

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Determinanty vzniku alkoholismu a jeho vliv na kvalitu života jedince
a jeho rodinných příslušníků**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
MUDr. Dvořáková Dana

Autor:
Krumanová Andrea, Dis.

2011

ABSTRACT

The bachelor thesis on “Determinant of origin of alcoholism and its effects on quality of an individual and his/her family members“ is divided into two parts. The theoretical section deals in general with alcohol dependence – it includes a description of classification, typology, developmental stages and signs of alcoholism, biological, psychological, family and social factors of origin of the dependence, its effect, prevention, and the end of the chapter deals with life quality. The practical section includes the objective of the thesis and hypotheses thesis are defined, which begins the research described here. Then a chapter called “Methods“ comes, where the research process and means used for affirmation or disproof of specified goal and hypotheses are description. The next chapter “Results“ includes tables and charts with resultant values and their description. Information obtained from the research are discussed there. The objectives of the thesis is - in research: I. to find the most frequent cause of alcoholism in a sample of 156 people addicted to alcohol, to describe them and confirm H1 hypothesis: “Cause of alcoholism are multifactorial and a dominating factor cannot be unambiguously specified“. And then in research II, to describe in a set consisting of 48 people (one exact half of them was those dependent on alcohol and the other one were their relatives) effect of alcoholism on quality of life of the person and his/her family members and to confirm or disprove H2 hypothesis: “Alcoholism reduces quality of life of both the dependent person and his/her family members“. The third, final goal is to summarize facts and findings and suggest possible preventive solutions related to research results. Data in both researches were collected from selected patients using questionnaires and a quantitative method of asking. Our own questionnaire was used to investigate the first objective thesis and a standard SF-36 one on Health Related Quality of Life dealing with eight domains was used for verification of the other aim. It results from research I that determinants of alcoholism origin are multifactorial and a dominating factor cannot be unambiguously found. More than a half of clients came from incomplete families, alcohol problems occurred in their families, they felt lack of love from their fathers, smaller percentage even from their mothers, they had no fixed rules in their education, low – self confidence and no meaningful leisure time activities

(interests), they suffered from stress in their job or were unemployed, more than half of them health disorders and unsatisfactory partnership, they felt alone etc. So the causes look like multifactorial and confirm H1 hypothesis. Research II results show that alcohol effect on the patients and their relatives unambiguously reduce quality of their lives, mostly in the field of emotions and social restriction of their roles, mental health and vitality. A decrease in their physical performance and overall health including pain perception also shows not negligible drop in comparison with the Oxford standard. Dependent respondents' relatives having relationship to a close person dependent to a great extent on alcohol felt emotional restriction on their roles and a drop in vitality where they did not reach even a half of the European standard score. So to achieve the third aim of the work and considering the above conclusions and results I suggest possible preventive measures at the level of the individual, family, school and society.

ABSTRAKT

Bakalářská práce „Determinanty vzniku alkoholismu a jeho vliv na kvalitu života jedince a jeho rodinných příslušníků“ je rozdělena na dvě části. Teoretická část pojednává obecně o závislosti na alkoholu – obsahuje popsání klasifikace, typologie, vývojových stádií a znaků alkoholismu, biologických, psychologických, rodinných a sociálních faktorů vzniku závislosti, důsledků alkoholismu, prevence a závěr této části je věnován kvalitě života. V části praktické je vytyčen cíl práce a jsou stanoveny hypotézy, čímž je zahájen vlastní výzkum práce. Následuje kapitola „metodika“, kde je popsán postup výzkumu a použité prostředky k potvrzení nebo vyvrácení uvedeného cíle a stanovených hypotéz. Navazující kapitola „výsledky“ obsahuje tabulky a grafy s výslednými hodnotami a jejich slovním popisem. Informace získané z výzkumu jsou konfrontovány v diskusi. Cíle práce jsou, ve výzkumu I. zjistit a popsat (u vzorku v počtu 156 klientů závislých na alkoholu), možné příčiny podílející se na vzniku alkoholismu a potvrdit tak H1: Příčiny vzniku alkoholismu jsou multifaktoriální a nelze jednoznačně určit faktor dominující, a dále ve výzkumu II. popsat (u souboru skládajícího se ze 48 jedinců, z nichž přesná polovina byla na alkoholu závislých, a druhá polovina byli příbuzní závislých) vliv alkoholismu na kvalitu života jedince a jeho rodinných příslušníků a potvrdit tak, či naopak vyvrátit H2: Alkoholismus snižuje kvalitu života jedinců samotných i jejich blízkých. Třetím, závěrečným cílem je shrnout fakta a zjištění a vzhledem k výsledkům výzkumu navrhnout možná preventivní řešení. Data od vybraných pacientů byla u obou výzkumů sebrána kvantitativní metodou dotazování, technikou dotazníků. Pro splnění 1. cíle práce byla použita technika dotazníku vlastního a k ověření druhého záměru práce, pak standardizovaného dotazníku SF-36 o kvalitě života podmíněné zdraví (Health Related Quality of Life), který se zabývá 8 doménami. Z výzkumu I. vyplývá, že determinanty vzniku alkoholismu jsou multifaktoriální a nelze jednoznačně stanovit faktor dominující. Klienti v nadpoloviční většině pocházeli z neúplných rodin, vyskytoval se u nich problém s alkoholem v rodině, cítili nedostatek lásky ze strany otce, v menším procentu i u matky, chyběla jim pevná pravidla ve výchově, měli nízké sebevědomí, v jejichž

životě postrádali smysluplnou volnočasovou aktivitu – zájmy, trpěli stresem v zaměstnání nebo byli nezaměstnaní s nedostatečným vzděláním, v nadpoloviční většině trpěli zdravotními obtížemi a měli neuspokojivý partnerský vztah, byli osamocení, atd. Příčiny se tedy jeví jako multifaktoriální, čím potvrzují hypotézu H1. Z výsledků výzkumu II. je patrné, že vliv alkoholu je na jedince samotné i jejich blízké jednoznačně takový, že snižuje kvalitu jejich životů, nejvíce v oblasti emocí a sociálního omezení rolí, duševního zdraví a vitality. Pokles fyzické výkonnosti a celkového zdraví včetně vnímání bolesti také ukazuje nezanedbatelný pokles oproti standardu Oxford. Příbuzní závislých respondentů angažující se ve vztahu k blízkému závislému ve velké míře pocívali emoční omezení rolí a pokles vitality, kde nedosahovali ani poloviny hodnot průměrného skóre evropského standardu. V rámci naplnění 3. cíle práce, vzhledem k uvedeným závěrům a výsledkům výzkumu navrhuji možná preventivní opatření, a to na úrovni: jedince, rodiny, školy a společnosti.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Determinanty vzniku alkoholismu a jeho vliv na kvalitu života jedince a jeho rodinných příslušníků“ vypracovala samostatně a použila jen prameny a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s §47b zákona č. 111/1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. Zveřejněny posudky školitele a oponenta práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

Podpis studenta.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala MUDr. Daně Dvořákové za odborné vedení, cenné rady a zkušenosti, které mi velice pomohly při psaní této práce. Poděkování náleží také Mgr. Haně Kalové za její velkou ochotu k odborným konzultacím při zpracování výzkumné části práce, za totéž patří dík Doc. MUDr. Petru Petrovi, Ph.D. Rovněž děkuji mé rodině za trpělivost a podporu ve studiu.

OBSAH

ÚVOD	10
1. SOUČASNÝ STAV	11
1.1 Vymezení základních pojmů	11
1.1.1 Alkohol.....	11
1.1.2 Úzus, Abúzus, Návykový abúzus,	12
1.2 Historie alkoholu	13
1.3 Charakteristika závislosti	15
1.4 Klasifikace, typologie a vývoj závislosti na alkoholu	17
1.5 Znaky závislosti	18
1.6 Teorie alkoholismu	20
1.7 Biologické, psychologické, rodinné a sociální faktory vzniku závislosti	22
1.7.1 Biologické faktory.....	22
1.7.2 Psychologické faktory	23
1.7.3 Rodinné faktory	24
1.7.4 Sociální faktory	30
1.8 Shrnutí rizikových faktorů	30
1.9 Alkoholismus a duševní poruchy	31
1.10 Důsledky alkoholismu	33
1.11 Primární, sekundární a terciální prevence	34
1.11.1 Primární prevence	35
1.11.2 Sekundární prevence	37
1.11.3 Terciální prevence	37
1.12 Kvalita života závislých a jejich blízkých	38
2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	44
2.1 Cíl práce	47
2.2 Hypotézy	47
3. METODIKA	45
3.1 Použitá metodika	48

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru	47
4. VÝSLEDKY	48
5. DISKUSE	88
6. ZÁVĚR	96
7. KLÍČOVÁ SLOVA	99
8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	100
9. PŘÍLOHY	108

ÚVOD

Ve své práci jsem se rozhodla zabývat problematikou alkoholismu, z důvodů, že se jedná o jev chování, které má globální charakter a týká se širokého věkového spektra. Problémy způsobené alkoholem jsou stále častější. Závislost na alkoholu přitom patří mezi nejzávažnější a nejrozšířenější formy návyku. Česká společnost je však i přes tuto poměrnou závažnost vůči pravidelnému, ale i excesivnímu pití velice tolerantní. Tolerantní normy dospělých, pak utvářejí postoje dětí a mladých lidí k alkoholu, jehož pití je společensky schvalovanou součástí sociálních kontaktů. To, že 60 % mladistvých pravidelně konzumuje alkohol (ESPAD), je myslím značně alarmující, vzhledem k tomu, že je prokázáno, že čím dříve začne jedinec s konzumací alkoholu, tím nebezpečnější se pak pro něj alkohol v souvislosti s rozvojem alkoholismu stává. Jen 2,7 % obyvatel ČR jsou celoživotními abstinenty.

Na otázku co nás vede k závislosti, nemá současná věda jasnou odpověď. Jde téměř vždy o souhru řady faktorů biologických, genetických, psychických nebo sociálních, které se sčítají v životě každého konkrétního jedince. Ocitnout se na okraji společnosti v důsledku své závislosti není výjimečné a svědkem tohoto sestupu může být právě rodina nebo blízcí závislého. I na ně má tedy alkoholismus vliv. Dotýkat se jich může stejně jako jedince samotného v rovině psychické, sociální, ekonomické a někdy i forenzní.

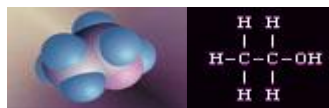
Cílem práce je ozřejmit možné faktory vzniku závislosti na alkoholu u vzorku respondentů a dále výzkumem potvrdit skutečnost negativního vlivu závislého jedince na kvalitu života jeho samotného i jeho nejbližších. Třetím, závěrečným cílem práce je snažit se shrnout fakta a zjištění a navrhnout možná preventivní řešení. V tomto třetím cíli spatřuji zároveň i smysl a význam práce. Uvědomuji si fakt, že obranné mechanismy na alkoholu závislých jedinců jsou velice vyvinuté a mohly být tímto významně ovlivněny dotazníkové odpovědi respondentů, s kterými jsem pracovala, přesto věřím, že potvrdím zadané hypotézy, a naplním stanovené cíle.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Vymezení základních pojmů

1.1.1 Alkohol

Alkohol (chemicky správně etanol nebo etylalkohol) je bezbarvá kapalina, lehčí než voda. Etanol je jednoduchá malá molekula ($\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$), která vzniká kvašením cukru. Je také hořlavina 1. třídy, s teplotou tání při běžném tlaku: $-114,4\text{ }^\circ\text{C}$, s teplotou varu při běžném tlaku: $78,3$, a teplotou hoření: $425\text{ }^\circ\text{C}$. Energetická hodnota alkoholu je $29,4\text{ kJ/g}$.¹



Alkohol se po požití vstřebává, dostává do krve a krevním oběhem do celého těla. Jeho koncentrace v krvi dosahuje maxima asi za hodinu po požití. Likvidace alkoholu v krvi probíhá oxidací (v játrech a svalové tkáni - k tomu je třeba jaterní ferment alkoholxidázu), vydechuje se a částečně vylučuje močí. Trvalé zatěžování jater u alkoholiků vede nejprve k uvolňování dalších oxidačních systémů (MEOS – mikrosomální etanolový oxidační systém), v dalším období naopak. V prvních obdobích závislosti na alkoholu dochází k zvyšování tolerance, která ale v dalším průběhu klesá. Pokles alkoholu v krvi za hodinu je individuální, pohybuje se v rozmezí $0,1 - 0,4\text{ g/kg}$.² Alkohol na lidský organismus působí v několika směrech. Nejcitlivěji na jeho přítomnost reaguje mozková kůra, retikulární systém mozkového kmene a míšní motorické neurony. Významně působí i na systém kardiovaskulární, endokrinní. Ovlivňuje také trávicí ústrojí a metabolismus, jak uvádí autoři cit. 2., s. 208.

¹ EHRMANN, J. jr., SCHNEIDERKA, P., EHRMANN, J. *Alkohol a játra*. Praha: Grada. 2006. s. 13. ISBN 80-247-1048-X.

² DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2010. s. 207. ISBN 978- 80- 247-1620-6.

1.1.2 Úzus, Abúzus, Návykový abúzus, Syndrom závislosti, Závislé chování, Závislost na alkoholu

Úzus – požívání alkoholu při různých společenských událostech, či jako doplněk jídla, v takových dávkách, které nemají podstatný vliv na fyzickou a psychickou činnost člověka.

Abúzus – znamená nadměrné užívání alkoholických nápojů, které zpravidla vede k opilosti (ebrietě). Objevují se důsledky zdravotní i společenské.

Návykový abúzus – je pravidelné, dlouhodobé a soustavné požívání alkoholických nápojů, které vyvolalo závislost, s výraznými důsledky v oblasti zdravotní i společenské, shrnuje DUŠEK cit. 2., s. 208.

Syndromu závislosti - syndrom závislosti je vymezen v MKN³- 10. (Mezinárodní klasifikace nemocí). Podle ní se jedná o: „Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, které se vyvíjejí po opakovaném užití substance, a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav.“ V MKN se syndrom závislosti označuje statistickým kódem F10.2 (statistický kód F1x. 2. Na místo x před desetinnou tečku se doplňuje látka - F10.2 – závislost na alkoholu).

Závislost na alkoholu - nadměrná konzumace alkoholických nápojů, bývá označována jako „*alkoholismus*“⁴. BUTKOVÁ⁵ ve svém článku volně překládá definici WHO, podle které: „je alkoholikem člověk, jehož závislost na alkoholu dosáhla takového stupně, že mu působí zřetelné poruchy a újmy ve společenských vztazích, ve společenské činnosti a na tělesném i duševním zdraví.“ V Terminologickém slovníku⁶

³ ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY. *MKN – 10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotnických problémů: 1. revize. – 2. Aktualizované vydání.* Praha, 2008, s. 193. ISBN 978-80-904259-0-3.

⁴ KALINA, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. s. 55. ISBN 978-80-247-1411-0.

⁵ BUTKOVÁ, E. Vzpomínky alkoholika podle Jacka Londona. *Psychologie dnes.*, 2008, roč. 14, č. 1, s. 44 -47. ISSN 1212-9607.

⁶ PSYCHIATRICKÉ CENTRUM PRAHA. *Terminologický slovník*. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2000. s. 19 . ISBN 80-85121-08-5.

se o alkoholismu píše jako o termínu všeobecně užívaném pro chronické, kontinuální pití nebo periodickou konzumaci alkoholu, „která je charakterizována porušením kontroly pití, častými intoxikacemi a nadměrným zaměstnáváním se alkoholem a pokračováním v pití navzdory různým nepříjemnostem.“ V roce 1990 American Society of Addiction Medicine, jak je uvedeno v Terminologickém slovníku cit. 6., s. 20 definovala alkoholismus jako: „ primární, chronickou chorobu, jejíž projevy a průběh ovlivňují genetické, psychosociální faktory a vlivy prostředí. Choroba je často progredující a smrtelná. Jsou pro ni typické narušení kontroly pití, nadměrné zaměstnávání se myšlenkami na alkohol, požívání alkoholu i přes nepříznivé účinky, změny v myšlení, zvláště výrazné je popírání pití. „Síla, kterou Démon alkohol dodává, není jen zdánlivá. Je to skutečná síla. Je však vybičována ze samého zdroje síly, a proto se za ni, přece jen musí zaplatit úroky. Ale kterýpak vyčerpaný člověk myslí tak daleko dopředu?“, tak ve své knize píše LONDON⁷.

1.2 Historie alkoholu

Arabský výraz pro alkohol, „al-kuhul“, jehož jméno znamená esenci, vnitřního ducha, oduševnělost také se dá přeložit jako „ušlechtilý“ nebo „jemný“.⁸ Historie zneužívání různých návykových látek je zřejmě stará jako lidstvo samo. Alkohol patří mezi nejstarší, nejrozšířenější a nejvíce užívané drogy. Jeho zneužívání má velmi závažné důsledky. Pití této tekutiny zakazovali již Konfucius (551 - 479 př. n. l.) a Buddha (560 - 480 př. n. l.). Alkohol sloužil a slouží společnosti jako rituální symbol, jako prostředek uvolňující psychické napětí a usnadňující navázání mezilidských kontaktu. V historii se setkáváme s různými reakcemi na požívání alkoholických nápojů. Např. ve Spartě úmyslně opijeli otroky a opilé je ukazovali mládeži, aby v ní vzbudili odpor k vínu a odstrašili ji od jeho požívání nebo např. každý Říman měl právo

⁷ LONDON, J. *Démon alkohol. Praha: Labyrint, 1999.* ISBN 80-85935-30-9.

⁸ VELÍNSKÝ, F. *Český rozhlas. Pár slov o alkoholu* [online]. 31.12.2010 [2011-01-21]. Dostupné z: http://www.rozhlas.cz/planetarium/historie/_zprava/829596.

⁹ MLČOCH, Z. *Alkoholik.cz Historie pití alkoholu a tresty za opilost a opilství* [online]. 26.1.2011, [2011-01-21] Dostupné z: http://www.alkoholik.cz/zavislost/historie/historie_piti_alkoholu_a_tresty_za_opilost_a_opilstvi.html.

zabít svou ženu, jestliže ji přistihl opilou. Dále vzpomeňme Solóna a Alexandra Velikého. Solón nejprve pokutoval a při opakované opilosti popravoval. Za jeho vlády se opilost pokládala za stav hodný pohrdání. Alexandr Veliký uspořádal roku 331 př. n. l. velké závody v pití alkoholu, kdo víc a rychleji vypije. Vítěz a dalších 41 soupeřů po třech dnech na následky soutěžení zemřeli. K degeneraci indiánských kmenu vedla také cesta přes alkohol, který byl zneužit jako nástroj k ovládnutí protestujících indiánů při násilné kolonizaci Ameriky. V pracích antického lékaře Hippokrata (460-370 př. n. l.) najdeme svědectví o blahodárných účincích alkoholu. Víno se často používalo jako lék. Používaly se např. vínové obklady, které přinášely pacientovi úlevu. Čistý alkohol byl poprvé získán, až v 11. století v Itálii. Po staletí znají Japonci víno z rýže, mexičtí Indiáni z agáve a Inkové z kukuřice. Staří Vikingové, ale i Slované znali medovinu z kvašeného medu. Pivo vařili již staří Babylóňané tj. před 7 - 8 tisíci lety, i staří Čechové znali pivo velmi dobře. V Mexiku nejdříve pili kněží, potom indiánský lid při bohoslužbách⁹. Životopisy českého krále Václava IV. a anglického krále Jindřicha VII. zachycují jejich některé projevy, které jsou charakteristické pro chronické alkoholiky, připomíná DUŠEK cit. 2, s. 206. Jack London, Arthur Rimbaud a Paul Verlaine, Charles Baudelaire, Edgar Alan Poe nebo např. Jan Neruda, všechny tyto významné osobnosti jsou spojovány s alkoholismem.¹⁰ Termín „alkoholismus“ je připisován švédskému lékaři Magnussu Hussovi, který v roce 1849 toto označení osob závislých na alkoholu poprvé použil, ale jeho současný význam pochází od francouzského lékaře Gabriela z roku 1866. Trvalo, pak dalších téměř 100 let, než díky WHO v roce 1951 byl alkoholismus oficiálně používán za medicínský problém, jak uvádí Popov v KALINOVÍ cit. 4. Alkohol byl využíván k usnadnění víry v nadpřirozené síly, a jelikož požití alkoholu bylo motivováno zbožností, nic zlého na něm nebylo viděno ba naopak. I z pouhého globálního přehledu historie konzumace alkoholu je patrná její pestrost. A z historie k současnosti. Statistika alkoholismu 2010: „550 tisíc Čechů je závislých na alkoholu. Pětina lidí v Česku svým pitím riskuje závislost. Každý dvacátý už bez alkoholu nemůže žít. Ukázal to celorepublikový průzkum, první svého druhu.

¹⁰ HOUDEK, J., *Právo, Slavní umělci a velikáni, kteří holdovali alkoholu*[online]. 1.1.2011 [2011-01-26]. Dostupné z:<http://www.novinky.cz/zena/styl/220804-slavni-umelci-a-velikani-keri-holdovali-alkoholu.html>.

Alkoholiků je v Česku čtyřikrát více, než se myslelo. A drtivá většina z nich se ze závislosti neléčí¹¹. V současné době u nás ani neexistuje dostatečný počet lůžek v léčebnách závislostí¹². Když pacienta stabilizují v lůžkovém zařízení, efektivita léčby prudce klesá, pokud není zajištěna následná péče. V Česku chybí ambulance pro následné doléčování a rehabilitace. Navíc léky pro léčbu závislostí (třeba Antabus) v ambulantní léčbě žádná pojišťovna nehradí, ani na ně nepřispívá. Tak se o své zkušenosti dělí primář oddělení pro léčbu závislostí Všeobecné fakultní nemocnice v Praze MUDr. Petr Popov a PhDr. Ladislav Csémy cit. 12.

(Příloha č. 3)

1.3 Charakteristika závislosti na alkoholu

Odpovídající pro označení síly touhy, mohou být slovo chtíč nebo žádostivost jak přibližuje MINAŘÍK¹³. Hlavní popisnou charakteristikou syndromu závislosti je často silná někdy, až přemáhající touha požit psychoaktivní látku. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během 1 roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů, které dle WHO uvádějí NEŠPOR¹⁴ s MINAŘÍKEM cit. 5. :

- **silná touha nebo pocit puzení** užívat látku;
- **potíže v sebeovládání**, při užívání látky;
- **užívání látky k odstranění tělesných odvykacích příznaků**. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá látka příbuzná – s podobnými účinky.

¹¹ MLČOCH, Z., *Alkoholik.cz*, *Statistiky alkoholismu 2010*, -[online]. 26.1.2011 [2011-01-26]. Dostupné z: http://www.alkoholik.cz/zavislost/clanky_a_statistiky/statistiky_2010_550_tisic_cechu_je_zavislych_na_alkoholu.htm

¹² CTK, *Novinky.cz*, *online magazín deníku právo*[online]. 9.6.2010 [2011-01-20]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/zena/zdravi/202638-kazdy-desaty-cek-ma-problem-s-alkoholem.html>.

¹³ MINAŘÍK, J. *Definice závislosti*. [online] 18. 04. 2007 [cit. 2009-12-12]. Dostupné z: <http://www.drogy.net/portal/15uml15hes-drogy/zavislost-4/definice-zavislosti.html>.

¹⁴ NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost, Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha : Portál, 2000, revize 2002. s. 14-15. ISBN 80-7178-432-X.

