 978-80-7392-073-9

SKÁLA, J. *Alkohol a jiné (psychotropní) drogy: abúzus a závislost*. Praha: AVICENUM, 1986. ISBN nevedeno.

SVOBODOVÁ, L. *Kvalita života*. In Šubrt, J. a kol. *Soudobá sociologie III. Diagnózy soudobých společností*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1486-1.

ŠÁMÁNKOVÁ, M. a kolektiv. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. Praha: Grada 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.

### **Seznam použitých internetových zdrojů**

Informace o městě. *Bystřice pod Hostýnem* [online] 2020 [cit. 2020-01-27]. Dostupné z: [https://www.bystriceph.cz/informace-o-meste/ds-1045/p1=2057\(22\)](https://www.bystriceph.cz/informace-o-meste/ds-1045/p1=2057(22)).



## **SEZNAM ZKRATEK**

HRQL - Health-Related Quality of Life (nástroj pro hodnocení kvality života)

Kč - Koruna česká

Km<sup>2</sup> - Kilometry čtvereční

MKN-10 - Mezinárodní klasifikace nemocí

m n. m. - metry nad mořem

# SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

## Seznam tabulek

Tabulka 1: Věkové rozložení respondentů.....	49
--	----

## Seznam grafů

Graf 1: Pohlaví respondentů .....	48
Graf 2: Věkové rozložení respondentů.....	49
Graf 3: Frekvence konzumace alkoholických nápojů.....	52
Graf 4: Nejčastější příležitosti ke konzumaci alkoholických nápojů.....	53
Graf 5: Chut' napít se alkoholu .....	53
Graf 6: Hodnocení vztahu k alkoholu .....	54
Graf 7: Výše útraty za alkohol za jeden večer .....	55
Graf 8: Druhy alkoholických nápojů nejčastěji konzumovaných respondenty .....	56
Graf 9: Nejčastější důvody konzumace alkoholu .....	56
Graf 10: Stádia při pití alkoholických nápojů .....	57
Graf 11: Schopnost ovládat se ve vztahu s partnerem/partnerkou po konzumaci alkoholu .....	58
Graf 12: Nepříjemné situace způsobené konzumací alkoholu .....	58
Graf 13: Problémy ve škole nebo v zaměstnání kvůli alkoholu .....	59
Graf 14: Zdravotní stav respondentů .....	60
Graf 15: Řízení pod vlivem alkoholu.....	60
Graf 16: Zranění způsobené v důsledku konzumace alkoholu.....	61
Graf 17: Pocity viny kvůli pití alkoholu.....	62
Graf 18: Ohrožení na životě po požití alkoholického nápoje.....	62

Graf 19:	Konzumace alkoholu z důvodu snížení úzkosti nebo zahánání deprese.....	63
Graf 20:	Zanedbávání zálib a upřednostňování konzumace alkoholu .....	64
Graf 21:	Problémy v rodině nebo mezilidských vztazích v důsledku konzumace alkoholu .....	64
Graf 22:	Závislost na alkoholu .....	65

## SEZNAM PŘÍLOH

<b>Příloha A - Dotazník.....</b>	<b>I</b>
----------------------------------	----------

## **Příloha A - Dotazník**

1. Jak často konzumujete alkoholické nápoje?
2. Při jakých příležitostech nejčastěji konzumujete alkoholické nápoje?
3. Máte často pocit, že byste měl/a chuť napít se alkoholu?
4. Jak hodnotíte Váš vztah k alkoholu?
5. Kolik často utratíte za alkohol v rámci jednoho dne/večera?
6. Jaký alkoholický nápoj nejčastěji konzumujete?
7. Z jakého nejčastějšího důvodu konzumujete alkohol?
8. Když pijete alkoholické nápoje, do jakého stádia se většinou dostanete?
9. Dokážete se ovládat ve vztahu s partnerem/partnerkou po konzumaci alkoholu?
10. Dostal Vás někdy alkohol do nepříjemné situace?
11. Měl/a jste někdy problém, ve škole nebo v zaměstnání, který souvisel s alkoholem?
12. Cítíte se po zdravotní stránce v pořádku?
13. Sednete za volant vozu, pokud jste požil, byť nepatrné množství alkoholu?
14. Zranil/a jste se někdy v důsledku konzumace alkoholu?
15. Jak často jste se cítil/a provinile, nebo jste měl/a výčitky kvůli pití alkoholu?
16. Stalo se Vám někdy, že byste byl/a někdy ohrožen/a na životě po požití alkoholického nápoje?
17. Konzumujete často alkohol z důvodu snížení úzkosti nebo zahrnutí deprese?
18. Zanedbáváte své záliby a radši upřednostňujete konzumaci alkoholu?
19. Působí Vám konzumace alkoholu problémy v rodině nebo v mezilidských vztazích?
20. Myslíte si, že jste závislý/á na alkoholu, tedy potřebujete se alkoholu napít, máte-li nějaké osobní problémy?

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora: Jan Lejsek**

**Obor: Andragogika**

**Forma studia: Kombinované studium**

**Název práce: Kvalita života osob se závislostí na alkoholu v Podhostýnském mikroregionu**

**Rok: 2020**

**Počet stran textu bez příloh:<sup>1</sup> 76**

**Celkový počet stran příloh:<sup>2</sup> 1**

**Počet titulů českých použitých zdrojů: 30**

**Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0**

**Počet internetových zdrojů: 1**

**Vedoucí práce: doc. PhDr. Dobromila Trpišovská, CSc.**

---