- **průkaz tolerance** (potřeba vyšších dávek drogy k dosažení žádoucího stavu);
- **zanedbávání jiných zájmů a potěšení než je užívání drogy** ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k užívání nebo získání látky, nebo zotavení se z jejího účinku;
- **pokračování v užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků užívání** (depresivní stavy, nákaza virovou žloutenkou při injekční aplikaci, cirhóza jater při užívání alkoholu apod.);

Závislost na alkoholu se může vytvořit v úrovni *somatické* i *psychické*. *Somatická závislost* je definována jako stav adaptace organismu na drogu, který je doprovázen zvyšující se tolerancí a projevuje se abstinenčními příznaky při vysazení drogy. *Psychická závislost* znamená potřebu užívat opakovaně nebo trvale drogu k vyvolání příjemných prožitků a k odstranění prožitků nepříjemných a zatěžujících uvádí ve své knize VÁGNEROVÁ¹⁵. MINAŘÍK, cit. 13, popisuje dále, že psychická závislost se týká prožitku zhoršené kontroly pití nebo užívání drogy, zatímco *fyzická závislost* se opírá o toleranci a odvykací symptomy. KALINA cit 4, s. 55 píše o tomto druhu závislosti, že: „znamená syndromový komplex s jádrovým, psychickým cravingem, k němuž se přiřazuje narušená kontrola užívání, zaujetí užíváním a jeho pokračování navzdory následkům“: *Závislost zkřížená* (cross dependenc) je farmakologický termín označující schopnost látky potlačit příznaky vyvolané odnětím jiné látky a udržovat tak stav fyzické závislosti. Následkem tohoto jevu pak je, že závislost na látce snáze vzniká v těch případech, je-li již jedinec závislý na látce podobné (např. alkohol + benzodiazepiny nebo barbituráty – látky se sedativními účinky), což je uvedeno v TERMINOLOGICKÉM SLOVNÍKU cit. 6, s. 79.

¹⁵ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vydání. Praha:Portál, 1999. 448 s. ISBN 80-7178-214-9.

1.4 Klasifikace, typologie a vývoj závislosti na alkoholu.

Poruchy vyvolané nadměrným užíváním alkoholu jsou v MKN-10 uvedeny v oddílu F10. Z psychiatrického hlediska lze tyto poruchy rozčlenit do dvou základních skupin, jak uvádí KALINA¹⁶:

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

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

V odborné literatuře bývá dosud citována klasická Jellinekova *typologie* z r. 1940. Jellinek rozlišuje 5 typů závislosti na alkoholu, jak uvádí SKÁLA¹⁷ :

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

¹⁶ KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 151. ISBN 50-86734-05-6.

¹⁷ SKÁLA, J. et al. *Závislost na alkoholu a jiných látkách*. Praha: Avicenum, 1987.

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

Vývoj závislosti ve čtyřech vývojových stádiích, jak jej popsal SKÁLA¹⁸:

1, počáteční – symptomatické, mírný konzum alkoholu

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

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

4, konečné - terminální, poškození orgánů

Němečtí lékaři Gohlert a Kuhn¹⁹ označili stádia alkoholové závislosti takto:

1. fáze – počáteční, mírná konzum alkoholu

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

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

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

1.5 Znaký závislosti

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

Je jedním z podstatných znaků závislosti, nutkavá touha užít drogu je spojená s kompulsivním užíváním drogy. Jak píše KALINA, cit. 4, s. 33: „Přesný mechanismus carvingu není přesně znám, nicméně je zřejmé, že carving (alespoň jeho typ odpovídající nejvíce pojmu touha) souvisí zejména s dysbalancí dopaminergního systému“. Bažení se dostavuje při odnětí drogy nebo během abstinence při kontaktu s drogou či při setkání s kontextem s potencionálním užitím drogy. NEŠPOR cit. 14. s. 16 popisuje některé objektivní projevy při psychickém bažení: oslabení paměti,

¹⁸ SKÁLA, ...až na dno!?. Praha: Avicenum, 1988. s. 42-44.

¹⁹ CH., GOHLERT, F., KUHN. *Od návyku k závislosti*. Praha: Ikar, 2001. s. 88. ISBN 80-7202-950-9.

nálezy týkající se aktivace určitých částí mozku, prodlužuje se reakční čas- zhoršuje se postřeh, vyšší salivace (slinění), zvýšení tepové frekvence atd.

2. znak: ***Odvykací stav.***

KALINA, cit. 4, s. 34. poukazuje v souvislosti s odvykacím stavem, že na udržování užívání drogy u závislého jedince se nepodílí jen libostní složka efektu alkoholu nebo kterékoli jiné drogy (pozitivní posilování), ale poté i negativní posilování, a to především snaha vyhnout se odvykacímu stavu. Abstinenci symptomy jsou natolik nepříjemné, že nutí jedince požit alkohol nebo jinou drogu, na které je závislý, aby potlačil tyto nepříjemné abstinenci stavy. VETULANI²⁰ a NESTLER²¹ uvádí, že nejsilnější odvykací stavy se vyskytují právě u alkoholu a ostatních drog s tlumivým účinkem. Lze tedy předpokládat, že minimálně fyzický odvykací stav souvisí více s tímto tlumivým efektem než se samotnými odměňujícími vlastnostmi alkoholu.

3. znak: ***Potíže v sebeovládání.***

NEŠPOR²² „Sebeovládání se jasně týká chování“. Jedinec si špatně uvědomuje sám sebe a své emoce. Malé sebevědomí může souviset i s nadměrnou únavou a dlouhodobým vyčerpáním. Sebeovládání souvisí s bažením.

4. znak: ***Růst tolerance.***

NEŠPOR cit. 14, s. 23. píše, že: „tolerance se projevuje tím, že k dosažení stejného účinku je třeba vyšších dávek látek, nebo že stejné dávky mají nižší účinek“. KALINA cit. 4, s. 153. doplňuje, že pro vývoj tolerance na alkohol je charakteristické, že s rozvojem závislosti dochází zpočátku k jejímu zvyšování. Osoba závislá na alkoholu je tak schopná denně konzumovat velké množství alkoholu a přitom se nechovat obzvláště nápadně, nepůsobit dojem opilého člověka.

²⁰ VETULANI, J. Drug addiction. Part II. Neurobiology of addiction. *Polish Journal of Pharmacology*, 53, s. 303-317.

²¹ NESTLER, E. J. Total recall – the memory of addiction. *Science*, 292, s. 2266-2267.

²² NEŠPOR, K. *Jak zlepšit sebeovládání*. Ústí nad Orlicí: Ořis, 2007. s. 10. ISBN 978-80-86845-67-8.

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

NEŠPOR cit. 14, s. 24. Ve své knize popisuje důležitý znak, a to ten, že při závislosti na alkoholu nebo jiných psychoaktivních látkách dochází k zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch látky, na které je jedinec závislý.

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

NEŠPOR cit. 14, s. 25. uvádí toto: „Aby byl tento příznak diagnosticky validní, musí být pacient o škodlivých následcích informován“. Jestliže jedinec pokračuje v návykovém chování i po té, co je informován, pak se o znak závislosti jedná.

1.6 Teorie alkoholismu

Postupem času se tvoří různé teorie, které se snaží rozlišovat, jaké pití alkoholu je v normě a kdy už vzniká alkoholismus. Jiné teorie si kladou za cíl vysvětlit samotný vznik alkoholismu, píše VORBOVÁ²³. Shrnutí základních teorií, ve své knize uvádí KŘIVOHLAVÝ²⁴:

- **Morální teorie** stála na počátku tvorby teoretických koncepcí, vycházející z principu toho, že nějaké chování je morálně správné jiné naopak morálně nepřijatelné. Chování alkoholiků bylo z tohoto hlediska jednoznačně vnímáno jako nepřijatelné.
- **Genetický model**, podle něhož je alkoholismus projevem dědičnosti. Výborným „nástrojem“ k tomuto pojetí byla studie dvojčat, která naznačila, že určitá, ne však příliš velká část chování alkoholiků je pravděpodobně geneticky ovlivnitelná (asi 16 %).
- **Pojetí alkoholismu jako nemoci**. Soubor projevů, které je možno pozorovat u lidí, kteří propadají alkoholu, se výrazně mění – od začátku pití, až po delirium. Teorie pojetí alkoholismu jako nemoci přináší rozpracovaný průběh změn

²³ VORBOVÁ, R. *Vyléčit.cz*. [on line]. 2009 [cit. 2009 11- 08]. Dostupné z: <http://www.vylecit.cz/861/boj-s-alkoholismem-vi-část>.

²⁴ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. s. 198-202. ISBN 80-7178-551-2.

příznaků postupujícího alkoholismu. Tato teorie víceméně pomáhá “zařadit“ člověka, ale nedává odpovědi na otázky, proč k alkoholismu dochází.

- **Teorie snížení napětí v důsledku pití alkoholu.** Malé dávky alkoholu mají stimulační účinek. Z pozorování alkoholiků, se usuzovalo, že jedním z důvodů proč lidé „sahají“ po alkoholu může být právě tento moment – stimulace aktivity, která následně umožní lepší zvládnutí stresu a zlepšení nálady. U vyšších dávek alkoholu však Sher Levenson zjistili jev, který nazvali “Stress-Response - Dampening“ – SRD neboli snížení úrovně odpovědi či reakce na stresový podnět. Alkoholici se podle jejich experimentu spíše vyznačují tím, že se řešení těžkých situací vyhýbají, než tím, že by prožívali nižší stupeň vnitřního napětí.
- **Teorie očekávání – *expectance*.** Očekávání, které má alkoholik face to face alkoholu. Pokusy s placebem se odhalil fakt, že nadměrné očekávání „příznivého účinku“ je odlišuje od nealkoholiků. Alkoholici, kteří se domnívali, že dostali alkohol, ač ve skutečnosti dostali placebo, se chovali tak, jako kdyby alkohol dostali. U nealkoholiků tomu v tak velké míře nebylo.
- **Model sníženého sebe uvědomování.** Tzv. „duševní myopie“, která, je v kontextu sféry alkoholika chápána jako výrazné zúžení kognitivních funkcí závislého. KŘIVOHLAVÝ cit. 24, s. 199 uvádí: „Alkoholik ztrácí z rozsahové percepce věci, které se týkají jednak jeho samotného, jednak druhých lidí (sociálního kontextu jeho existence), času a reality.“
- **Sebepovyšování alkoholiků.** Self-inflation – „sebe nafukování“ alkoholiků zkoumali Bnaji a Steele, kteří předkládali osobám závislým na alkoholu seznam celkem pětaticeti charakteristik reálného a ideálního sebepojetí, a to za situace kdy byli pod vlivem alkoholu a nikoliv. Výsledky ukázaly, že pod vlivem alkoholu alkoholici sami sebe hodnotí a prezentují podstatně „výše“, než v situaci, kdy pod vlivem alkoholu nejsou, což naznačuje, že lidé se pod vlivem alkoholu vidí lepšími, než když pod vlivem alkoholu nejsou.
- **Vliv alkoholu na snižování úzkosti a stresu.** Vliv samotného alkoholu na snížení úzkosti prokázán nebyl.

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

1.7 Biologické, psychologické, rodinné a sociální faktory vzniku závislosti

KUDRLE²⁵ píše o komplexnosti příčin alkoholismu. U někoho jsou příčiny k excesivnímu pití psychologické, jinde převažují tendence genetické, vrozené dispozice nebo socio-kulturní. Specifické změny na úrovni neurobiologie při vzniku závislosti hrají také důležitou roli. HAJNÝ v KALINOVÍ cit. 4, s. 41 zmiňuje fakt, že na vznik a rozvoj závislosti lze shlížet různými úhly pohledu – mnoha lišícími se teoriemi. Lze nejlépe zkoumat a opírat se o ty oblasti, pro které existuje podpora ve výzkumu. Mezi tyto oblasti patří: rodina (tedy rodinné faktory) a vztahy v ní v souvislosti s alternativou vzniku a rozvoje závislosti. Dále faktor psychického vývoje v dětství a dospívání.

1.7.1 Biologické faktory

Alkoholismus jako diagnóza se objevuje v MKN od 60. let, a od té doby se také hledají příčiny a souvislosti, které by byly, co nejpřesvědčivější pro výklad biologické podstaty vzniku závislosti poznamenává KUDRLE cit. 25, s. 92. Okolnost za těhotenství, porodu, co ovlivňují neurobiologii jedince, a také psychomotorický vývoj dítěte, přítomnost nemocí a traumat. Zatím jediné ověřené genetické souvislosti se

²⁵ KUDRLE, S. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In: *Drogy a drogové závislosti – Mezioborový přístup*. Kapitola 2/1. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 92.

týkají právě závislosti na alkoholu. ŠERÝ²⁶. Z dosavadních poznatků vyplývá, že podíl genetických faktorů v multifaktoriální etiologii závislostí je značný a pohybuje se v rozmezí 40-60 %. Závislost na alkoholu a na nealkoholových drogách má společný genetický základ, který moduluje neurobiologické mechanismy závislosti na konkrétní látce. Výsledky výzkumu závislosti na alkoholu, který má delší historii a obsáhlejší bibliografii, jsou tedy ve značné míře platné také pro oblast nealkoholových drog. U alkoholiků se výzkumy prokazuje odlišná hormonální sekrece adrenálních žláz a dále se zdá, že u alkoholiků některé nervové tkáně preferují alkohol před cukrem v metabolickém procesu. Mnoho faktorů však zůstává nevyjasněno, jak uvádí KUDRLE cit. 25, s. 92.

1.7.2 Psychologické faktory

Jak nás do budoucnosti ovlivňují již úplně rané počátky našeho duševního života, se snaží ve své knize dokázat MATĚJČEK S LANGMAIREM²⁷, jejichž slova citují: „Trvající úzkost nebo tíživá nejistota týkající se vlastního mateřství může zanechat hluboké jizvy na osobnosti nenarozeného dítěte.“ KUDRLE cit. 25, s. 92 tato tvrzení téměř o 20 let později víceméně potvrzuje, když uvádí, že prožívá-li žena během těhotenství stres, ať už z jakýchkoliv důvodů, přenesení se tato informace i na plod. Jestliže žena - matka řeší stres užíváním tlumivých látek, přenesení se i tato informace na plod a vytváří vtisk, kód, o efektu tlumivě působících látek při prožívaném stresu a tento imprint, pak bude čekat na oživení v dalším vývoji jedince.

Proč člověk užívá látek, které mu způsobují změny stavu vědomí, jaké jsou psychologické faktory vzniku závislosti? KALINA cit. 4 s. 46-51 hledá odpovědi nejprve v minulosti a zmiňuje významně se angažující osobnosti, jakými byli: FREUD, FENICHEL, RADO. Vlastní schopnost ovládat - regulovat emoce a jejich narušení, v době, kdy se měly tyto procesy formulovat, jako podklad pro vznik závislosti zvažují WINNICOTT²⁸ a KHANTZIAN²⁹, kteří formují tezi, že v případě vzniku závislosti jde:

²⁶ ŠERÝ, O. Dědičnost látkových závislostí: podíl genetické výbavy na vzniku závislostí. *Zaostřeno na drogy: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti*, Praha, Úřad vlády České republiky. ISSN 1214-1089, 2007, vol. 2007, no. 3, s. 1-4.

²⁷ MATĚJČEK, Z., LANGMAIER J. *Počátky našeho duševního života*. Praha: Panorama, 1986. S. 116.

²⁸ WINNICOTT, D. W. Transitional objects and transitional phenomena. *International Journal of Psychoanalysis*, 1953, 34, s. 89-97.

„o deficit určitých psychických funkcí a celkovou slabost či křehkost „já““. Podle nich chybí z raného dětství zvnitřnění a naučení se „základní důvěře“, kterou při optimálním vývoji dítě nachází a odnáší si zkušenost a naději, že se může spolehnout na někoho mimo sebe, sdílet své emoce. Takové dítě, pak dokáže zvládat zvýšené napětí a strach a o nadměrně silné emoce se umí podělit nebo si s nimi umí poradit. KUDRLE cit. 25, s. 92 uvádí pak další významné faktory, na nichž se shodují i další odborníci: úroveň péče o harmonický vývoj dítěte, péče o vývoj a diferenciaci jeho potřeb a jejich přiměřené uspokojování s respektem k hranicím, dále podpora v době dospívání a utváření vlastní identity, adekvátní pomoc v případě potřeby.

1.7.3 Rodinné faktory

Existuje nějaký určitý rodinný faktor nebo dokonce typická struktura rodiny závislého? Rodinné prostředí závislých nelze jednoznačně charakterizovat spíše, než typickou rodinu závislého můžeme zobecňovat některé opakující se znaky, které se na rozvoji pravděpodobněji než na vzniku závislosti podílejí, tak uvádí problematiku HAJNÝ³⁰, který dále píše o výsledcích výzkumů: Ve výzkumech vztahů mezi závislými a jejich rodiči se objevily jak nadměrně angažované, přehnaně ochraňující tendence, tak i chladné a lhostejné postoje. Objevuje se i podíl pití alkoholu u otců závislých na heroinu. Byl zjištěn problém s pitím rodičů u více než 80 % heroinistů. Mnoho závislých má ve své anamnéze nezpracovanou zkušenost s opuštěním nebo náhlou smrtí rodiče – obvykle otce. V rodinných historiích vidíme poměrně často nahromadění traumatizujících prvků: sebevraždy, psychická onemocnění, násilí, úmrtí, rozvody rodičů, chronické partnerské konflikty. Pozorování a výzkumné závěry lze zobecnit do řady mechanismů či faktorů, které jsou pro rodiny závislých charakteristické.

²⁹ KHANTZIAN, E. J. The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 1985, 142, s. 1259-1264.

³⁰ HAJNÝ, M. *PhDr Martin Hajný*. [online]. 2004 [cit. 2009-31-13]. Dostupné z: <http://martin.hajny.net/next/11/zavislost-drogy-rodina-factory/>.

Nejvýznamnější z nich zde uvádím:

- **Nedostatečná pozornost nebo problematická reakce ze strany rodičů**

Podle HAJNÉHO, cit. 30 se chování dítěte utváří do značné míry v souladu s očekáváním či reakcemi (zpětnou vazbou) rodičů. Rovněž jistota a sebejistota dítěte roste s mírou pevné, nekolísající a také dostatečné pozornosti rodičů, která je věkově adekvátní. Nešpor cit. 14, s. 79 přiřazuje k tomuto rizikovému faktoru: „malá očekávání od dítěte a podceňování ho“ a dále uvádí, že: „výskyt jakékoliv neléčené a nezvládané návykové choroby u rodičů zvyšuje riziko jakékoliv návykové choroby u dětí.“. Terapeutická a poradenská práce s rodinami poskytuje poměrně reálný obraz o rodičovských postojích, schopnostech i nedostacích. Zdravějšímu rodinnému prostředí dle všech objektivních faktů, zabráňuje pravděpodobně nedostatečná pozornost k pozitivnímu chování dítěte a naopak nadměrná pozornost a citlivost k chybě a selhání. Chyby a selhání však nevyvolávají jistou a očekávatelnou reakci – byť kritickou či trestající. Výchovné nebo korigující postupy se místo toho dějí nedůsledně, neprůhledně a mnohdy prostřednictvím výčitek, skrytě vnucovaných pocitů viny anebo vynucovaných nerealistických předsevzetí. SZAPOCZNIK A COASTWORTH³¹ prováděli v této oblasti studie, z kterých vyplývaly jisté charakteristiky rodiny, kde se vyskytovaly závislosti:“ – užívání alkoholu nebo drog rodiči, jejich trestná činnost, - *nedostatečná či přehnaná péče rodičů o dospívající, - špatná komunikace mezi rodiče a dospívajícími, - nedostatek jiných pravidel a jejich rozporuplné uplatňování, - nedostatečná pozornost vůči vrstevnickým vztahům dítěte a jeho zájmů*“

- **Narušené či zatížené vztahy mezi dítětem a rodičem**

Roli otce v souvislosti s potencionální možností vzniku závislosti se zabýval PIN HAIRO³², který ve svých výzkumech došel k závěrům, že málo vřelý a problematický vztah dítěte s otcem se nápadně často vyskytuje v rodinách, kde se později u dětí projevovaly různé typy závislostí, především na alkoholu. Již v roce 1937 napsal

³¹ SZAPOCZNIK, J., COASTWORTH, J. D., An ecodevelopmental framework for organizing the influences on drug abuse. In Glantz. M. *Drug abuse: Origins and interventions*. Washington DC: American Psychological Association, 1999.

³² PIN, H., R. T., et al. Cocaine addict and their families. *International Journal of Psychoanalysis*, 2001, Vol. 82, s. 347.

KNIGHT³³, že: „otcové alkoholiků jsou obvykle uzavření, mají tendenci v rodině dominovat, ale nevhodně prosazují své zájmy a výchovné postupy“ KALINA, cit. 4, s. 44-45 k tomuto doplňuje fakt, že takový typ otce pro dítě nepředstavuje bezpečný vztah a zůstává tak příliš dlouho v silném vztahu s matkou. Chladný, slabý či nepřítomný otec je tedy značně rizikovým s ohledem na možný vznik nebo rozvoj závislosti. Pokud dojde k nějaké identifikaci syna s takovýmto otcem, pak to bývá určitá tvrdost, kterou pak nalzáme v tom, jak bezohledné a velké nároky na sebe závislí kladou. Děti se často za těchto okolností hroučí, reagují pocity selhání a viny, které se pak marně snaží zmírnit či odstranit účinky např. alkoholu. **Role matky**, tak jak ji popisuje PRESL³⁴, je dávana do souvislosti s možným vznikem závislosti především, pokud je tzv. *hyperprotektivní* - tedy matka, která nadměrně pečuje, ochraňuje, citově závisí na svém dítěti, a to často na úkor svých potřeb a vztahů. Výsledkem pak může být vybudování vzájemné závislé vazby, ze které dospívající nemůže odejít do samostatné dospělosti. Tato tzv. **falešná separace**, je opakem přirozeného osamostatnění, ke kterému by za ideálních podmínek v době dospívání mělo dojít. Jedinec, kterému nebylo dopřáno separace přirozené, se dostává do vnitřního konfliktu, může cítit potřebu nepodílet se na úzkých rodinných vztazích, starých rolích a soužitích, ale zároveň nebohý jedinec cítí pocit viny, že chce odejít, nebo naopak úzkost či prázdnotu z toho, že by měl být již samostatným. Kompromisním řešením je pro takový vnitřní konflikt, pak s velkou pravděpodobností vzniku abusu na alkoholu či drogách, které dočasně poskytnou falešné, chybějící pocity, jak také popisují KLOUČEK, STUHLÍK A HAJNÝ³⁵ a dále tyto autoři v KALINOVÍ cit. 16, s. 43 doplňují, že dospívající dítě se snaží odejít z rodiny (vývojový úkol), budovat si svou roli a identitu. K tomuto je, ale třeba mnoho podmínek:

- *Dospívající by měl vědět i cítit, že se odpoutat může, že jeho odchod nebude vnímán jako zranění nebo odmítnutí.*

³³ KNIGHT, R. P. The dynamic and treatment of chronic alcoholic addiction. *Bulletin of the Meninger Clinic*, 1937, Vol. 1, s. 538-549.

³⁴ PRESL, J. *Drogová závislost*. Praha: Maxdorf, 1994. ISBN 80-85800-25X.

³⁵ KLOUČEK, E., STUHLÍK, R., HAJNÝ, M. *Akta Y: Drogový problém versus rodina: Praktická příručka pro rodiče*. Praha: Votobia, 1999. s. 124. ISBN 80-7220-022-4.

- *Odchod je mnohdy doprovázen konflikty. Je tedy třeba, aby mezi dospívajícím a zbytkem rodiny byla možnost otevřeného konfliktu, zvládnutého bez pocitů zavržení a zklamání.*
- *U adolescenta by měla být patrná určitá chuť žít po svém, odhodlání, ne pouhý vzdor nebo snaha násilně se odtrhnout za každou cenu.*

KALINA cit. 4, s. 44, ale vysvětluje, že hyperprotektivní rysy jako příčinný faktor pro vznik závislosti nebyl výzkumy potvrzen (v roce 1983 takovýto výzkum provedl Vaillant, na kterého se autor odkazuje) a zdůrazňuje, že: „Podobná klinická pozorování je třeba chápat v celkovém kontextu vztahů a procesů, které probíhají okolo závislého chování“ a k domněnkám PRESLA vysvětluje, že zvýšená úzkost a pocit bezmoci je přeci vcelku přirozenou reakcí na nevysvětlitelné změny v chování dítěte, i když připouští, že potíže může nastat v okamžiku, pokud se pod tíhou starostí hroutí partnerský vztah, matky tak mohou ztrácet kolem sebe všechny důležité vazby a pak mají tendenci se obětovat a mnohdy pak nechtěně brání nesmělým pokusům dospívajících o osamostatnění, čímž se uzavírá začarovaný kruh. HAJNÝ cit. 2 v souvislosti s tímto tématem navazuje svými poznámkami, že závislé ženy a dívky mívají častěji zkušenost se vztahem k úzkostné či z jiných důvodů značně kontrolující matce opodstatněně zmiňován bývá i citelně chladný a racionální přístup matky k dceři. Obvykle jde o značně složitý vzorec – matka k sobě například od malička dceru poutá a využívá ji jako důvěrnici či spojence (což může malé holčičce velmi imponovat). Hrozící oddálení vyvolané dospíváním dcery může pak vyvolat nečekaně silnou úzkost a tendenci uchovat vztah v původní podobě a zde vzniká problém. Specifickým rizikem, jsou rovněž závislé matky či alkoholičky, jelikož se samozřejmě stávají pro dcery nevhodným identifikačním vzorem a také například zdrojem rezignace na uspokojení z ženské role nebo návodem k řešení citových problémů pomocí alkoholu či jiných látek.

- **Chaotické či špatně vymezené vztahy mezi generacemi**

Podle HAJNÉHO cit. 22, má být v rodinách především jasně stanoveno, kdo má co dělat, co je čí starost a čím si kdo může být jistý. Dítě pak vyrůstá v dramatické nejistotě, kde se neustále mění jeho kompetence, svoboda i odpovědnost. Dítě je tedy zmatené a můžeme jen spekulovat o tom, že se to podobá tomu, jak se v praktickém životě projevuje nezralost a nejistota závislých. Extrémním narušením mezigeneračních hranic je sexuální zneužívání či incest. Následky tohoto traumatu velmi často vedou k problémům se sebeúctou, v partnerských vztazích apod. Je známo, že mezi závislými na alkoholu jsou také ve vysokém procentu zastoupeny ženy v dětství zneužívané.

- **Skryté a nedostatečné či naopak nadměrné vyjadřování kritiky a hněvu v rodinách**

Zlost, vztek, agresivní reakce nebo důsledná asertivita – variabilita způsobů, jak s těmito přirozenými emocemi a afekty zacházet je velká. Otevřená komunikace a vyjádření vlastního názoru není bohužel vždy samozřejmostí. Zvýšená hladina napětí, obava ze zneužití otevřené komunikace nebo pocit ohrožení v domácím prostředí vedou k různorodým nepříznivým důsledkům pro všechny členy rodiny. Takto se k tématu vyjadřuje HAJNÝ cit. 30.

- **Jeden či více závislých členů rodiny**

Jedním z nesporných faktorů pro vznik a rozvoj závislosti u dítěte a další zhoršující jevy v rodině je závislost (v našich podmínkách alkoholová) dalšího člena rodiny (obvykle rodiče). Ukazuje se, že míra rizika narušení dítěte je úměrná tomu, jak závislost rodiče ovlivňuje chod rodiny. Dá se předpokládat, že rizikový vliv závislého člena rodiny na dítě spočívá mimo jiné v tom, že se může stát modelem. Typické popírání závislosti ze strany rodiče vede k hlubokému narušení důvěry a hromadění bezmocného vzteku. Problematické jsou i důsledky chování druhého rodiče, který je vůči evidentním problémům svého partnera raději slepý anebo řešení donekonečna odkládá. ROTGERS³⁶ píše o „**modelu nemoci rodiny**“, který se odvozuje od situace,

³⁶ ROTGERS, F. et al. *Léčba drogové závislosti*. Kapitola 7. Praha: Grada, 1999.

kdy např. popíjení manžela spojené s nějakou zálibou či společenskou aktivitou, postupně způsobí, že starost o domácnost, děti a další rodinné funkce převezme žena. Jí to zpočátku není na obtíž. Pozvolna však zcela jistě na ni dopadá zátěž, schází ocenění a také pocit vzájemnosti. Následují hádky apod. Negativní atmosféra vede k dalšímu „odpojování“ manžela, což ho podporuje v jeho nynějším směřování. Syn tak může obsadit roli jakéhosi náhradního partnera. Tímto se možná rodina stabilizuje, ale jen ve smyslu držení se stereotypu, který jej udržuje a neruší. **O spoluzávislosti**, kterou popisuje HAJNÝ v KALINOVÍ cit. 16, s. 42., tak jak jej označilo hnutí Anonymních alkoholiků (AA) ve Spojených státech amerických se vyjadřuje takto: „Spoluzávislost označuje souhrn motivů, postojů, komunikace a chování, kterým rodina nebo partner či partnerka závislost spíše podporují, rozvíjejí, anebo naopak sabotují či zlehčují snahu o vyléčení“. Partner nebo rodina závislé chování jakoby umožňují, jsou „slepi“ vůči zjevným souvislostem (neschopnost dodržet určitá pravidla, bagatelizace obtíží či potřeby léčby). HAJNÝ cit. 16, s. 46 uvádí další znaky, které mohou v souvislosti s ostatními faktory vést ke vzniku závislosti u dospívajícího jedince nebo být predisponujícím faktorem pro vznik závislosti v dospělosti. Jsou jimi:

- *Nároky na předčasnou zralost dětí. Děti se stávají důvěrníky rodičů;*
- *Nadměrná volnost a liberální výchovný přístup. Nadměrná náročnost a kontrola;*
- *Manipulativní komunikace a vztahy. Řešení negativních emocí náhradním způsobem;*
- *Příliš časté či silné pocity viny či studu. Dítě je nástroj neuspokojených ambic rodičů.*

1.7.4 Sociální faktory

Vliv sociálního prostředí na vznik závislosti je vlivem se širokou škálou od nejobecnějších okolností jako je rasová příslušnost, společenský status rodiny, úroveň sociální zajištěnosti, až po konkrétnější ovlivňování, tak míní KUDRLE cit. 25. s. 92. O

kulturním vakuu vznikajícím snížením funkce rodiny a vedoucím ke glorifikaci zábavy a násilí stejně tak jako k požívání látek měnících vědomí, které jedinec užívá jako únikový prostředek od problémů s identitou, frustrací, zklamáním či nudou píše KALINA cit. 16, s. 60. KUDRLE cit. 25 s. 93 poukazuje na kvalitu rodinných vztahů na absenci rituálů pozitivně ovlivňujících a formulujících zrání jedince, že mladiství hledají identifikační vzory mimo svou rodinu. V procesu sociálního učení hraje tedy nezastupitelnou roli kolektiv vrstevníků, škola, zájmová činnost a vztahy nás dospělých jak se dále k tématu vyjadřuje KUDRLE cit. 25. s. 93 je tato sociální úroveň: „apelem kultivovat svůj vlastní obraz, který mladým, jako poselství do jejich životů předkládáme“.

1.8 Shrnutí rizikových faktorů vzniku závislosti

Rizikové faktory lze zjednodušeně rozdělit do několika úrovní, tak je členění na URL portálu ³⁷: jedinec – rodina – škola – vrstevníci – společnost.

- **Jedinec** - mezi rizikové faktory na úrovni jedince patří poruchy chování, nízká výkonnost, slabé sociální dovednosti, handicap, chronická traumatizace, neadekvátní sociální vazby, pro-rizikové chování, pro-drogové postoje, chybné vnímání škodlivosti rizikového chování (např. škodlivosti drog, efekt drogy), raný začátek experimentování s návykovými látkami, zvědavost, různá míra odlišnosti.
- **Rodina** - mezi rizikové faktory na úrovni rodiny patří historie závislosti v rodině, pro-rizikové chování v rodině (např. pro-drogové postoje), nedostatek vzájemné citové vazby rodič – dítě, užívání drog rodiči nebo sourozenci, rizikové chování rodičů či sourozenců, nejasná pravidla v rodině.

³⁷ *Ostrov radosti* [online]. 2010 [cit. 2011-12-2]. Dostupné z: <http://www.ostrovzl.cz/prevence/zavislost/>.

- **Škola** - mezi rizikové faktory na úrovni školy patří neefektivní program primární prevence, nejasná pravidla týkající se rizikového chování např. návykových látek, nepřátelská atmosféra, aktivity zaměřené především na výkon a konkurenci žáků, podceňování spolupráce s rodiči.
- **Vrstevníci** - mezi rizikové faktory na úrovni vrstevníků patří extrémní postavení ve skupině, užívání drog vrstevníky, pro-rizikové chování vrstevnické skupiny, vazba na rizikové skupiny nebo organizace a další.
- **Společnost** - mezi rizikové faktory na úrovni společnosti patří snadný přístup dětí/dospívajících ke všem formám rizikového chování, např. k drogám (včetně alkoholu a tabáku), aktivní nabídka návykových látek, pro-rizikové normy a hodnoty chování ve společnosti, společenský stres, náhlá změna společenského klimatu, špatná ekonomická a sociální situace ve společnosti.

1.9 Alkoholismus a duševní poruchy

Predisponující pro vznik závislosti na alkoholu mohou být a jsou některá duševní onemocnění a poruchy:

- *Afektivní poruchy*
- *Neurotické poruchy a poruchy vyvolané stresem*
- *Návykové a impulzivní poruchy*
- *Poruchy osobnosti*

Poruchy osobnosti, jsou v centru zájmu adiktologie od zavedení svých diagnostických kritérií. Jejich výskyt je u jedinců se závislostí na alkoholu vyšší než v běžné populaci, jak popisují ve svém výzkumu BODNÁR a kol.³⁸ Za nejčastěji diagnostikovanou poruchu osobnosti v souvislosti se závislostí na alkoholu zjistili u

³⁸ BODNÁR, B., PÁLOVÁ, E., KOVANČIKOVÁ, M. et al. *Prevalencia poruch osobnosti u pacientov so závislosťou od alkoholu: Vlastné skúsenosti*. Alkoholismus a drogové závislosti. roč. 44- 1.2009, s. 3. ISSN 0862 – 0350.

mužů hraniční, antisociální a narcistickou poruchu. U žen dominuje histriónská a závislá porucha osobnosti, čteme v PÁLOVÉ³⁹. „Poruchy osobnosti pravděpodobně přispívají ke vzniku závislosti, které závažnost a průběh potom často zhoršují“ míní BODNÁR cit. 39, s. 10.

Některé poruchy může naopak abúzus a závislostí na alkoholu vyvolat:

- *Prostá nekomplikovaná opilost (ebrietas simplex)* - je projevem akutní intoxikace alkoholem a závisí na množství požitého alkoholu, snášenlivosti atd. Zůstává stále spojení s realitou a vnímání okolí, ale toto vnímání může být nepřesné a zúžené.
- *Patická alkoholová ebrieta* - je definována jako obnubilace (porucha vědomí, vnímání, mráкотný stav, obluzené vědomí) a nezáleží na tom, jestli vznikla u závislého jedince či nikoliv. Je významnou a poměrně vzácnou poruchou i z hlediska soudně-právního píše FLEISCHER et al⁴⁰.
- *Komplikovaná alkoholová opilost, (ebrietas complicata)* - porucha se vyznačuje déle trvajícím psychickým vzrušením, agresivními tendencemi s možným bezdůvodným napadáním okolí. Objevují se palimpsesty (alkoholová okénka). Někdy je tento stav doprovázen krátkodobou poruchou vědomí (kómatem, deliriem).
- *Mnestická porucha – palimpsest (alkoholové okénko)* - je výpadek vzpomínek na období ebriety.
- *Abstinenční syndrom* - vzniká u jedinců závislých na alkoholu po tom, když přestanou náhle alkohol požívat. Má příznaky jednak *psychické* (úzkost, strach, poruchy spánku, depresivní nálada, neklid, třes, apod.), jednak *somatické* (mají podobu různých bolestí: hlavy, končetin, v kloubech, dále nechutenství, křeče). Diagnóza závislosti na alkoholu není tak jednoduchá, jak se na první pohled

³⁹ PÁLOVÁ, E. et al. *Personality disorder and its impact on alcohol dependence in female patients. 2 World Congress on Women's Mental Health*, March 2004, Washington, s. 156.

⁴⁰ FLEISCHER, J., ANDRÉ, I., JALČ, J. *Vybrané poruchy súvisiace s konzumom alkoholu a so závislosťou od alkoholu. Alkoholismus a drogové závislosti*.roč. 44 – 5- 2009. s. 294 – 304. ISSN 0862 – 0350.

může zdát. Diagnózu podkládá větší počet symptomů a jejich znaků, předkládají KOLIBÁŠ a NOVOTNÝ⁴¹

- *Psychotické poruchy* mohou vznikat buď náhle po požití alkoholu nebo se mohou postupně rozvíjet. Projevují se jako:
- *Alkoholová halucinóza* - porucha vnímání.
- *Alkoholická bludná porucha* - porucha myšlení, bludy vztahovačnosti, žárlivecké bludy.
- *Schizofrenní alkoholická porucha* - vyskytují se bludy a halucinace alkoholické etiologie.
- *Depresivní psychická porucha* – porucha emotivity v podobě rozlad, poruch spánku, rozmrzelosti, depresivní až anxiózně depresivní syndrom.
- *Delirium* – porucha vědomí.
- *Poruchy osobnosti* – mají podobu povahových změn.

Některé z těchto poruch vymizí po vynechání alkoholu velmi rychle (např. alkoholová halucinózy), jiná ale pak naopak mají dlouhodobý vývoj, tak popisuje problematiku DUŠEK A VEČEŘOVÁ cit. 2., s. 212.

1.10 Důsledky alkoholismu

Somatické a psychické důsledky alkoholismu jsou s jejím postupujícím stádiem neodvratitelné. (Příloha č. 4)

K nejzávažnějším důsledkům alkoholismu na *tělesné zdraví* člověka patří podle shrnutí NEŠPORA⁴²:

⁴¹ KOLIBÁŠ, E, NOVOTNÝ, V. *Alkohol. Drogy. Závislosti. Bratislava: UK. 2007. 260 s.*

⁴² NEŠPORA, K. *Alkoholik.cz*. [online] 13. 5. 2009 [cit. 2010-03-02]. Dostupné z: http://www.alkoholik.cz/zavislost/psychika_a_telo/telo_a_alkohol_jak_pusobi_alkohol_na_organy_a_mozek.html.

- oslabení imunitního systému;
- onemocnění jater – EHRMANN et al.⁴³ dále specifikují poškození jater způsobené alkoholem: alkoholická steatóza, alkoholická cirhóza a její komplikace jako jsou: jaterní selhání, portální hypertenze, ascités.

V publikaci Státního zdravotního ústavu uvádí dále HAMPL⁴⁴:

- infekční nemoci;
- zhoubné nádory;
- nemoci žláz s vnitřní sekrecí;
- poruchy výživy a přeměny látek;
- nemoci krve a krevetvorných orgánů;
- nemoci nervové, oběhové, trávicí soustavy;
- nemoci kůže a svalů;
- úrazy a otravy;
- fetální alkoholový syndrom.

Důsledky vlivu alkoholu na *duševní zdraví* je popsáno v předchozí kapitole.

Nepřímé následky:

- zanedbávání životosprávy, nedodržování základních hygienických návyků;
- nerespektování svého zdravotního stavu, narušení sociálních vztahů.

1.11 Primární, sekundární a terciální prevence

Pojem prevence přišel z medicíny (z lat. praevenire, předcházet). Prastaré medicínské pravidlo říká, že je lépe nemoci předcházet, než ji léčit. Prevence znamená soustavu opatření, která mají předcházet rizikovým projevům chování.

⁴³ EHRMANN, J. jr., SCHNEIDERKA, P., EHRMANN, J. *Alkohol a játra*. Praha: Grada, 2006. s 88-111, 168. ISBN 80-247-1048-X.

⁴⁴ HAMPL K. *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. s. 48. Praha: Státní zdravotní ústav. ISBN. 80-7071-230-9.

Prevence projevů rizikového chování se dělí na *primární, sekundární a terciární*. *Prevence primární* se dále dělí na prevenci *nespecifickou a specifickou*. Cíle, metody a prostředky se liší podle typu prevence, uvádí zdroj cit. 38.

1.11.1 Primární prevence

Primární prevencí se rozumí veškeré konkrétní aktivity realizované s cílem předejít problémům a následkům spojených s rizikovými projevy chování, případně minimalizovat jejich negativní dopad, včetně dalšího šíření, nebo tyto problémy oddálit do co nejpozdějšího věku⁴⁵. Primární prevence si podle KUDRLEHO cit. 18 s. 18 – 23 klade za cíl odradit od prvního požití alkoholu nebo alespoň odložit první kontakt na co nejpozdější dobu, a dále cituji výše jmenovaného autora: „Specifickým cílem je tedy šíření osvěty mezi rizikovou populací. Tato prevence má programově podporovat zrání jedince, aby, co nejbezpečněji prošel cestou hledání vlastní identity“.

A. Specifická prevence

Jedná se o aktivity a programy, které jsou zaměřeny specificky na předcházení a omezování výskytu jednotlivých forem rizikového chování dětí a mládeže. Snahou je, aby cílová skupina získala znalosti, dovednosti a postoje podporující zdravý životní styl a aby tyto nástroje dokázala uplatnit ve svém chování nejen v době realizace programu, ale i v budoucnosti, píše MIOVSKÝ et all. cit. 44.

Specifickou primární prevenci dělíme na 3 typy, které na sebe v případě potřeby vzájemně navazují:

A1. Všeobecná primární prevence je zaměřena na **běžnou populaci** dětí, dospívajících a dospělých bez dalšího dělení na méně či více rizikové skupiny. Nejčastěji se jedná o programy realizované nestátními neziskovými organizacemi a pedagogicko-psychologickými poradnami přímo ve školách. Jedná se o programy se zpracovanou metodikou.

⁴⁵MIOVSKÝ, M et all. *Vybrané termíny primární prevence, MŠMT ČR* [online]. 2007 [cit. 2011-02-22]. Dostupné z:<http://www.msmt.cz/socialni-programy/vybrane-termíny-primární-prevence>.

A2. *Selektivní primární prevence* se zaměřuje na ohrožené skupiny (děti, rodiny, nebo celé komunity), kde může být kvůli nedostatečným sociálním vazbám a prostředkům větší pravděpodobnost, že se lidé začnou chovat rizikově, např. užívají drogy, nebo se u nich vyvíjí závislost na drogách, apod. Např. **na úrovni školy** se jedná o individuální poradenství a alternativy ve formě tvůrčích nebo sportovních aktivit a různé interaktivní programy.

A3. *Indikovaná primární prevence* je zaměřena přímo na jedince, u kterého jsou ve zvýšené míře přítomny rizikové faktory pro vznik závislosti a jiných projevů rizikového chování, tj. je více ohrožen než jeho vrstevníci a jiné osoby běžné populace (tj. určená dětem, které předčasně ukončily školní docházku, lidé s psychickými poruchami, protispolečenským jednáním nebo s prvními známkami užívání drog a v neposlední řadě děti a dospívající z nefunkčních rodin). Jedná se o včasnou cílenou a dlouhodobou práci s dětmi, jejich rodinami a pedagogy formou individuálních a rodinných konzultací, tak přehledně uvádí web. cit. 43.

B. Nespecifická prevence

Prevence tzv. komplexní, představuje základ a nosný prvek prevence primární. Tato prevence je předcházení tzv. „antisociálního“ chování⁴⁶. Je zaměřená na posílení osobnosti a schopností člověka; na dovednost umět zvládat a řešit problémy. Vychází z podstaty člověka naplňovat vlastní potřeby, nadání a vede k přirozenému poznání, při němž dítě nalézá poučení v běžných situacích ze života za podmínky, že je současně poskytnuta pravdivá informace. Pravdivá informace podaná včas přiměřenou formou dle věku dítěte/dospívajícího je základem nespecifické, ale později i specifické prevence. Jejím obsahem jsou všechny techniky umožňující rozvoj harmonické osobnosti, včetně možnosti rozvíjení nadání, zájmů, pohybových a sportovních aktivit, které podporují zdravý životní styl, a které vedou k přijetí zodpovědnosti za svůj život a své zdraví. Jedná se o aktivity, které obecně napomáhají snižovat riziko vzniku a rozvoje jakýchkoli nežádoucích forem chování a to prostřednictvím lepšího využívání a

⁴⁶ *Výchova ke zdraví, Umíme porozumět pojům o zdraví a prevenci* [online]. 2009 [cit. 2011-1-22]. Dostupné z: <http://www.vychovakezdravi.cz/clanky/pojmy.html>.

organizace volného času. Znamená to, že mají určitý obecný protektivní potenciál. Do nespécifické prevence patří zájmové kroužky, dále sportovní aktivity apod.

1.11.2 Sekundární prevence

Sekundární prevenci se rozumí předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání rizikového chování. V tomto pojetí je sekundární prevence název pro včasnou intervenci, poradenství a léčení. Má za cíl podporu a pomoc vést smysluplný a spokojený život, tak uvádí zdroj cit. 43. Jde o léčebné působení, hledání smyslu života, životních hodnot, možnost uvědomit si reálné vztahy a vazby ke svému okolí, upevňování hodnot souvisejících s nabytou abstinencí, tak popisuje KUDRLE cit. 18, s. 21. Velice účinnou se jeví *skupinová psychoterapie*, jelikož vědomí, že: „nejsem sám, mohu sdílet spolu s ostatními své zoufalství a své naděje“. Psychoterapii jako účinnou formu léčby alkoholismu a jiných závislostí popisují i BARTOŠÍKOVÁ A MIOVSKÝ⁴⁷ a vyjadřují se k ní jako k nedílné součásti bio-psycho-sociálního přístupu ke zdraví, která se používá při prevenci, léčbě i rehabilitaci a zahrnuje nejen klienta samotného, ale i osoby pro něj důležité, zvláště jeho rodinu. Léčba se jak dále uvádí KUDRLE cit. 18, s. 21 ve standardním léčebném uspořádání rovněž zaměřuje na předpoklady **biologické** - medicínská léčby nemoci, **psychologické** – zahrnující psychodiagnostiku a na ní navazující psychoterapeutické techniky, **sociální** - ty jsou reflektovány na úrovni sociální práce, sociologického výzkumu, zkoumání sociogenních vzorů, které podporovaly vznik závislosti, a **spirituální** – jsou zahrnuty např. v léčebných systémech, které jsou založeny na filosofii „Anonymních alkoholiků“ nebo přijímají z těchto programů jakousi kostru léčebné filosofie, využívá se mediálních technik, holotropního dýchání, jógických cvičení apod.

1.11.3 Terciální prevence

Terciální prevence je zaměřena na osoby, které nejsou schopny či ochotny se rizikového chování vzdát. Cílem je tedy realizace specifické intervence a opatření

⁴⁷BARTOŠÍKOVÁ, I., MIOVSKÝ, M. Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislosti. In: *Drogy a drogové závislosti – Mezioborový přístup*. Kapitola 2/1. Praha: Avicenum, 2003. s. 25.

vedoucích ke změně rizikového chování, jež by mohlo mít za následek poškození zdravotního stavu nebo jejich sociální situace definuje ZÁBRANSKÝ⁴⁸. Jedná se o předcházení následků a dalším škodám rizikového chování. Zaměříme-li se opět na jednotlivé složky osobnosti a přístupu k ní, pak **sociální úroveň** je v tomto kontextu velice podstatnou – patří sem: pomoc při hledání zaměstnání, pomoc rodině, kontakt s úřady atd. K **biologickým předpokladům** terciální prevence patří zprostředkování cílené zdravotnické pomoci. **Psychologickou** pomocí je komplex doléčovacích aktivit, individuální a skupinové poradenství, rodinné poradenství a psychologická podpora rodiny a závislého v těžké fázi závislosti. **Spirituální** dimenzí v kontextu této prevence se rozumí u jedinců, kteří svým nezměrným pitím poškodili své zdraví, až do fáze selhávání organismu a pravděpodobnosti blížící se fyzické smrti psychologická pomoc při smířování se s tímto nezvratným faktem, tak problematiku uvádí KUDRLE cit. 18., s. 22-23.

1.12 Kvalita života

Kvalita života je velice široký a nejednoznačně definovaný pojem, ale ačkoliv chybí dle KŘÍŽOVÉ⁴⁹ jasná shoda o jeho obsahu, nabývá koncept kvality života stále více na významu a stává se klíčovým pro hodnocení individuálního i kolektivního lidského života. BALCAR⁵⁰ shodně s KŘÍŽOVOU cit. 51 uvádí pojem multidimenzionální, protože popisuje a hodnotí lidský život. Přes tuto jeho vlastnost (multidimenzionalitu), existuje shoda, že zahrnuje 3 hlavní domény: **fyzické prožívání, psychická pohoda a sociální postavení jedince a jeho vztahy k druhým lidem.** KŘÍŽOVÁ cit. 34., s. 351 dále uvádí: „I když kvalita života a její hodnocení vyjadřují individuálně zakotvenou a subjektivně prožívanou skutečnost není asi pochyb, že se do této dimenze promítá sociální minulost, současnost i budoucnost daného jedince, jeho vztahy k druhým lidem, skupinám, kultuře a politice.“

⁴⁸ ZÁBRANSKÝ T. 2003: *Drogová epidemiologie*. 1. vyd. Olomouc: 95 s. ISBN 80-244-0709-4.

⁴⁹ KŘÍŽOVÁ, E. Sociologické podmínky života. In PAYNE, J. et al. *Kvalita života a zdraví*. Praha. Triton, 2005. s. 351. ISBN 80-7254-657-0.

⁵⁰ BALCAR, K. Životní smysl a kvalita života. In *Kvalita života a zdraví*. Praha. Triton, 2005. S. 253-261. ISBN 80-7254-657-0.

Vývoj pojmu kvality života nastiňuje KEBZA⁵¹, který připomíná práci J. Bergsama a G. L. Engela z roku 1988, kteří píšou o tom, že otázkou kvality života se lidé zabývali odedávna, neboť byli vždy schopni zamýšlet se a uvažovat o svém životě. Pojem kvality života byl dle HNILICOVÉ⁵² poprvé použit ve 20. letech 20. století, v souvislosti s úlohou státu v oblasti materiální podpory nižších vrstev. V 60. letech opět zazníval pojem kvality života, tentokrát z úst amerického prezidenta Jonsona, který v jednom ze svých projevů prohlásil zlepšování kvality života Američanů za cíl své domácí politiky. A zakotvení tohoto termínu v sociologii se datuje od 70. let. Kvalita života je v současné době velmi diskutovaný koncept, zahrnující dvě základní dimenze, jak uvádí MAREŠ⁵³, a to subjektivní a objektivní. Objektivní kvalitou je myšleno dosažení určitých základních sociálních a materiálních podmínek pro život, společenský status jedince a fyzické zdraví. Subjektivní kvalitou života je míněna všeobecná spokojenost či nespokojenost s vlastním životem, jednoduše to, jak hodnotíme vlastní život.

Různé vědecké obory, ale především ty, které se alespoň z určitých aspektů věnují problematice člověka, se snaží objevit, charakterizovat a smysluplně uspořádat činitele determinující kvalitu života, ač už v pozitivním nebo negativním smyslu. Zkoumají se dopady nezaměstnanosti,(ne)výkonnosti ekonomiky té - které krajiny, vliv stravovacích návyků, pití alkoholu, kouření,(ne)dostatku pohybu a dalších faktorů, tak jak se k tomuto tématu vyjadřují BENKOVIČ A GARAJ⁵⁴. KOVÁČ⁵⁵ popisuje kvalitu života jako: „osobnostně-emoční-kognitivní psychoreflexi trvalejšího stavu jednotlivce, spočívající v porovnání reality s ideálem, především podle vyznávaných hodnot, v kontextu společnosti, civilizace a kultury“. BENKOVIČ A GARAJ cit. 37, s. 131 ke svým faktům přiřazují i ukazatele podle ZIKMUNDA z roku 1997, které se stále zdají být zcela aktuální:

⁵¹ KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. Vydání. Praha: Academia, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.

⁵² HNILICOVÁ, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. s. 205-216. ISBN 80-7254-657-0.

⁵³ MAREŠ, J. et. Al. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. 1. VYD. Brno: MSD, 2006. 228 s. ISBN 80-86633-68-9.

⁵⁴ BENKOVIČ, A., GARAJ, V. Kvalita života u lidí závislých od alkoholu a jej změna v průběhu léčby. *Alkoholismus a drogové závislosti*, 2009, roč. 44, č. 3, s. 129-152. ISSN 0862 – 0350.

⁵⁵ KOVÁČ, D., Kvalita života – naléhavá výzva pro vědu nového století. *Československá psychologie*, 2001, roč. 45, č. 1, s. 34-44. ISSN 0009 – 062X.

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

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

V psychologickém pojetí kvality života se sledují dva základní aspekty, a to.: spokojenost se životem a prožívání subjektivní pohody. Při zjišťování spokojenosti v životě se hledají cenné odpovědi na otázky, co činí lidi spokojenými, jaká je struktura faktorů, které k dosažení spokojenosti přispívají a také, jak jednotlivé společenské instituce ovlivňují spokojenost lidí. Při zjišťování subjektivní pohody je kladen důraz na všeobecné hodnocení kvality života, jako takového, jak uvádí MAREŠ cit. 36. Dotýkáme se tedy otázek smysluplnosti života, kterými se zabýval už Platon a tato tematika je stále živá a zajímavá i na počátku třetího tisíciletí. KŘIVOHLAVÝ⁵⁶ ve své knize shrnuje názory různých autorů (např. Baumaistera) a na otázku: *Co je štěstí?* Odpovídá, že jsou to pozitivní a příjemné emocionální zážitky, že je to klid a mír, také bezpečí a nepřítomnost negativních emocí, že je to spokojenost se životem v dlouhodobém pohledu. Na pocitu štěstí se dále také podle autorových poznatků významně podílí zdravotní stav, a to především ten subjektivně vnímaný pocit zdraví. Autor vyzdvihuje důležitost sociálních vztahů. KŘIVOHLAVÝ cit. 39., s. 174 používá ve své knize poznatky Baumaistera, který uvádí čtyři oblasti cílů, k nimž bývá v současné době život zaměřen: k oblasti práce, lásky, štěstí, sebepojetí - identity. KŘIVOHLAVÝ cit. 39., s. 181 poukazuje s ohledem na pro pocit štěstí, na kritickou důležitost pohledu na život, píše, že pokud je uspokojena potřeba smysluplnosti života,

⁵⁶ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence*. Praha: Grada, 2006. s. 179-185. ISBN 80-247-1370-5.

když má dobré přátele, když si staví dosažitelné cíle a snahy, když zvládá poměrně dobře překážky a kultivuje mírně optimistické iluze, potom, bez ohledu na to, co se děje, je šťastnější. Ne náhodou s tímto poznatkem koresponduje i fakt, který dle výzkumů uvádí BENKOVIČ A GARAJ cit. 37, s. 133: „závislost na alkoholu souvisí především s poklesem sebeúcty, s poklesem pocitu sociálního přijetí, s nárůstem pocitu sociální nepotřebnosti“ a dodávají, že v souvislosti se vznikem nebo předcházející vzniku závislosti na alkoholu dochází k pocitu neužitečnosti, zmaru, ztráty smyslu života, smutku, objevují se příznaky deprese a neuróz, a tyto vystupňované příznaky mohou vést, až k suicidálním pokusům i k dokonáným sebevraždám. Dochází k zhoršení nejen psychického, ale i tělesného zdraví. Autoři svými výzkumy potvrdili své hypotézy, že skupina alkoholiků bude mít jasně nižší úroveň kvality života, subjektivní pohody a vnímání vlastního smyslu života než skupina nealkoholiků a dále, že úroveň kvality života bude po absolvování léčby vyšší. Výše popsané fakta, podepřená výzkumnou a empirickou skutečností nás přenesly do **sociologického pojetí kvality života**, k nimž přiřadím dle IZPE⁵⁷ faktor vzdělání, ekonomické situace, etnické příslušnosti, profese, rodinného stavu, partnerství a rodičovství. Vzdělání je pak faktorem, mající největší vliv na subjektivní hodnocení zdraví. Lidé s vyšším vzděláním mají větší šanci uplatnit se v konkurenční a výkonově orientované společnosti, lépe se orientují a tudíž i lépe řeší eventuelně vzniklé existenční problémy. **S medicínským pojetím kvality života** se setkáváme od 70. let. První verze dotazníkových nástrojů začaly vznikat v 80. letech a dnes máme k dispozici více, než 200 dotazníků zaměřených na různé aspekty kvality života uvádí HNILICOVÁ cit. 35 s. 211. a dodává: „Lékaře dnes musí zajímat, jakou kvalitu života mají pacienti trpící různými nemocemi, či jaký je dopad konkrétní zvolené terapie na kvalitu jejich života“ V medicíně a ve zdravotnictví je těžiště zkoumání kvality života posunuto do oblasti fyzického a psychosomatického zdraví. Kvalita života ovlivněná zdravím - *health related quality of life* (*HRQOL*), pojem, který je možno specifikovat jako „subjektivní pocit životní pohody, který je asociován s nemocí či úrazem nebo léčbou.

⁵⁷ HNILICOVÁ, H. Kvalita života. In: *Sborník příspěvků z konference konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy.: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. s. 120. ISBN 158-245-45.

WHO rozvíjí přístup ke komplexnímu pohledu na zdraví řadou dokumentů, obsahující programy podpory zdraví (Program Zdraví 21). K zjišťování kvality života skupin nebo populací je možné použít dotazníků Světové zdravotnické organizace (World Health Organization Quality of Life Assessment, WHOQOL), které byly vytvořeny skupinou WHOQOL skládající se ze zástupců 15 výzkumných center z celého světa jako nástroj měření kvality života. Jedná se o dvě základní verze dotazníku – WHOQOL - 100, který obsahuje 100 položek, a zkrácený WHOQOL - BREF s 26 položkami, tak jak je uvedeno na webových stránkách vlády⁵⁸. Docent PETR a magistra KALOVÁ⁵⁹ při hodnocení kvality života v konceptu HRQOL používají standardizovaný dotazník SF – 36, jehož základem je 8 domén:

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

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

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

⁵⁸ Úřad vlády České Republiky. *Drogy-info.cz* [on line]. 23. 5. 2007 [cit. 2010 – 03 -12]. Dostupné z:http://www.drogyinfo.cz/index.php/o_nas/evaluace/banka_evaluacnich_nastroju/dotazniky_kvality_zivota_svetove_zdravotnicke_organizace.

⁵⁹ PETR, P., KALOVÁ, H. *Studijní text - Kvalita života* [on line]. České Budějovice: Jihočeská univerzita, [cit. 2010 -03-12] Dostupné z:http://www.zsf.jcu.cz/struktura/katedry/verzdrav/clenove/petr/studijni_texty/texty_KZ05/4HodnoceniKZ.

Kvalitu života lze měřit mnoha a mnoha metodami a způsoby s ohledem na cílovou skupinu osob, a to subjektivně i objektivně, jak jsem se dočetla v PAYNOVĚ knize cit. 33, s. 304., avšak pro účely a vzhledem k cílům své bakalářské práce uvádím dále pouze nástin několika z nich, např.: kognitivní komponentu spokojenosti se životem hodnotící pomocí Škály spokojenosti se životem SWLS (Satisfaction With Life Scale) v níž v pětistupňové škále pomocí sedmibodové stupnice vyjadřuje spokojenost se životem nebo lze hodnotit emocionální komponentu kvality života pomocí 16 výroků, které se týkají různých emocionálních stavů, PGWS (Psychological General Well-Being Scale). Pro psychiatricky nemocné pacienty byl u nás validizován dotazník SQUALA, který se dá použít i pro běžnou populaci. Metoda SEIQoL (*Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life*), sloužící k individuálnímu hodnocení, který vychází z osobních představ dotazovaného, podle toho, jakou jim přisuzuje důležitost. Mezi metody hodnotící jak objektivní, tak subjektivní činitele kvality života patří např. MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life), jejíž variací je LQoLP (Lancashire Quality of Life Profile) jejichž úkolem je měření celkové spokojenosti se životem, tak i hodnocením spokojenosti s řadou přesně stanovených dimenzí života, který vytvoří jakýsi obraz toho, jak svou kvalitu života jedinec vnímá v danou chvíli, tak se zmiňuje ve své knize KŘIVOHLAVÝ⁶⁰ Spitzerův systém vyjádření kvality života pacienta (*QoL – Quality of Life of the Patient*) patří dodnes k nejpoužívanějším metodám záznamu kvality života pacientů.

⁶⁰ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle

Cíle:

- 1, Zjistit a popsat možné faktory podílející se na vzniku alkoholismu.
- 2, Deskripovat pomocí kvantitativně zjištěných faktů vliv alkoholu na kvalitu života jedince a jeho rodinných příslušníků.
- 3, Shrnout fakta a zjištění a s přihlédnutím k výzkumu navrhnout možná preventivní řešení.

2.1 Hypotézy

Pro dosažení vytyčených cílů jsem stanovila tyto hypotézy:

H1: Příčiny vzniku alkoholismu jsou multifaktoriální a nelze jednoznačně určit faktor dominující.

H2: Alkoholismus snižuje kvalitu života jedinců samotných i jejich blízkých.

3. METODIKA

3.1 Použitá metodika

Provedený výzkum je ze sociologického hlediska výzkumem kvantitativním. Ke sběru dat do bakalářské práce byla použita metoda dotazování. Pro zjištění odpovídajících informací bylo použito techniky dotazníku. Sběr dat probíhal v měsíci lednu a únoru 2009 a 2010. Byl sestaven anonymní dotazník (Příloha č. 1) pro potvrzení či vyvrácení hypotézy č. 1 snažící se poodhalit důležité aspekty v životě dotazovaných osob, které by mohly mít vliv na vznik nebo rozvoj závislosti. Dotazník č. 1 obsahoval 23 otázek a byl určen samotným klientům Psychiatrické léčebny i klientům navštěvujícím ambulanci složku léčby závislosti na alkoholu. Pro zjištění kvality života byl použit dotazník subjektivní kvality života SF-36 o kvalitě života podmíněné zdravím (Health Related Quality of Life – HRQoL), (Příloha č. 2). Dotazník SF – 36 byl navržen k použití v klinické praxi – screeningu jednotlivých pacientů, výzkumu, k porovnání léčebných nákladů různých nemocí a monitorování kvality života specifických a obecných populací. Položky dotazníku jsou postavené tak, že „vyšší skóre“ signalizuje lepší HRQoL. Rozmezí skóre je od 0 do 100 bodů. Skóre pod 50 může být interpretováno jako pod normou obecné populace. „Nižší skóre“ SF-36 signalizuje horší zdravotní stav, dlouhodobé onemocnění nebo kontakt s lékařem v posledních 2 týdnech. Dotazník obsahoval 11 otázek. Otázky byly uzavřené, s možností výběru odpovědi. Dotazník byl určen mimo tuto skupinu respondentů i nejbližším příbuzným klientů. Získané výsledky byly zpracovány kvantitativně. Ke zpracování dat byly použity grafy a tabulky. Výsledky uvádím v procentech a absolutních číslech. Odpovědi byly zpracovány a vyhodnoceny statisticky. Výsledky umožní mezinárodní a regionální srovnání skupin s různými sociodemografickými charakteristikami.

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

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

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

8 domén:

PF – Physical function – fyzické funkce, **88,40**

RP – Role limitation psychical – fyzické omezení rolí, **85,82**

RE – Role limitation emotional – emoční omezení rolí, **82,93**

SF – Social functioning – fyzické a emoční omezení sociálních funkcí, **88,01**

P – Pain – bolest, **81,49**

MH – Mental health – duševní zdraví, **73,77**

EV – Vitality – vitalita, **61,13**

GHP – General health perception – všeobecné vnímání vlastního zdraví. **73,52**

n – počet respondentů v podsouboru

u – kritická hodnota

x – průměrné skóre

% - procentní změny sledovaných hodnot

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

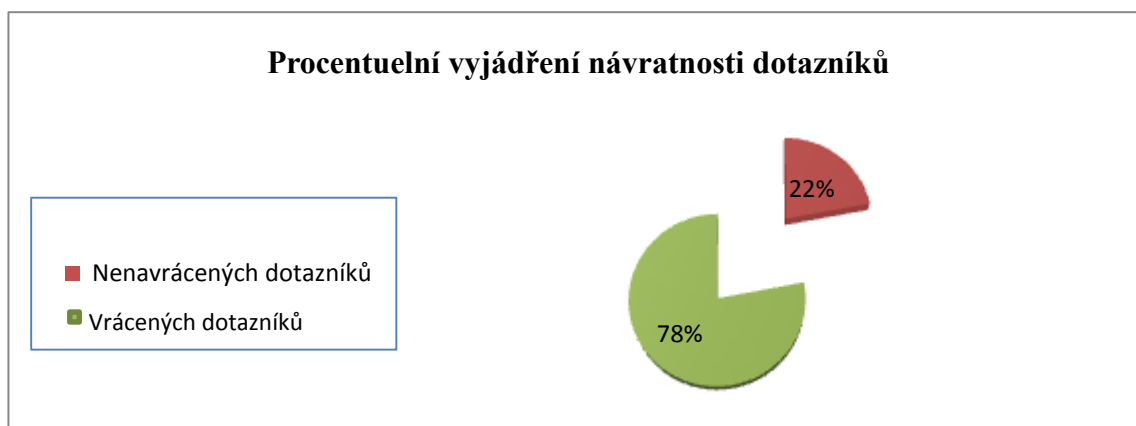
Cílovým souborem pro ověření hypotézy č. 1, byli klienti Psychiatrické léčebny v Kosmonosech a klienti 2 ambulancí pro léčbu závislosti V Mladé Boleslavi. Celkem bylo rozdáno 200 dotazníků, ze kterých se vrátilo 156 dotazníků tj. 78 %. Návratnost dotazníku je promítnut v **Grafu A**.

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

4. VÝSLEDKY

Výzkum I.

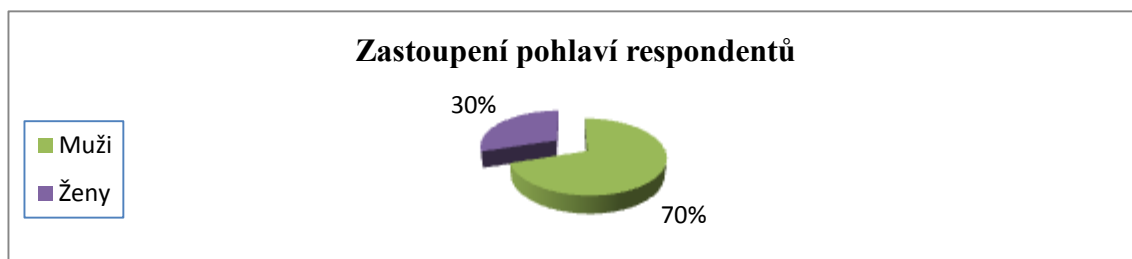
Graf A: Procentuelní vyjádření návratnosti dotazníků



Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenti byli klienty 1 zařízení charakteru léčebny a 2 zařízení ambulantního typu. Rozdáno bylo 200 dotazníků – 120 v Ústavním zařízení, 80 v Ambulancích léčby závislosti. Z toho počtu se 44 dotazníků nevrátilo, tzn. *Návratnost 78%*.

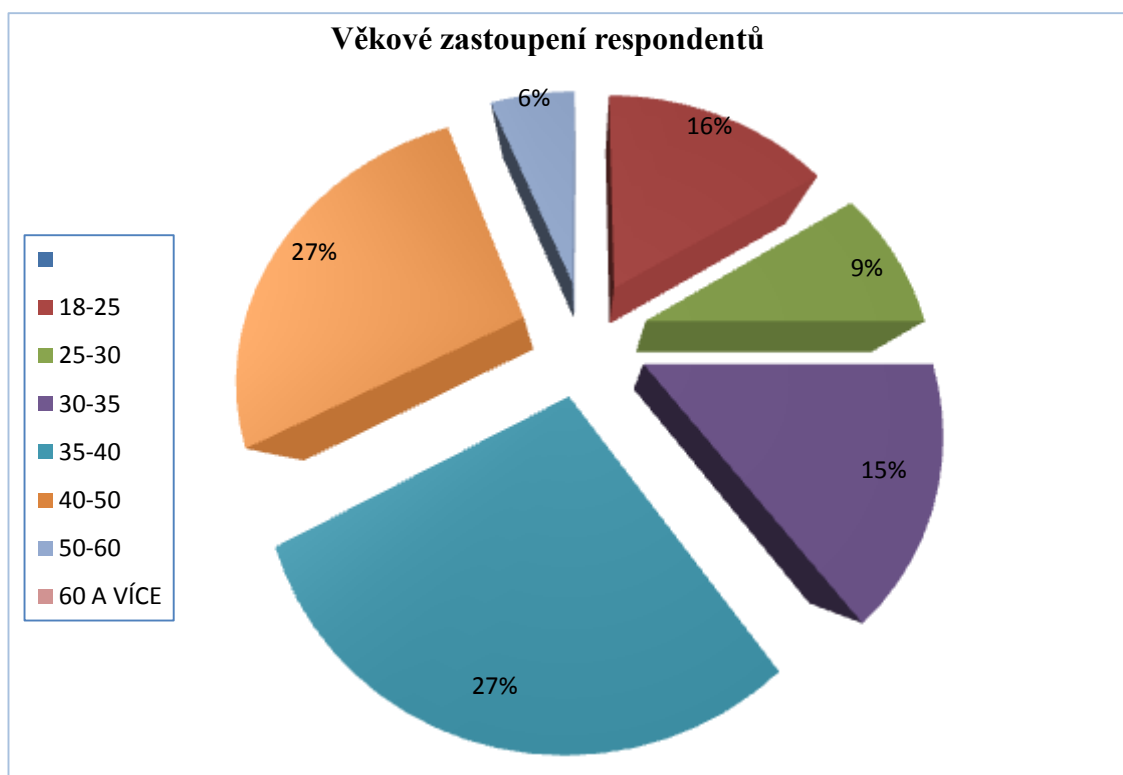
Graf 1: Pohlaví



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu dotázaných bylo 110 mužů, kteří tvořili 70% skupinu a 46 žen tvořících 30% skupinu. Zastoupení pohlaví ústavního zařízení/ ambulance je zobrazené v Příloze č. 5.

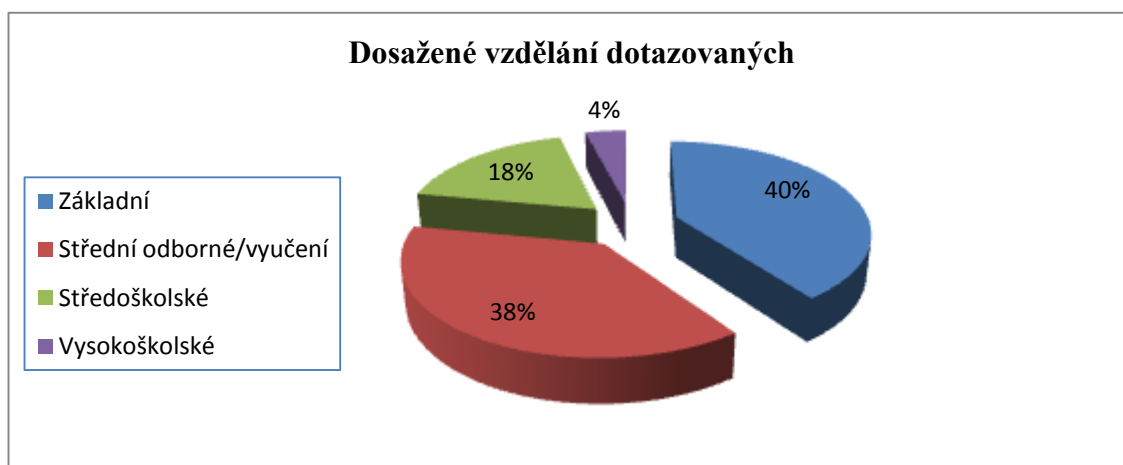
Graf 2: Věk respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že *nejvíce respondentů* bylo ve věkovém rozmezí 40 – 50 let, kterých dotazník vyplnilo 42. S touto věkovou skupinou, byla rovna také skupina respondentů ve věku 35 – 40. 16% skupinu, tj. skupinou s 25 respondenty tvořily osoby ve věkovém rozmezí 18 – 25 let. 24 respondentů bylo ve věku od 30 – 35 let. Respondenti ve věku mezi 25 – 30 lety tvořili 9 % všech dotázaných. Nejméně početnou skupinou výzkumu, která byla zastoupena 6 %, byli respondenti ve věkovém rozmezí 50 - 60 let. *60 a více* letí, nebyli ve výzkumu zastoupeni vůbec.

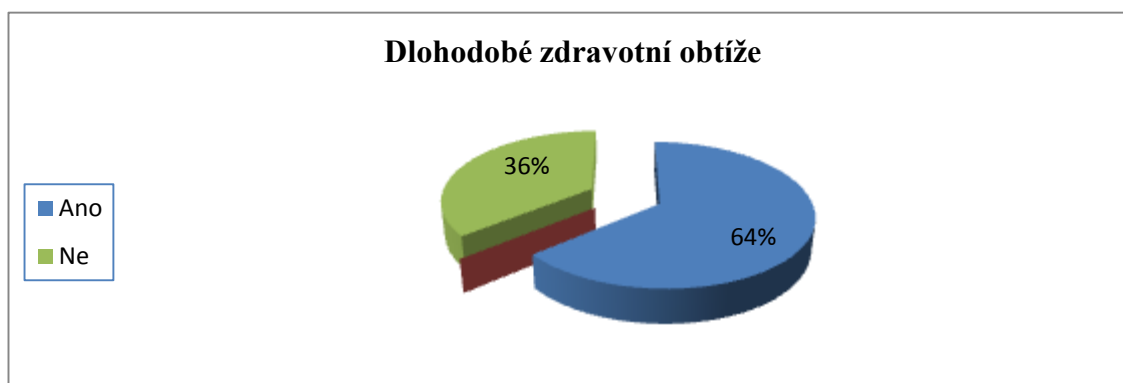
Graf 3: Vzdělání:



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce zastoupení respondenti byli ti, kteří mají základní vzdělání – tvořili smutných 40 %, což odpovídá 62 osobám z celkového počtu účastněných výzkumu. 60 klientů tj. 38 % bylo vyučených. 28 respondentů bylo středoškoláků tj. 18 % všech zúčastněných. 4 % odpovídajících 6 respondentům byli vysokoškolsky vzdělání.

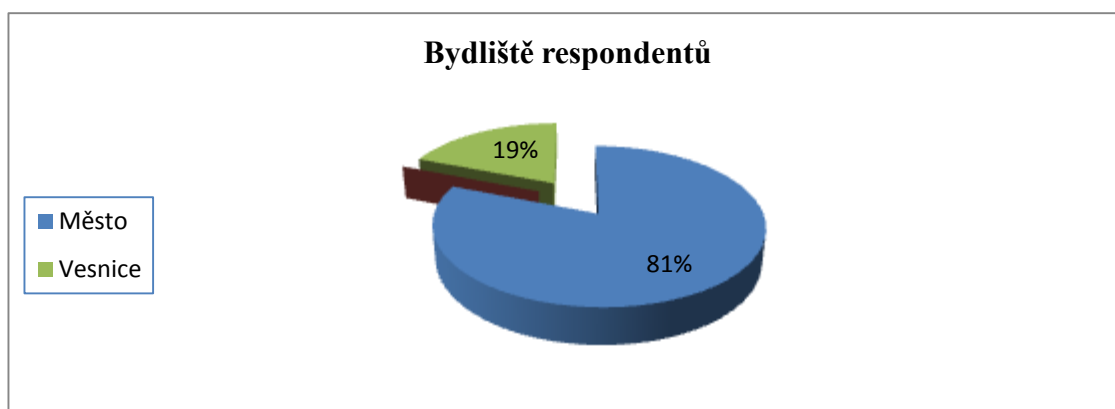
Graf 4: Dlouhodobé zdravotní obtíže



Zdroj: Vlastní výzkum

Dlouhodobé zdravotní obtíže svou odpovědí v dotazníku vyvrátilo 56 klientů a 64 % z nich, tj. 100 osob naopak označilo přítomnost této skutečnosti.

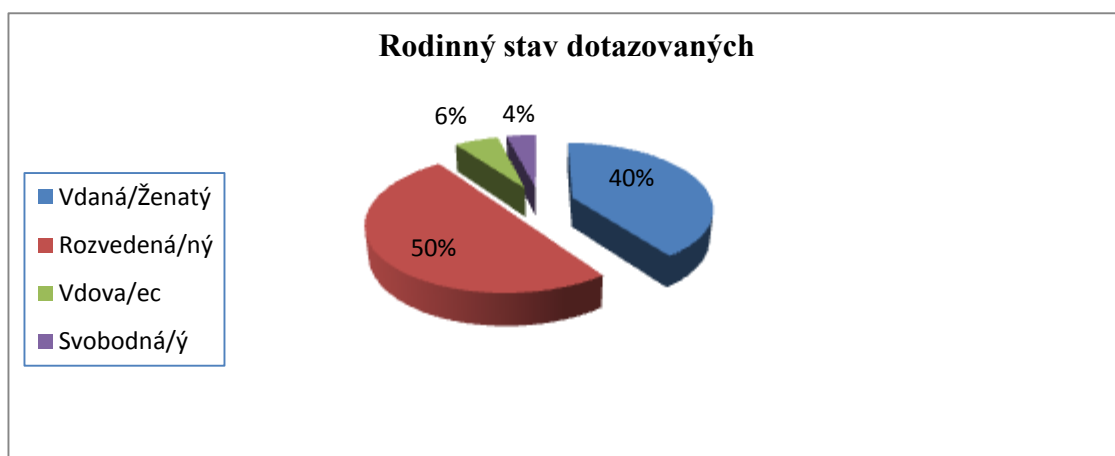
Graf 5: Místo bydliště: město/ vesnice



Zdroj: Vlastní výzkum

Respondentů s trvalým bydlištěm ve městě jich vyplnilo dotazník 126. V menšině byli obyvatelé vesnic, kterých bylo dle dotazníků 30 tj. 19 % z celkového počtu.

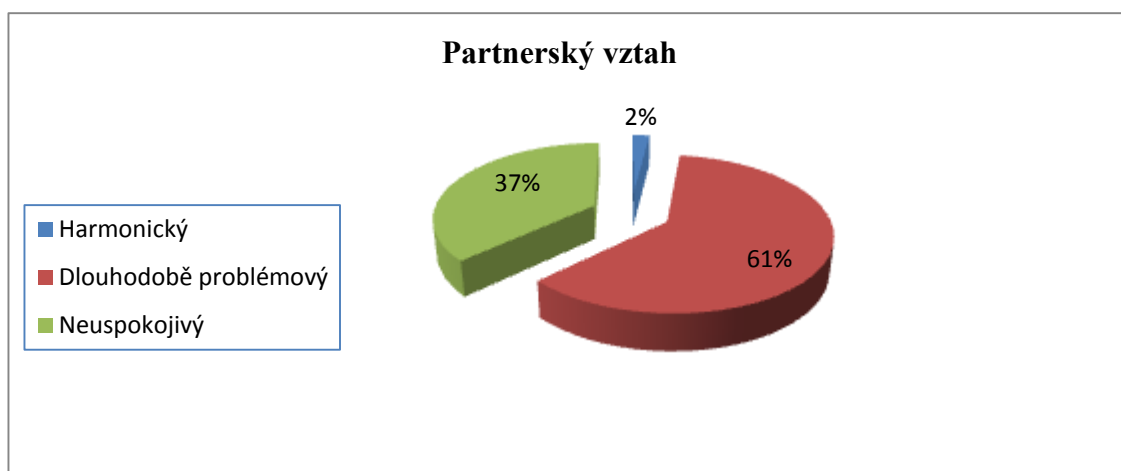
Graf 6: Rodinný stav dotazovaných



Zdroj: Vlastní výzkum

V kolonce „Rodinný stav“ zaškrtnlo 78 dotazovaných – Rozvedená/ý – Ti tvořili 50 % skupinu. O 5 % méně dotazovaných tj. 40 % jich bylo vdaných/ ženatých a 10 osob zaškrtnlo kolonku Vdovec/a. Za svobodné se označilo 6 osob.

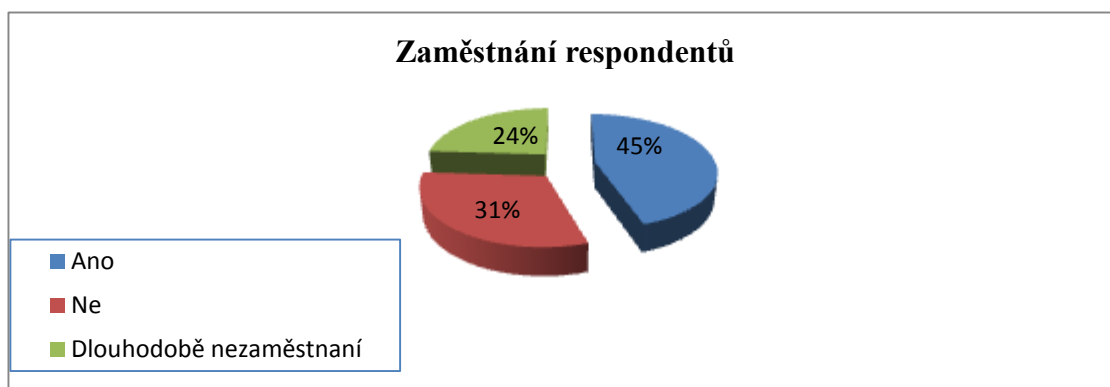
Graf 7: Partnerský vztah:



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejpočetnější skupinou 95 dotázaných byly osoby, které svůj partnerský vztah označilo za dlouhodobě problémový. 3 respondenti vnímají svůj vztah jako harmonický. Partnerský vztah za neuspokojivý označilo 58 dotázaných.

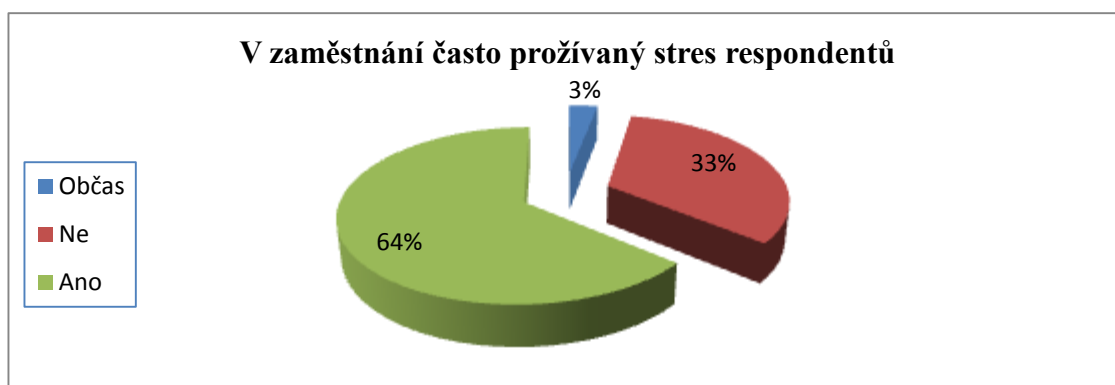
Graf 8: Zaměstnání:



Zdroj: Vlastní výzkum

Dlouhodobě nezaměstnaní probandi byli zastoupeni v počtu 37 tj. 24% ze všech dotázaných. V současné době nezaměstnaných 48 tj. 31 % ze všech dotázaných. O 14 % více probandů bylo v době vyplňování dotazníků zaměstnaných, tvořili skupinu v počtu 71 jedinců.

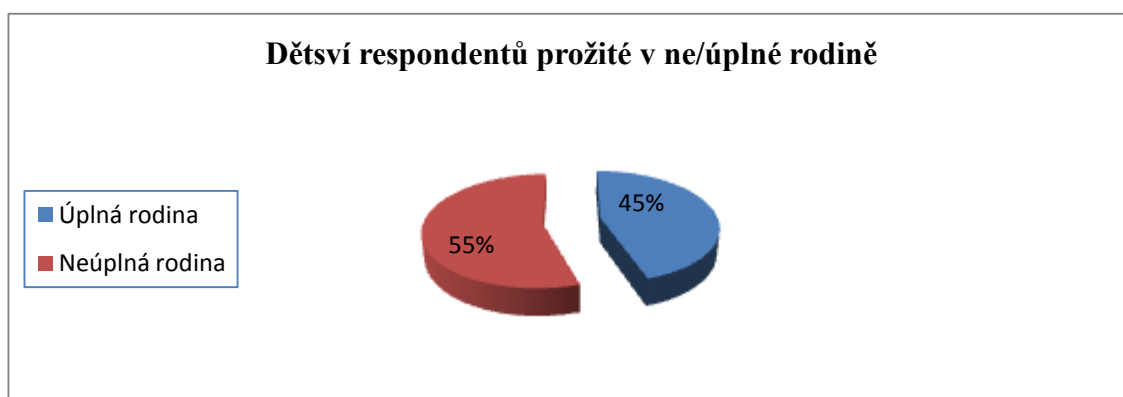
Graf 9: Stres v zaměstnání



Zdroj: Vlastní výzkum

Výraznou převahu na dotaz stresu prožívaného v souvislosti s výkonem povolání měly odpovědi probandů potvrzující tento jejich subjektivní pocit – Ano – v této otázce zaškrtnlo 100 jedinců, tj. 64 % ze všech dotázaných. „Ne“ - probandi zaškrtnli v 33 %, tzn., že tak učinilo 51 jedinců. Odpovědi „Občas“ využila 3 % dotázaných, tzn. 5 osoby.

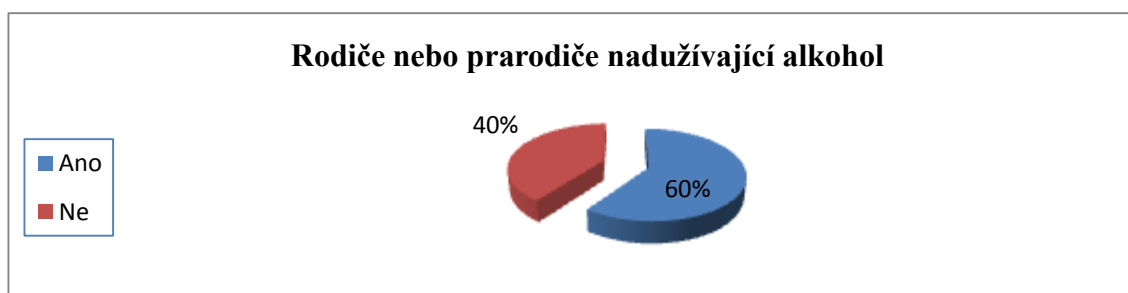
Graf 10: Dětství I.



Zdroj: Vlastní výzkum

V úplné rodině prožilo své dětství 70 dotázaných, kteří tvořili 45 % skupinu. Neúplná rodina byla domovem 86 dotázaných, kteří tvořili početnější 55 % skupinu.

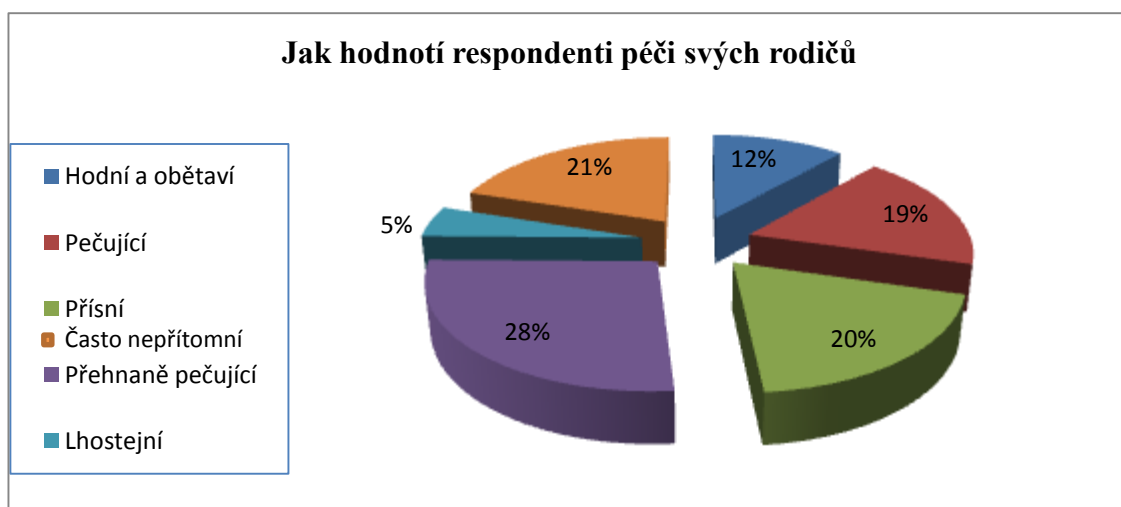
Graf 11: Problém s alkoholem v rodině



Zdroj: Vlastní výzkum

Rodiče probandů označili za problematické ve vztahu k alkoholu v 60 % tj., učinilo tak 94 jedinců. Naopak, tak označilo svou odpověď 62 jedinců, tj. 40 % ze všech dotázaných.

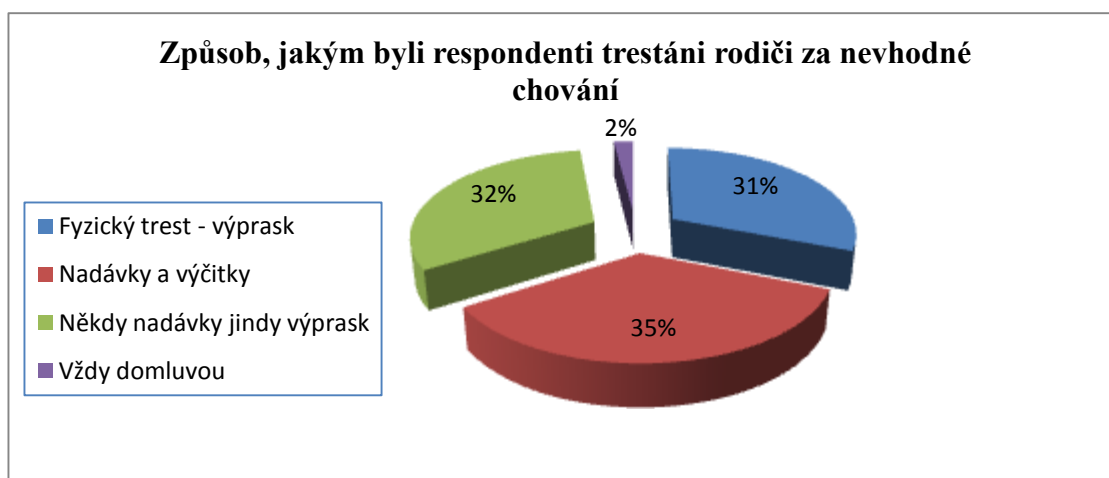
Graf 12: Péče rodičů



Zdroj: Vlastní výzkum

Pečující rodiče byli dle odpovědí respondentů přítomni 30 z nich. Přehnaně pečující označilo 44 respondentů. Přísnými viděli dotázaní rodiče v 20 %, tj. počtu 31. 19 krát bylo klienty zaškrtnuto v kolonce „hodní a obětaví“. Jako lhostejné dle dotazníkových odpovědí vnímalo rodiče 8 probandů a 33 jich označilo své rodiče za „ často nepřítomné“.

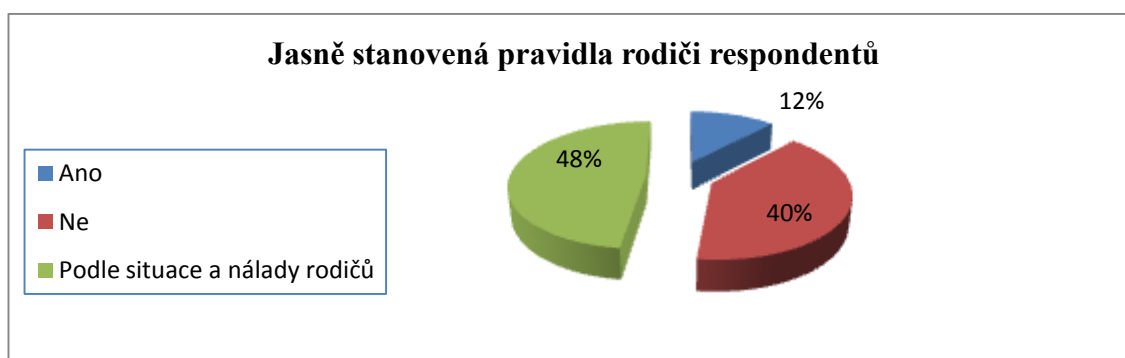
Graf 13: Způsob trestání rodičů za nevhodné chování



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejpočetnější skupina rodičů respondentů volila jako způsob trestání nadávky a výčitky, tak označili respondenti v celých 35 %. Fyzicky trestalo 31 % rodičů dotázaných závislých. Kombinace výše uvedených volilo 32 % zákonných zástupců respondentů. Pouhá 2 % dotázaných si vzpomíná na řešení problému či jako způsob trestu domluvu s rodiči.

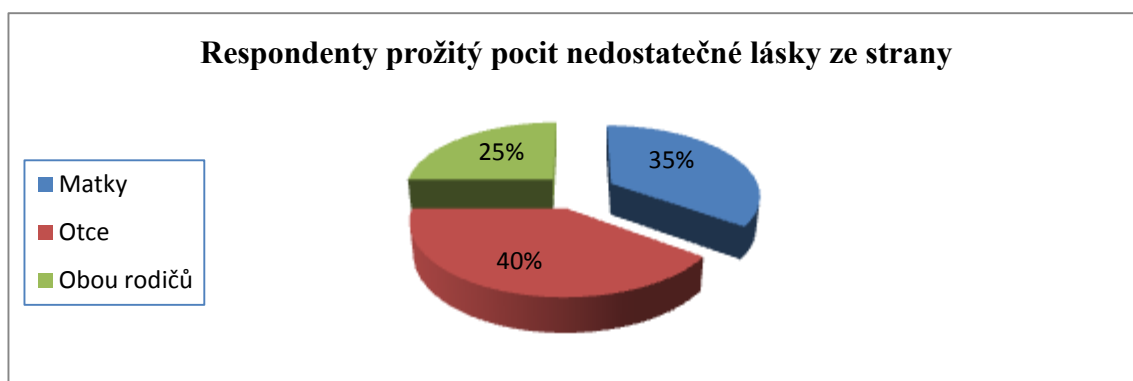
Graf 14. Jasně stanovená pravidla rodiči respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

U 75 klientů tvořících 48% skupinu rodiče měnila své názory, co dítě smí a co nikoliv podle situace nálady. Výchovu bez přítomnosti jakýchkoliv pravidel udává 40 %. Přítomnost pravidel potvrdilo 19 klientů tj. 12 % z celkového počtu dotázaných.

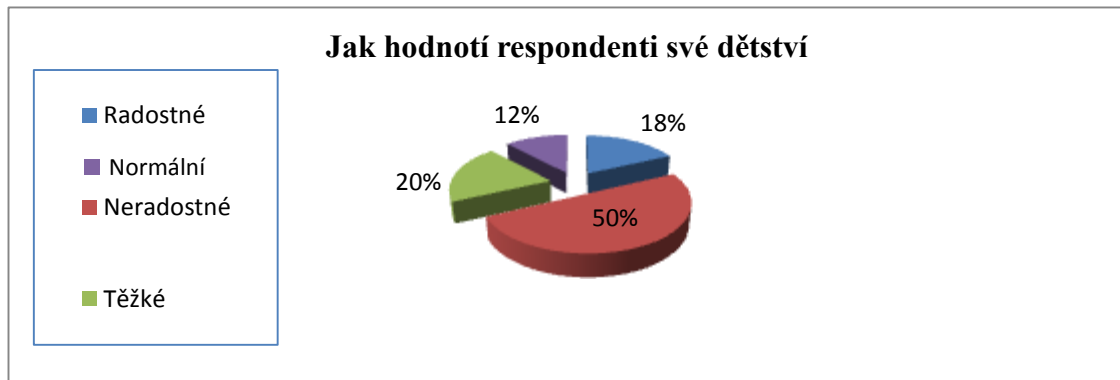
Graf 15: Dětství – II.



Zdroj: Vlastní výzkum

Nedostatek lásky ze strany obou rodičů udává v odpovědi dotazníků 25 % dotázaných tvořící skupinu 39 respondentů. U 62 probandů je tento deficit přiřazen otci a v 55 případech byla označena matka.

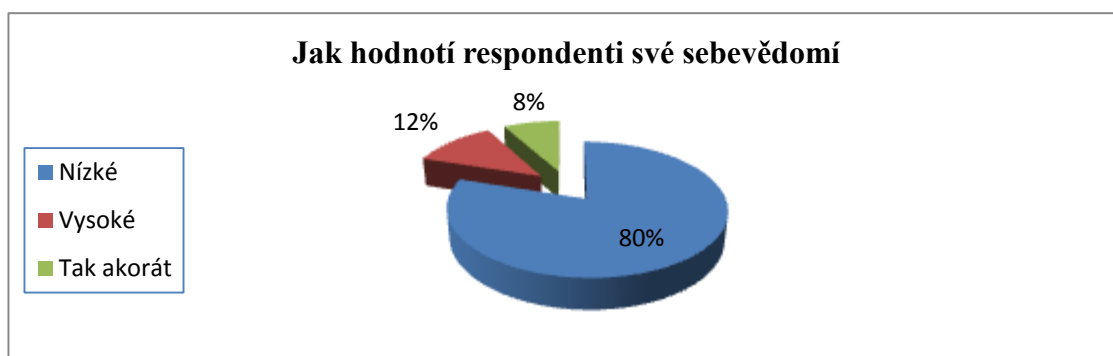
Graf 16: Dětství III.



Zdroj: Vlastní výzkum

Smutně neradostné hodnocení svého dětství udává 78 probandů, kteří jsou tak v nadpoloviční většině oproti “radostné“ méně početné 18% skupině. Jako těžké, pak označilo 19 závislých tj. 20 % z celkového počtu souboru. Prožití normální dětství bylo označeno nejméně početnou 12% skupinou.

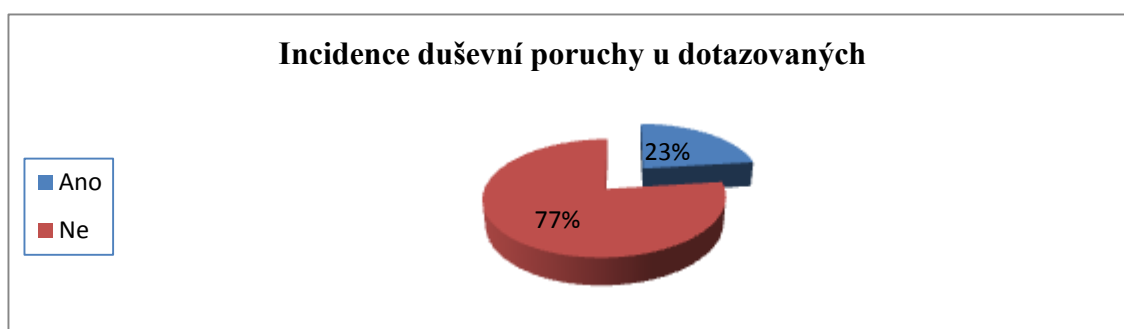
Graf 17: Sebevědomí



Zdroj: Vlastní výzkum

Za nízké považuje své sebevědomí 132 dotázaných, kteří jsou tak zastoupeni v 80 %. Normální, zdravé sebevědomí si myslí, že má 8 % závislých jedinců a 19 respondentů jej hodnotí, jako vysoké.

Graf 18: Incidence duševních poruch u dotazovaných



Zdroj: Vlastní výzkum

Přítomnost duševní poruchy u dotazovaných nepotvrzuje 120 z nich, opak 36 tj. 23 %.

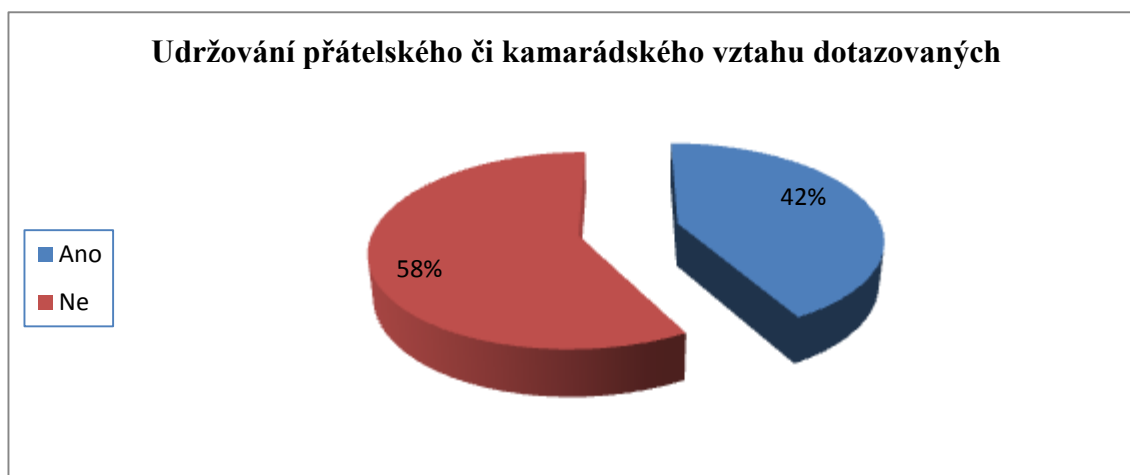
Graf 19: Zájmové činnosti



Zdroj: Vlastní výzkum

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

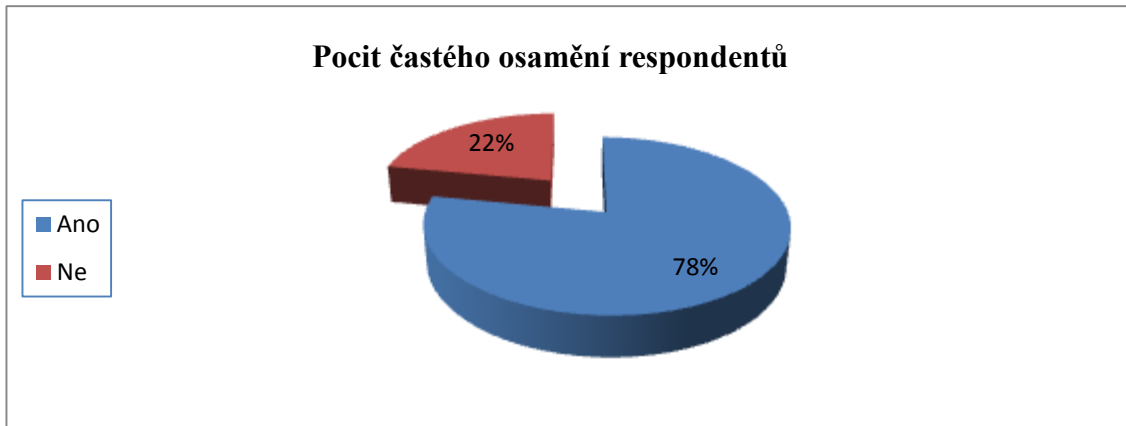
Graf 20: Kamarádi, přátelé.



Zdroj: Vlastní výzkum

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

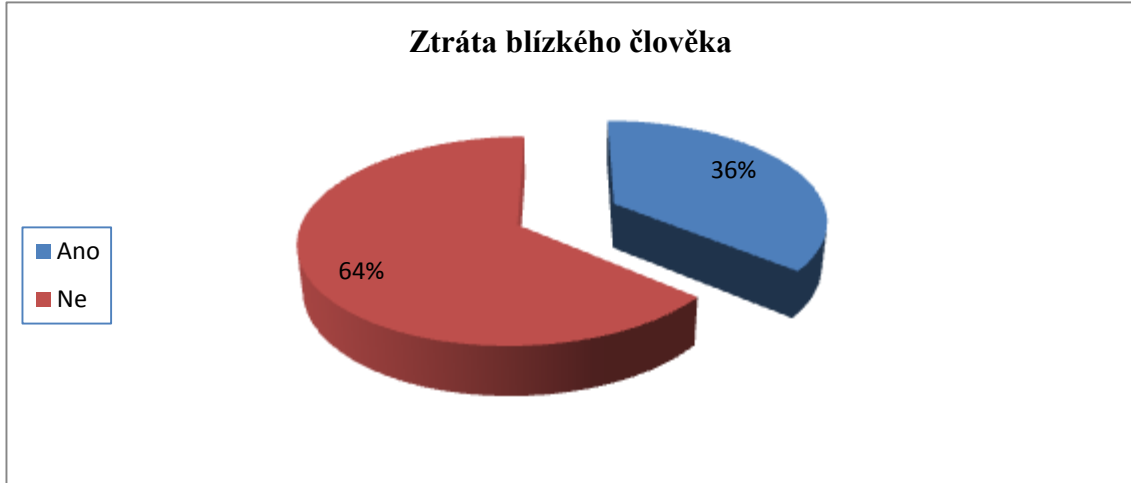
Graf 21: Pocit osamění



Zdroj: Vlastní výzkum

Osamocení se cítí probandi v 78 % čítající 122 jedinců. Tuto skutečnost svou odpovědí vyvrací 34 jedinců představující 22 % z celého souboru respondentů.

Graf 22: Tragédie v osobním životě



Zdroj: Vlastní výzkum

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

Graf 23: Spokojenost s dosavadním životem

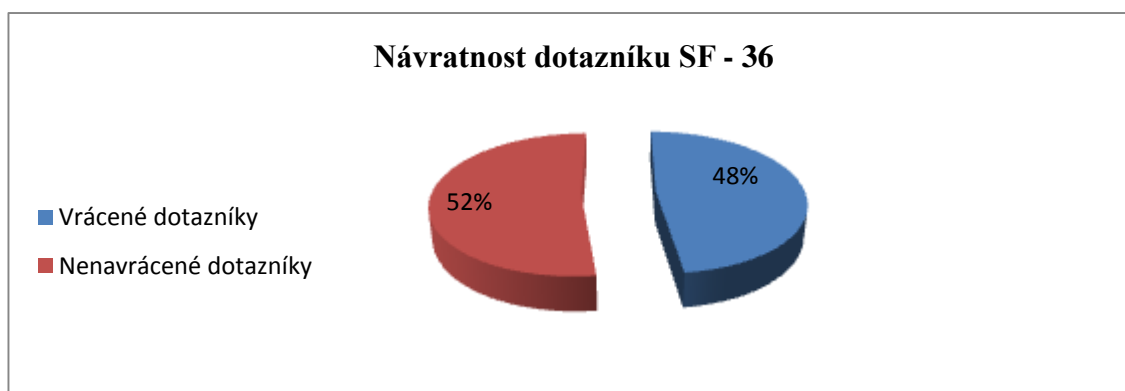


Zdroj: Vlastní výzkum

Za spokojené s dosavadním životem se označilo 18 respondentů a protikladné pocity, pak cítilo 144 klientů.

Výzkum II.

Graf B: Procentuelní vyjádření návratnosti dotazníků



Zdroj: Vlastní výzkum

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

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

Specimen 1:	Krumanová, příbuzní závislých							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
X	82,08	54,17	20,83	45,83	68,52	33,33	20,83	43,96
s ²	274,83	1284,72	630,79	334,20	675,5	122,2	201,3	252,04
S	16,58	35,84	25,12	18,28	25,99	11,06	14,19	15,88
Specimen 2:	Oxford							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
X	88,40	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13	73,52
s ²	323,28	895,90	1008,70	383,38	470,4	297,2	386,9	470,46
S	17,98	29,93	31,76	19,58	21,69	17,24	19,67	21,69
U	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
	1,86	4,32	12,09	11,29	2,44	17,86	13,88	9,10
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health perception
%	98,05	61,93	45,21	62,14	95,44	58,28	47,03	76,87

u kritická = 1,68 na 5%, 2,42 na 1%

Zdroj: Vlastní výzkum

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

- V první doméně – **Fyzické funkce** – dosahují průměrného skóre **98,05 %**, při u – shledané 1,86. Daný **jev je statisticky významný na 5% hladině významnosti**.
- Ve druhé doméně – **Fyzické omezení rolí** – dosahují průměrného skóre **61,9 %**, při u – shledané 4,32. Shledávám daný **jev statisticky významný na 5% i 1% hladině významnosti**.

- Ve třetí doméně – **Emoční omezení rolí** – dosahují průměrného skóre **45,21 %**, při u – shledané 12,09. Potvrzují, že tento **jev je vysoce statisticky významný na 5% a také 1% hladině významnosti.**

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

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

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

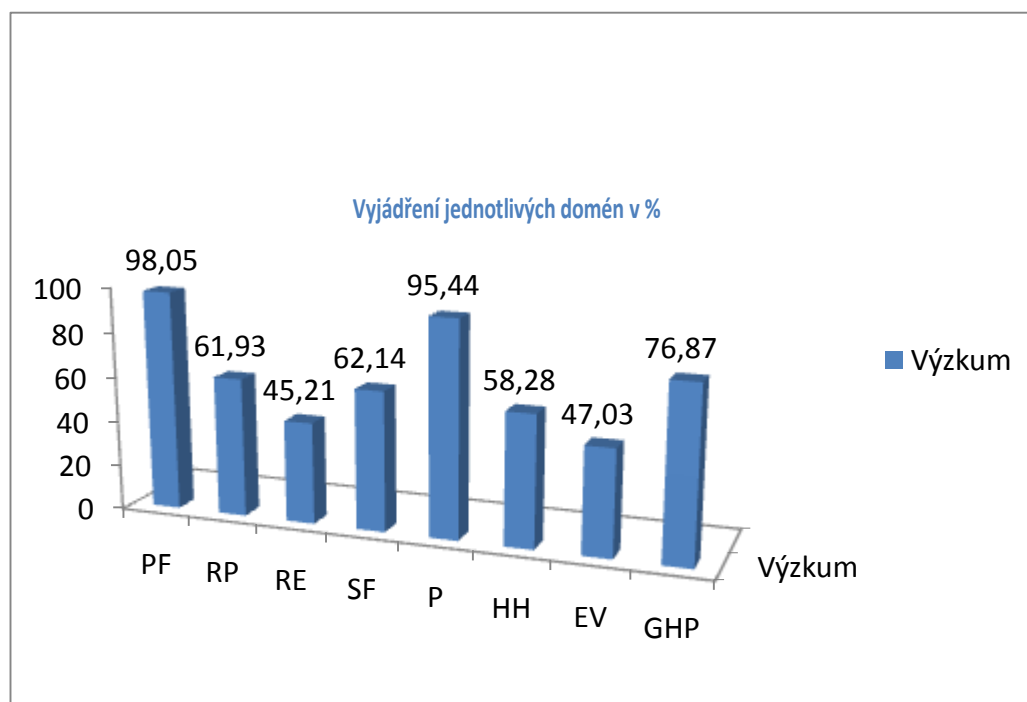
- V sedmé doméně – **Vitalita** – dosahují průměrného skóre **47,03 %**, při u – shledané 13,88. Potvrzují, že daný **jev je statisticky významný i na 1% hladině významnosti.**

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

-

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

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



Zdroj: Vlastní výzkum

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

Tabulka II. Vyjádření hodnot dotazníků – příbuzní závislých- ženy

Specimen 1:	Krumanová, příbuzní závislých (F)							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
X	79,69	54,69	12,50	41,41	63,89	28,50	16,88	37,81
s ²	282,71	1423,34	260,42	307,01	686,73	73,75	180,86	174,90
S	16,81	37,73	16,14	17,52	26,21	8,59	13,45	13,23
Specimen 2:	Oxford							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
X	88,40	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13	73,52
s ²	323,28	895,90	1008,70	383,38	470,46	297,22	386,91	470,46
S	17,98	29,93	31,76	19,58	21,69	17,24	19,67	21,69
U	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
	2,07	3,30	17,40	10,63	2,69	21,01	13,14	10,77

	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health perception
%	86,86	63,72	15,07	47,05	78,51	38,63	27,61	51,24

Zdroj: Vlastní výzkum

u kritická = 1,70 na 5%, 2,46 na 1%

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

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

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

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

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

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

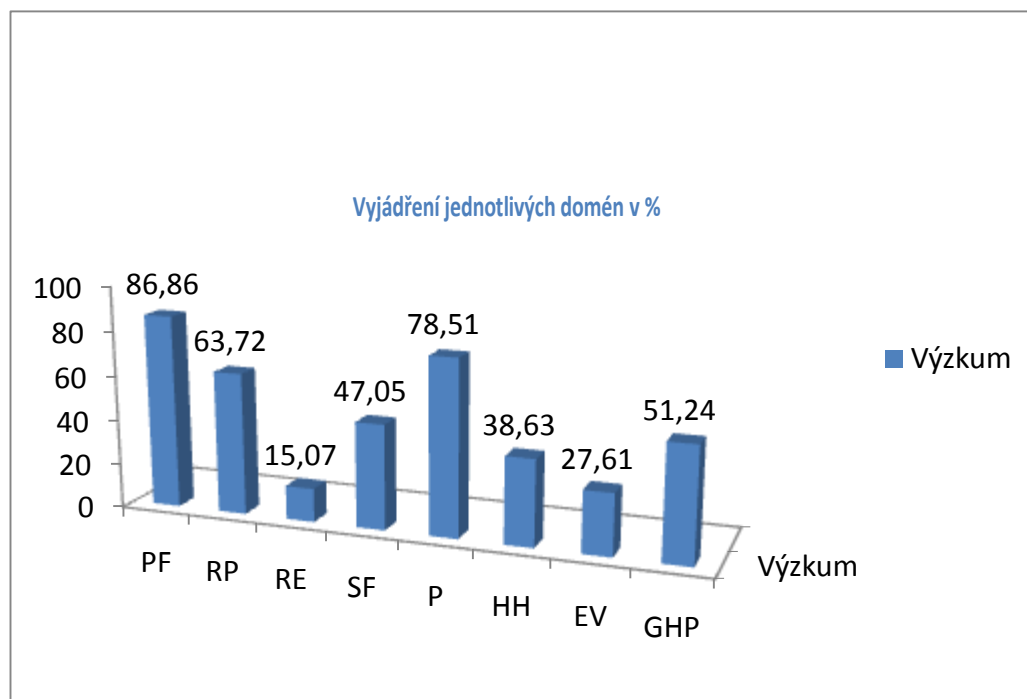
- V šesté doméně – **Všeobecné duševní zdraví** – dosahují průměrného skóre **38,63 %**, při u – shledané 21,01. Tento **jev je vysoce statisticky významný i s ohledem ku 1% hladině významnosti.**

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

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

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

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



Zdroj: Vlastní výzkum

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

Tabulka III. Vyjádření hodnot dotazníků – příbuzní závislých- muži

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

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

Zdroj: Vlastní výzkum

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

- V první doméně – **Fyzické funkce** – dosahují průměrného skóre **98,05 %**, při u – shledané 0,29. Vyvracím tedy **statistickou významnost**.

- Ve druhé doméně – **Fyzické omezení rolí** – dosahují průměrného skóre **61,93 %**, při u – shledané 2,91. Shledávám daný **jev jako statisticky významný na 1% i 5% hladině významnosti.**

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

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

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

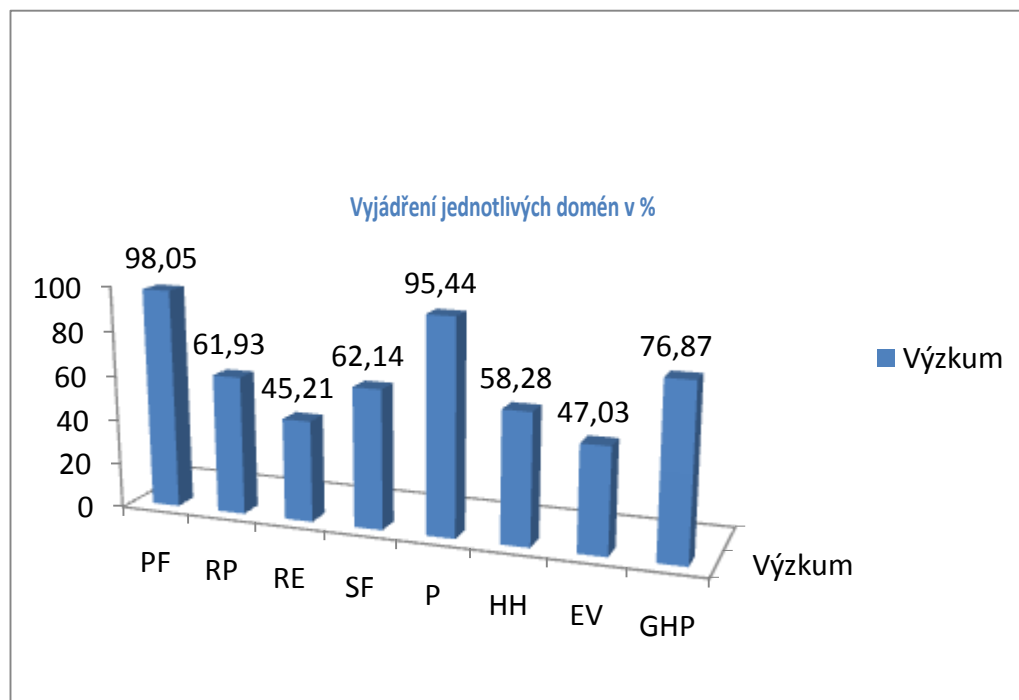
- V šesté doméně – **Všeobecné duševní zdraví** – dosahují průměrného skóre **58,28 %**, při u – shledané 10,71. Tento **jev je vysoce statisticky významný i s ohledem k 1% hladině významnosti.**

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

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

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

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



Zdroj: Vlastní výzkum

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

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

Specimen 1:	Krumanová, příbuzní závislých (M)				P	MH	EV	GHP
	PF	RP	RE	SF				
X	86,88	53,13	37,50	54,69	77,78	43,00	28,75	56,25
s ²	224,61	1005,86	954,86	271,00	524,69	79,00	148,4	179,69
S	14,99	31,72	30,90	16,46	22,91	8,89	12,18	13,40
Specimen 2:	Krumanová, příbuzní závislých (F)				P	MH	EV	GHP
	PF	RP	RE	SF				
X	79,69	54,69	12,50	41,41	63,89	28,50	16,88	37,81
s ²	282,71	1423,34	260,42	307,01	686,73	73,75	180,8	174,90
S	16,81	37,73	16,14	17,52	26,21	8,59	13,45	13,23
U	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
	1,06	0,11	2,15	1,82	1,33	3,81	2,17	3,19
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health perception
%	88,27	102,93	33,3	75,71	82,14	66,27	58,81	66,89

Zdroj: Vlastní výzkum

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

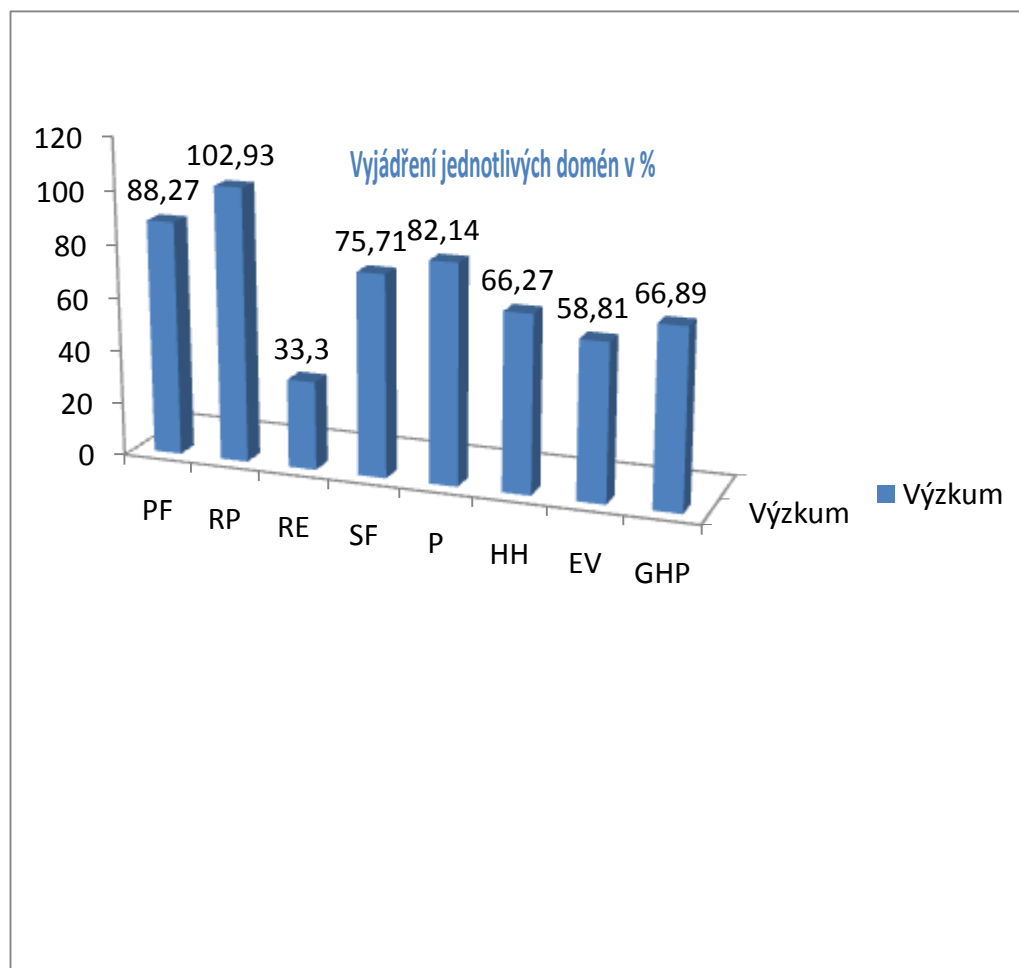
- V první doméně – **Fyzické funkce** – dosahují průměrného skóre **88,27 %**, při u – shledané 1,06 se potvrzuje, že daný **jev není statisticky významný na 5% hladině významnosti**.

- Ve druhé doméně – **Fyzické omezení rolí** – dosahují průměrného skóre **102,93 %**, při u – shledané 0,11. Shledávám, že daný **jev není statisticky významný**.

- Ve třetí doméně – **Emoční omezení rolí** – dosahují průměrného skóre **33,3 %**, při u – shledané 2,15 z čehož vyplývá, že tento **jev je statisticky významný i na 1% významnosti**.
- Ve čtvrté doméně – **Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí** – dosahují průměrného skóre **75,71 %**, při u – shledané 1,82. Utvrzují tak **jev statisticky významným při 5% významnosti**.
 - V páté doméně – **Bolest** – dosahují průměrného skóre **82,14 %**, u – shledaná je 1,33. Tento **jev je tedy pod 5% hladinou významnosti**.
 - V šesté doméně – **Všeobecné duševní zdraví** – dosahují průměrného skóre **66,27 %**, při u – shledané 3,81. Potvrzují, **jev jako statisticky významný u obou hladin významnosti**.
 - V sedmé doméně – **Vitalita** – dosahují průměrného skóre **58,81 %**, při u – shledané 2,17. Z toho vyplývá, že **jev je statisticky významný, a to při 1% i 5% hladině významnosti**.
 - V osmé doméně – **Vnímání vlastního zdraví** – dosahují průměrného skóre **66,89** – shledané 3,19. Potvrzují, že daný **jev je statisticky významný i s při 1% hladině významnosti**.

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

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



Zdroj: Vlastní výzkum

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

Tabulka V. Vyjádření hodnot dotazníků

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

u kritická = 1,68 na 5%, 2,42 na 1%

Zdroj: Vlastní výzkum

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

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

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

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

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

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

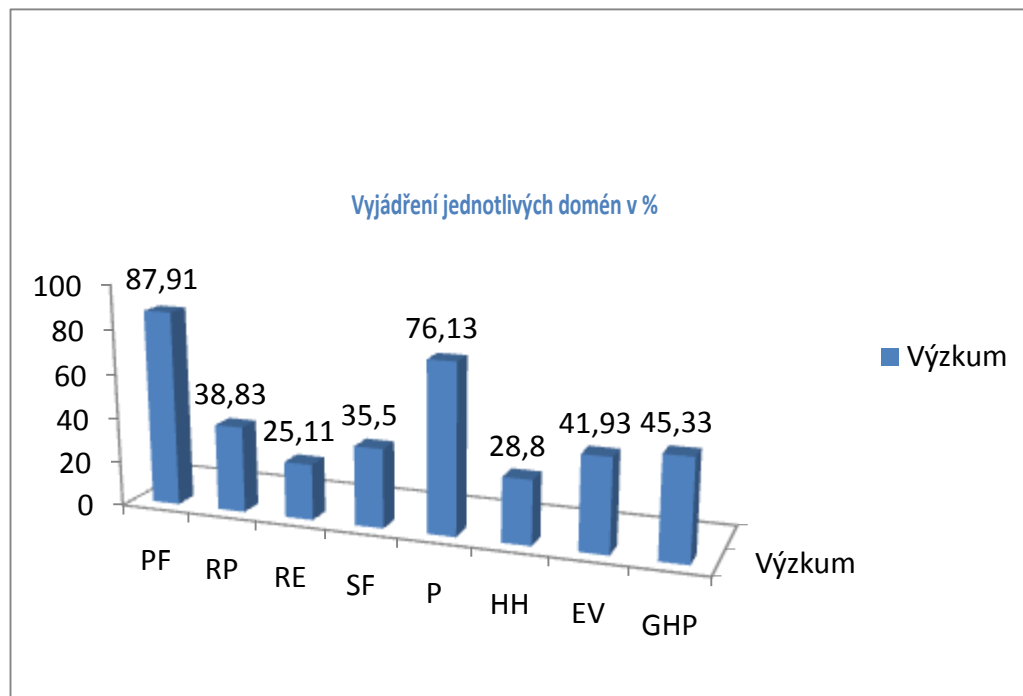
- V šesté doméně – **Všeobecné duševní zdraví** – dosahují průměrného skóre **28,83 %**, při u – shledané 23,92. Potvrzují **jev jako velmi statisticky významný již při 1% hladině významnosti.**

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

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

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

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



Zdroj: Vlastní výzkum

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

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

Specimen 1:	Krumanová, závislí na alkoholu							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
X	77,71	33,33	20,83	31,25	62,04	21,17	25,63	33,33
s ²	466,62	659,72	353,01	351,56	637,0	115,3	336,0	340,97
S	21,60	25,69	18,79	18,75	25,24	10,74	18,33	18,47
Specimen 2:	Krumanová, příbuzní závislých							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
X	82,08	54,17	20,83	45,83	68,52	33,33	20,83	43,96
s ²	274,83	1284,72	630,79	334,20	675,5	122,2	201,3	252,04
S	16,58	35,84	25,12	18,28	25,99	11,06	14,19	15,88
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
U	0,79	2,31	0,00	2,73	0,88	3,87	1,01	2,14
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health perception
%	94,67	61,25	100	68,18	90,46	63,51	123,09	75,81

Zdroj: Vlastní výzkum

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

Zdroj: Vlastní výzkum

- V první doméně – **Fyzické funkce** – dosahují průměrného skóre **94,67 %**, při $u = 0,79$ se potvrzuje, že daný jev **není statisticky významný**.
- Ve druhé doméně – **Fyzické omezení rolí** – dosahují průměrného skóre

61,25 %, při u – shledané 2,31. Shledávám, že daný **jev je statisticky významný na 5% hladině významnosti**.

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

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

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

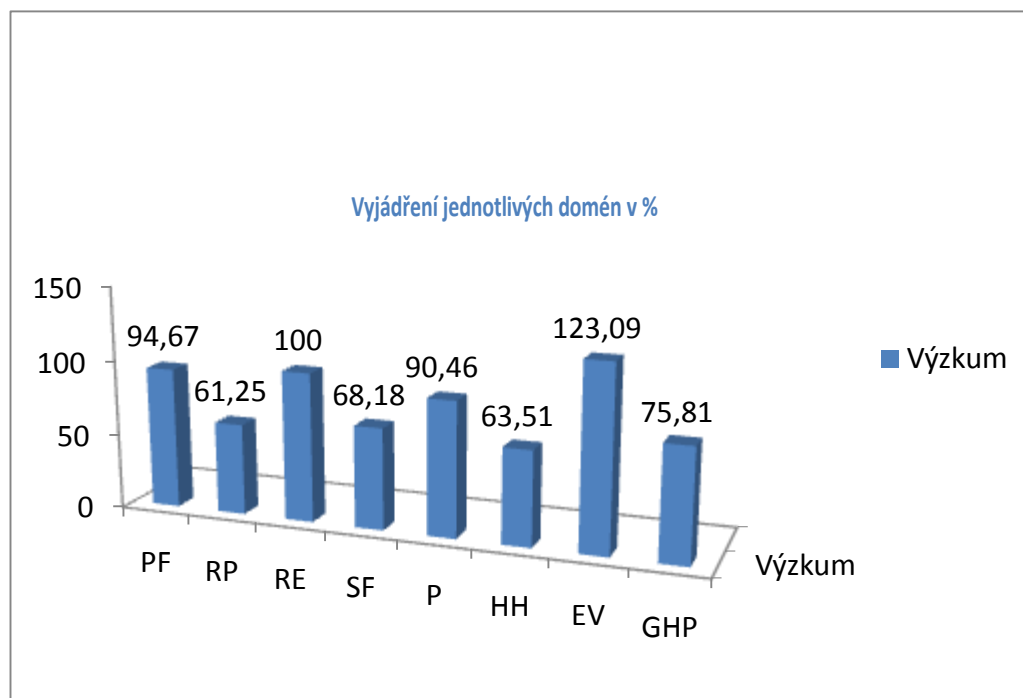
- V šesté doméně – **Všeobecné duševní zdraví** – dosahují průměrného skóre **63,51 %**, při u – shledané 3,87. Potvrzuji, **jev jako statisticky významný u obou hladin významnosti**.

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

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

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

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



Zdroj: Vlastní výzkum

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

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

Specimen 1:	Krumanová, závislí na alkoholu (M)							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
X	79,29	32,14	23,81	31,25	64,29	20,86	23,93	34,29
s ²	513,78	663,27	385,49	396,21	761,5	146,6	297,0	449,49
S	22,67	25,75	19,63	19,90	27,60	12,11	17,24	21,20
Specimen 2:	Oxford							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
X	88,40	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13	73,52
s ²	323,28	895,90	1008,70	383,38	470,4	297,2	386,9	470,46
S	17,98	29,93	31,76	19,58	21,69	17,24	19,67	21,69
U	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
	1,50	7,79	11,24	10,66	2,33	16,32	8,07	6,92
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health perception
%	89,96	37,45	28,71	35,5	78,89	28,27	39,14	46,64

u kritická = 1,76 na 5%, 2,62 na 1%

Zdroj: Vlastní výzkum

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

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

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

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

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

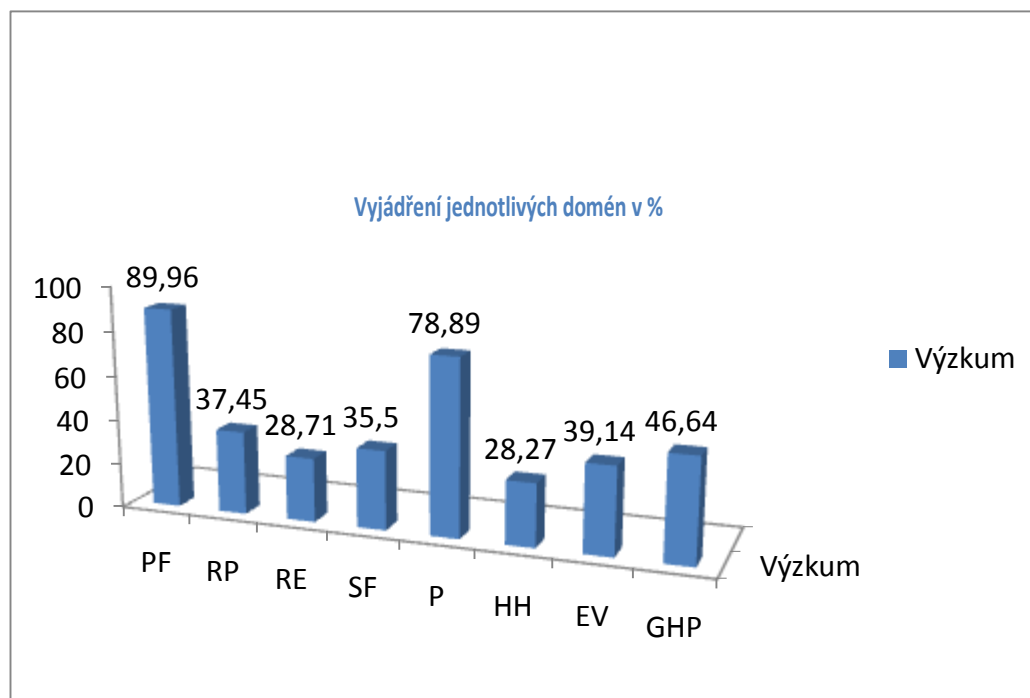
- V šesté doméně – **Všeobecné duševní zdraví** – dosahují průměrného skóre **28,27 %**, při u – shledané 16,32. Potvrzují **jev jako velmi statisticky významný, již při 1% hladině významnosti.**

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

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

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

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



Zdroj: Vlastní výzkum

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

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

Specimen 1:	Krumanová, příbuzní závislých (F)							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
X	79,69	54,69	12,50	41,41	63,89	28,50	16,88	37,81
s ²	282,71	1423,34	260,42	307,01	686,7	3	73,75	180,8
S	16,81	37,73	16,14	17,52	26,21	8,59	13,45	13,23
Specimen 2:	Oxford							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
X	88,40	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13	73,52
s ²	323,28	895,90	1008,70	383,38	470,4	297,2	386,9	470,46
S	17,98	29,93	31,76	19,58	21,69	17,24	19,67	21,69
U	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
U	2,07	3,30	17,40	10,63	2,69	21,01	13,14	10,77
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health perception
%	86,86	63,72	15,07	47,05	78,51	38,63	27,61	51,24

u kritická = 1,70 na 5%, 2,46 na 1%

Zdroj: Vlastní výzkum

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

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

15,07 %, při u – shledané 17,40 z čehož vyplývá, že tento **jev je vysoce statisticky významný již na 1% hladině významnosti**.

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

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

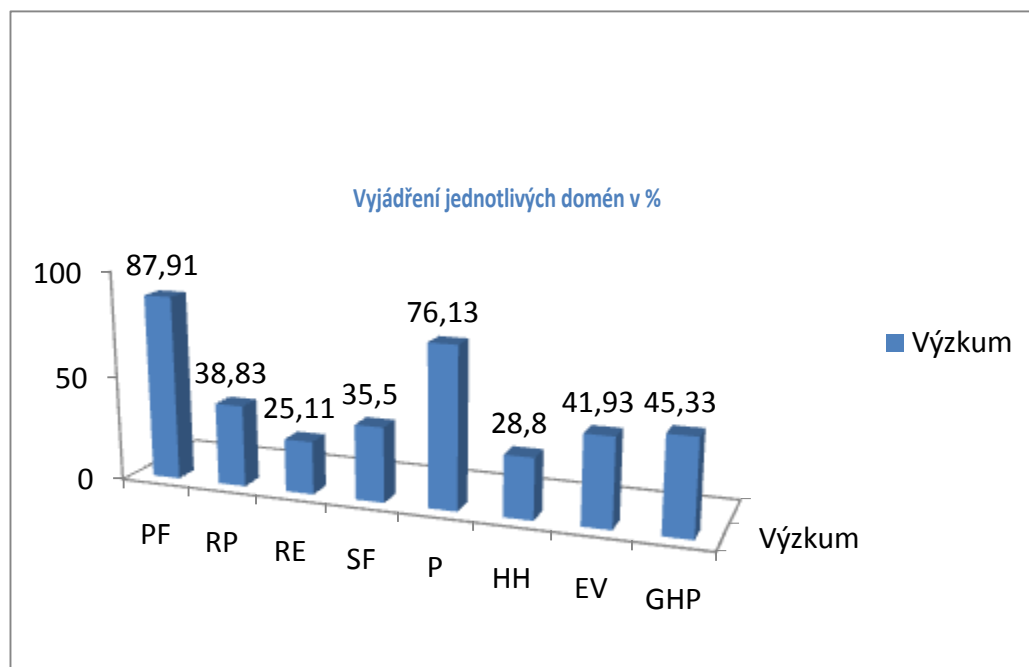
- V šesté doméně – **Všeobecné duševní zdraví** – dosahují průměrného skóre **38,63 %**, při u – shledané 21,01. Potvrzují, **jev velmi statisticky významný a to i se zřetelem na 1 % hladinou významnosti**.

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

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

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

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



Zdroj: Vlastní výzkum

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

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

Specimen 1:	Krumanová, závislí na alkoholu (M)							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
X	79,29	32,14	23,81	31,25	64,29	20,86	23,93	34,29
s ²	513,78	663,27	385,49	396,21	761,5	146,6	297,0	449,49
S	22,67	25,75	19,63	19,90	27,60	12,11	17,24	21,20
Specimen 2:	Krumanová, závislí na alkoholu (F)							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
X	75,50	35,00	16,67	31,25	58,89	21,60	28,00	32,00
s ²	392,25	650,00	277,78	289,06	445,6	71,04	381,0	186,00
S	19,81	25,50	16,67	17,00	21,11	8,43	19,52	13,64
U	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
	0,43	0,27	0,96	0,00	0,54	0,18	0,53	0,32
%	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health perception
	105,01	91,82	142,83	100	109,16	96,57	85,46	107,15

u kritická = 1,76 na 5%, 2,62 na 1%

Zdroj: Vlastní výzkum

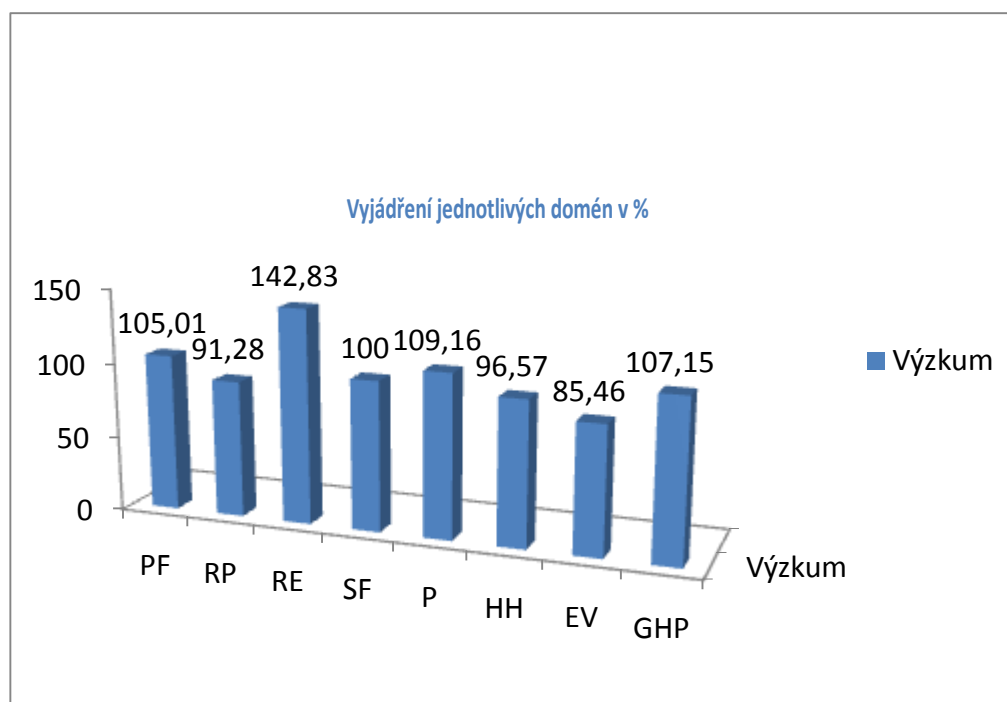
V tabulce IX. sledujeme 8 domén kvality života mužů závislých na alkoholu ve srovnání s ženami stejně postiženými.

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

- Ve třetí doméně – **Emoční omezení rolí** – dosahují průměrného skóre **142,83 %**, při u – shledané 0,96. Označuji tento jev za **statisticky nevýznamný**.
- Ve čtvrté doméně – **Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí** – dosahují průměrného skóre **100 %**, při u – shledané 0,00. Tento jev můžeme označit za **statisticky bezvýznamný**.
- V páté doméně – **Bolest** – dosahují průměrného skóre **109,16 %**, při u – shledané 0,54. Ze skóre vyplývá, že daný **jev je statisticky pod 5% hladinou významnosti**.
- V šesté doméně – **Všeobecné duševní zdraví** – dosahují průměrného skóre **96,57 %**, při u – shledané 0,18. Potvrzuji **statistickou nevýznamnost**.
- V sedmé doméně – **Vitalita** – dosahují průměrného skóre **85,46 %**, při u – shledané 0,53. Je zřejmé, že je **jev statisticky nevýznamným**.
- V osmé doméně – **Vnímání vlastního zdraví** – dosahují průměrného skóre **107,15 %**, při u – shledané 0,32, což daný **jev potvrzuje statisticky nevýznamným pod 5% hladinou významnosti**.

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

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



Zdroj: Vlastní výzkum

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

5. DISKUZE

K Výzkumu 1: Proč vzniká závislost na alkoholu a jaké faktory vedou k nekontrolovatelné konzumaci alkoholu? Nejpočetnější věkové skupiny respondentů byly tvořeny osobami ve věkovém rozmezí 35 – 40 a 40 – 50 let, obě tyto skupiny byly zastoupeni 27 %, podle šetření GENACIS, které uvádí CSÉMY A SOVINOVÁ⁶¹ je největší spotřeba alkoholu u mužů ve středním věku tj. mezi 35 – 44 rokem věku (stejně tak u žen), za nimi se řadí věková skupina 45 – 54let. Nejnižší spotřeba u mužů je ve věkové skupině 18 – 24 let, ovšem ženy v tomto věkovém rozmezí (18 – 24) jsou ve spotřebě alkoholu dle výzkumu GENESIS cit. 61, druhou skupinou mezi ženami s největší spotřebou. Vezmeme – li tedy v úvahu, že v mém dotazníkovém šetření byli zastoupeni ženy i muži, není 16% skupina ve věkovém rozmezí 18 – 25, překvapivě velkou, a fakt že mladiství v ČR holdují alkoholu nejvíce z Evropy⁶², tím jen potvrzuje. 60 a více letí, nebyli v dotazníkovém šetření zastoupeni vůbec, což by se dalo vysvětlit tím, že alkoholici se tohoto věku zřídka dožívají⁶³ a spotřeba alkoholu u této věkové skupiny je dle výše citovaného výzkumu také druhou nejnižší (pravděpodobně v souvislosti s přibývajícím zdravotními omezeními).

Možné *biologické* příčiny alkoholismu lze sledovat v následujících výsledcích výzkumu. Muži byli v dotazníkovém šetření zastoupeni 70 %, a 30 % žen, z čehož by se dalo vyvodit, že dalším predisponujícím faktorem může být mužské pohlaví, ovšem žen alkoholiček dle průzkumů stále přibývá „mužů je dvakrát víc než žen, ale ženy je rychle dohánějí“ říká primář POPOV cit. 12. MLČOCH⁶⁴ předesílá, že až 10 % žen v Evropě požívá alkohol v takové míře, že si vážně poškozuji zdraví a jejich závislost se často odhaluje, až v pokročilém stádiu, jelikož svou „slabost“ umí lépe skrývat než muži. Problém s alkoholem v rodině udává 60 % dotázaných, tudíž se nabízí možný vliv

⁶¹ SOVINOVÁ, H. CSÉMY, L. *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. Praha: Státní zdravotní ústav. ISBN- 80-7071-230 – 9.

⁶² SOUKUP, O. *Zahraníční iHNed.cz*. *Putin má plán proti alkoholismu: Rusové budou pít o polovinu méně, slibuje*[online]. 21. 1.2010. [cit. 2011- 01-22]. Dostupné z: <http://zahranicni.ihned.cz/c1-40092960-putin-ma-plan-proti-alkoholismu-rusove-budou-pit-o-polovinu-mene-slibuje>.

⁶³ AUTOŘI ČTK, *Domáci iHNed.cz*. *Mladiství v České republice holdují alkoholu nejvíce z Evropy*. [online]. 20. 12. 2010 20:36 [cit. 2011- 01-22]. Dostupné z: <http://domaci.ihned.cz/c1-48836790-mladistvi-v-ceske-republice-holduji-alkoholu-nejvice-z-evropy>.

⁶⁴ MLČOCH, Z. *MUDr. Zbyněk Mlčoch*. [on line]. 7. 5. 2010 [cit. 2010-06-30]. Dostupné z: http://www.zbynekmlcoch.cz/info/ostatni_obory/alkoholismus_zen_zena_alkoholicka_priznaky_chovani_faktory_geny_tehotenstvi.html.

genetických dispozic k alkoholismu, jak popisuje i ŠERÝ cit. 18, který píše, že zatím jediné ověřené genetické souvislosti se týkají právě závislosti na alkoholu. Z dosavadních poznatků vyplývá, že podíl genetických faktorů v multifaktoriální etiologii závislostí je značný a pohybuje se v rozmezí 40-60 %. Závislost na alkoholu a na nealkoholových drogách má společný genetický základ, který moduluje neurobiologické mechanismy závislosti na konkrétní látce. Výsledky výzkumu závislosti na alkoholu, který má delší historii a obsáhlejší bibliografii, jsou tedy ve značné míře platné také pro oblast nealkoholových drog. U alkoholiků se výzkumy prokazuje odlišná hormonální sekrece adrenálních žláz a dále se zdá, že u alkoholiků některé nervové tkáně preferují alkohol před cukrem v metabolickém procesu.

Faktor *rodinný* diskutuji v následujících odpovědích respondentů. V neúplné rodině vyrůstala nadpoloviční 55% skupina respondentů. To, že 40 % respondentů pociťovalo nedostatek lásky ze strany otce, svědčí pro jeho významný vliv v této problematice, což popisuje i PIN HEIRO cit. 24, který uvádí, že: “Málo vřelý a problematický vztah dítěte s otcem byl zjištěn v rodinách, kde se později u dítěte projevila závislost – především na alkoholu.“ Role otce jako velice podstatnou připomíná i HAJNÝ cit. 22. Matku jako nedostatečně milující uvedlo 35 % respondentů, což také není rozhodně zanedbatelné procento.

V literatuře jsem často objevovala spojitost: hyperprotektivní matka (tedy matka, která nadměrně pečuje, ochraňuje a citově závisí na dítěti) s možným negativním vlivem na rizika vzniku závislosti, s čímž tak trochu koresponduje zjištění z mého dotazníkového průzkumu: 28 % dotázaných své rodiče označili za přehnaně pečujících. Přísné rodiče označilo 20 % dotázaných, pečující 19 %. Lhostejnými označilo rodiče 5% respondentů a 21 % často nepřítomnými, což podle NEŠPORA⁶⁵ je rizikovým chováním k potenciální možnosti vzniku závislosti ze strany rodičů, stejně tak jako nepřítomnost jasných pravidel a jejich důsledné dodržování a tímto autorem diskutuji také další část dotazníkového šetření: 48 % dotázaných odpovědělo, že jejich hranice chování byly, (respektive nebyly stanoveny) podle nálady a rozpoložení rodičů a 40 %

⁶⁵ NEŠPOR, K.. Alkohol a jiné návykové látky u dětí, *Časopis lékařů českých*. 2004, č. 8, s. 561 - 564.

z nich se souhlasně vyjádřilo k nepřítomnosti jasně stanovených pravidel. SZAPOCZNIK, J., COASTWORTH, J. D cit. 23 shodně s výše uvedeným autorem uvádí některé charakteristiky rodiny, které je možné vysledovat i z odpovědí respondentů, a to např.: nedostatek jasných pravidel a jejich rozporuplné uplatňování, nedostatečná či přehnaná péče rodičů o dospívající a děti, špatná komunikace mezi rodiči a dospívajícími apod. Prožití neradostného dětství tedy nadmíra frustrací prožitých v dětství ukazuje a globalizuje důležitost rodiny při vzniku závislosti, na čemž se shoduje NEŠPOR cit. 30, KALINA cit. 9, HAJNÝ cit. 22, NEŠPOR cit. 29, KLOUČEK, E., STUHLÍK, R., HAJNÝ, M. cit. 27, KŘIVOHLAVÝ cit. 16 a 39, KUDRLE cit. 17 a jiní. Tento poznatek potvrzují i respondenti tohoto výzkumu, kteří označili své dětství za neradostné v 50 %, 12 % z nich uvádí své dětství jako „normální“ a 18 % jako radostné – faktor rodiny těchto respondentů tedy pravděpodobně bude z hlediska vzniku závislosti méně podstatným. 20 % své dětství označilo za „těžké“.

Partnerský vztah hodnotí 61 % za dlouhodobě problémový, jen 2 % dotázaných uvádí svůj partnerský vztah, jako harmonický.

Nízké sebevědomí, které uvádí 80 % dotázaných, nás opět vede zpět do rodiny. WOITIZOVÁ⁶⁶ ve své knize popisuje vyzorované rysy chování u dospělých dětí alkoholiků: “Nejsou si jisté tím, jaké chování je normální, berou samy sebe příliš vážně, mají problém se bavit, posuzují samy sebe bez slitování, mají těžkosti s dotahováním úkolů do konce, neustále hledají a vyžadují pochvalu, mají nízké sebevědomí...“.

Vlivy *sociální a psychologické* podílející se na vzniku a rozvoji závislosti na alkoholu hledám v dalších odpovědích respondentů: 24 % jedinců bylo v době vyplňování dotazníků dlouhodobě nezaměstnaných.

Rodinný stav byl v 50 % zastoupen rozvedenými respondenty, 40 % bylo ženatých / vdaných, 4 % svobodných a 6% skupinu tvořili ovdovělí. Alkoholik ztrácí pozici autority a živitele. Často dochází k regresivnímu návratu k rodičům.

Vztahy k příbuzným a přátelům ochladnou, na jejich místo nastupují povrchní vztahy s méně odpovědnými vztaznými osobami, tak píše HOŠEK A FUKALA⁶⁷.

⁶⁶ WOITIZOVÝ, J., G. *Dospělé děti alkoholiků*. Praha: Columbus, 1998. ISBN 80-85928-736.

⁶⁷ HOŠEK, K. *Problematika alkoholismu v sociálně psychologickém a medicínském pohledu*. Třinec : Oddělení psychologie a sociologie práce Třineckých železáren, 1971. 97 s

Z respondentů, kteří vyplňovali dotazník, jich 23 % uvedlo, že trpí duševní poruchou, tedy koincidence duševních poruch a alkoholismu má jistě své opodstatnění, tak uvádí BODNÁR cit. 39.

Dlouhodobé zdravotní obtíže uvedla nadpoloviční většina dotázaných čítající 64% skupinu. Tyto obtíže mohou být ovšem nejen příčinou, ale i důsledkem alkoholismu, jak uvádí NEŠPOR cit. 43.

Dosažení pouze základního vzdělání jako z dalších predisponujících faktorů (pro nižší míru pracovního uplatnění - prostor pro sociální patologie, frustraci a deprivaci a další negativní pocity, které mohou usnadnit cestu k alkoholismu) uvedlo 40 % dotázaných, oproti 4 % vysokoškoláků. Podle výzkumu GENEČIS cit. 63, s. 39 je výskyt rizikového konzumu ve vztahu ke vzdělání u mužů prakticky lineární, nejnižší je u vysokoškoláků, nejvyšší u mužů s nejnižším vzděláním.

U zaměstnaných 45 % respondentů, pak uvádělo v 64 % stres, který prožívají v souvislosti s výkonem povolání, což je dalším vztyčeným ukazovákem v této problematice, zvláště pak ženy těžko tento stres snáší, což by mohlo vést k uchýlení se každodenní relaxace po požití alkoholického nápoje. Alkohol může fungovat jako "rychlý reset", když je třeba vyřešit komplikovanou situaci, odložit ji a jít dál, což dělá ženám problémy, jak píše KRAMULOVÁ⁶⁸ v Psychologii Dnes.

Zájmy a koníčky chyběly 85 % dotázaných, což je smutně vysoké číslo. Dostatek zájmů a koníčků uvádí NEŠPOR⁶⁹ jako jedno z možných preventivních opatření a naopak jejich nedostatek jako velice rizikový faktor dávající prostor např. právě rozvoji různých závislostí. Volnočasové aktivity, jejichž chybění označilo 85 % dotázaných lze snad spojit i se souvislostí přítomnosti či nepřítomnosti vztahů kamarádství a přátelství, jehož chybění uvádělo 58 % respondentů, ovšem těžko dedukovat zda nepřítomnost těchto vztahů již předcházela vzniku závislosti nebo byla, až jejich důsledkem, ovšem osamění se dotázaní cítili v převážné většině zastoupené 78 %.

⁶⁸ KRAMULOVÁ, D. Mladá, vzdělaná, úspěšná- a opilá. *Psychologie dnes.*, 2009, roč. 15, č. 9, 60 s. 34-35.

⁶⁹ NEŠPOR, K., CSÉMY, L. Alkohol, drogy a vaše děti. [online]. [Citováno 2009-3-4]. Dostupné z:<http://www.drnespor.eu/addictcz.html>.

Z výsledků výzkumu bychom se mohli domnívat, že alkoholismus se více vyskytuje u lidí žijících ve městech – 78 %, můžeme uvažovat, že ve městě je jedinec více anonymní, eventuelní pocit osamění, který by mohl vést k nadměrné konzumaci alkoholu je zde, oproti životu na vesnici jistě opodstatněnější.

Nespokojenost s dosavadním způsobem života, jež uvádí 89 % dotázaných, se pak zdá být zcela logickou. Z výsledků dotazníkového šetření z řad na alkoholu závislých respondentů je myslím patrné, že na vzniku a rozvoji alkoholismu se podílí mnoho faktorů, které se navzájem kombinují. U respondentů se jako významný jeví faktor vlivu rodiny, z čehož, ale vzhledem k počtu dotázaných, neprofesionalitě dotazníku, a podstatným obranným mechanismům ega⁷⁰, které se v odpovědích respondentů mohou odrážet, nemohu vyvozovat závěr, že rodina je významnějším faktorem při vzniku závislosti než jiné determinanty.

Domnívám se, že stanovenou hypotézu H1: Příčiny vzniku alkoholismu jsou multifaktoriální a nelze jednoznačně určit faktor dominující, mohu potvrdit.

K Výzkumu II.: Pro získání dat o kvalitě života osob závislých na alkoholu a vlivu alkoholismu na rodinné příslušníky závislý jsem zvolila metodu v předcházející části předepsanou a blíže popsanou metodu kvantitativního výzkumu, a sice způsob dotazníkového šetření. Koncept HRQoL – „Kvalita života podmíněná zdravím“, jehož nástrojem ke zjištění kvality života je dotazník typu SF – 36, mi připadl nejvhodnější, jelikož s jedenácti obsaženými otázkami zaměřuje na zkoumání celkového fyzického, psychického, tak i emocionálního zdravotního stavu. Jak ve své práci píše SVOBODOVÁ⁷¹, míním také, že tímto složením podtrhuje ideální komplexnost a multidimenzionalitu zkoumané šíře v pojetí kvality života.

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

⁷⁰ GABRHELÍK, R. *Obranné mechanismy ega u klientů závislých na alkoholu. Adiktologie 7(1),22 -39, 2007. ISSN*

⁷¹ SVOBODOVÁ, L. *Soudobá sociologie II. Kvalita života.* [on line][Citováno 2010 –7-5]. Dostupné z: <http://search.seznam.cz/?q=ISBN+80-7254-657+0&mod=f>.

Při vyhodnocení se přihlíželo k 8 doménám, jejichž úkolem je podhalit rozdíly mezi normály západoevropského vzorku a výsledky zkoumaného souboru pro středoevropský region. Tak popisuje vyhodnocení PETR⁷². 100% v každé doméně je předpoklad pro optimální zdravotní stav každého jedince. Takový druh však neexistuje, proto jsou za normativní reprezentativní data pro evropskou populaci považována ta, ze studie provedené v letech 1991/1992 v Oxfordu, předkládá tak JENKINSON⁷³.

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

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

V porovnání *příbuzných závislých mužů a žen* oproti standardu se prokazují rozdíly, které jsou nejpatrnější v doménách (RE) emoční omezení rolí a (EV) vitality. V případech je kvalita života zhoršená u mužů průměrně na 68 % a u žen dokonce na 50% ve srovnání s Oxfordem jen ve třech doménách, z čehož vyplývá, že ženy tento stav, kdy některý z jejich příbuzných je na alkoholu závislým hůře tolerují než muži, o čemž vypovídá podstatný rozdíl v doménách (RE) a (MH) – všeobecné duševní zdraví, (EV) vitalita a (GHP) vnímání vlastního zdraví a (P) bolest se pohybuje u mužů a žen s rozdílem v rozmezí asi 20 %. Pouze u (RE) dosahují ženy v porovnání s muži o 30%

⁷² PETR, P. *Hodnocení kvality života v ošetrovatelství, sociální práci a souvisejících oborech*. [on line] [Citováno 2010 -6-30]. Dostupné z: http://zsf.jcu.cz/struktura/katedry/verzdrav/petr/studijni_texty/texty_KZ05/.

⁷³ JENKINSON, C. et al., *The UK SF-36. An Analysis and Interpretation Manual*. Oxford Ghealth Servicers Research Unit, March 1996, Oxford, England, Great Britian.

nižšího skóre. Fyzické funkce mají z řad respondentů lépe zachovány příbuzní závislých - muži oproti ženám.

Z dotazníkového šetření u druhého zkoumaného souboru, kde jsem porovnávala kvalitu života u *na alkoholu závislých mužů a žen* oproti standardu Oxford jasně vyplývá, že jsou statisticky významné již na 1% hladině významnosti. Výsledné hodnoty vypovídají o tom, že kvalita života alkoholiků je jednoznačně snížena ve všech zastoupených doménách – funkcích nebo rolích, ve kterých nedokážou fungovat, tak jako běžně zdravá populace. K těmto závěrům dospěli GARAJ a BENKOVIČ cit. 35, kteří výzkumem potvrdili stanovenou hypotézu, že skupina alkoholiků bude mít jasně nižší úroveň kvality života, subjektivní pohody a vlastního smyslu života, než skupina nealkoholiků.

Nejvíce jsou postiženy domény (RE) emoční omezení rolí, u nichž průměrné skóre nedosahuje ani čtvrtiny referenčního standardu v poměru 28:15% muži vůči ženám. (Výše citovaní autoři předkládají, že alkoholici jsou v emočním prožívání výrazně nestálí, jejich výrazné výkyvy nálad v čase ebriety jakoby, prý narušuje schopnost vcítovat se, a ztrácí schopnost orientovat se ve vztazích, jako by nevěděli, co chtějí). U žen dokonce pouhou jednu čtvrtinu v této doméně.

Duševní zdraví (MH) jedinců obou pohlaví je pak dle výzkumu prokazatelně negativně poznamenáno, neboť ženy ve výzkumu dosáhly pouhých 38 % a muži 28 %, což je oproti standardu podstatně méně. Duševní zdraví alkoholiků ze vzorku respondentů je znatelně narušené.

Podstatná změna zaznamenána v doméně (EV) vitality, kde závislé ženy opět dosahují nižšího skóre, než zdá-se, že odolnější muži, kteří ovšem“bodovali“ také výrazně pod polovinu průměrného dosahovaného skóre.

Vnímání vlastního zdraví (GHP) je další doménou, která zcela logicky nemůže zůstat “nedotčenou“. V této doméně ženy skórují lépe než muži 51:46 %.

Alkoholismus u vzorku respondentů zasahuje také emoční omezení sociálních funkcí – doménu (SF), omezení je více na straně mužů oproti opačnému pohlaví, které ovšem dosahuje jen o 12 % lepšího výsledku, ale nedosahující ani poloviny průměru.

Fyzické omezení rolí v doméně (RP) u vzorku probandů je podstatně dominantnější u mužů, kteří dosahují pouhých 37 %. Z čehož vyplývá, že ženy můžeme odvodit závěr, že ženy alkoholismus lépe dokážou skrývat než muži, kteří k tomu společností ani nejsou tak nuceni, jelikož pití alkoholu u mužů je všeobecně více tolerováno než u žen. MLČOCH cit. 46 míní: „Ženy alkoholičky se mnohem více snaží svůj návyk tajit a tutlat. Pijí velmi často v soukromí svého obydlí“. U zbývajících 2 domén (fyzické funkce a bolest) se subjektivní vnímání kvality života pohybuje v průměru 83 % ku Oxfordu.

Nejméně narušené označují respondenti fyzické funkce v doméně (PF), které se dle dotazníkového šetření, téměř shoduje s „tzv. normálem“ průměrného skóre.

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

6. ZÁVĚR

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

Z výsledků dotazníkového šetření z řad na alkoholu závislých respondentů je myslím patrné, že na vzniku a rozvoji alkoholismu se podílí faktory genetické, rodinné, psychologické a sociální, které se navzájem kombinují a tudíž faktor dominující nelze jednoznačně označit.

Hypotézu H1: „Příčiny vzniku alkoholismu jsou multifaktoriální a nelze jednoznačně určit faktor dominující“ se domnívám, že mohu potvrdit.

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

Soubor probandů *příbuzných na alkoholu závislých* pak boduje ve výši *59 %*. A to s poměrem *51:67 % ženy proti mužům*, z čehož lze možno dedukovat, že ženy hůře snášejí a méně snadno se s faktem blízkého závislého vypořádávají než muži. Ve

druhém výzkumu tedy prokazují výrazné snížení kvality života jak u na alkoholu závislých jedinců, tak i jejich rodinných příslušníků.

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

Navrhovaná preventivní opatření:

Jedinec – Střídmě pít alkohol, naučit se zvládat stres, mít zájmy, dávat si reálné cíle, soustavně se nestýkat s lidmi, kteří nadměrně pijí alkohol, předcházet bolestivým problémům.

Rodina – Mediální apel na nebezpečnost této problematiky, připomínat, jak je důležité, aby rodiče s dětmi trávili čas, naučili se s nimi konstruktivně řešit problémy a umožnili jim, dle svých možností kvalitní trávení volného času. Zdůraznit důležitost přiměřeného dohledu a přiměřené prosazování kázně, získání důvěry dítěte a důležité umění – umět naslouchat apod., jakýsi „manuál prevence v rodině“ např. jako DVD, které by byl k distribuci ve zdravotnických zařízeních. Přiměřený dohled a přiměřené prosazování kázně. Pečovat o dobrý zdravotní stav dítěte – propagační materiály v ordinacích dětských a dorostových lékařů. Dostatek informací o možnosti kam se obrátit v případě závislého člena rodiny – informační letáky dostupné v čekárnách zdravotnických zařízení.

Škola - Skupinová a individuální preventivní práce (výuka, besedy, semináře, poradenství, informační materiál, mediální působení - reklama, soutěž), Vyškolení aktivistů (peerů) z řad školní mládeže, semináře pro pedagogy ZŠ a SŠ. Přítomnost školního psychologa (na alespoň částečný úvazek), dále např. opakovanými leklemi naučit děti zvládat stresové situace zdravými způsoby. Připomínat důležitost adekvátních sociálních vazeb.

Společnost – Výrazné omezení dostupnosti alkoholu nezletilým, a snížení tolerance ke konzumaci alkoholu ve společnosti obecně, a to např. mediálním

zveřejněním alarmujících statistik této problematiky. Aktivní zapojení obyvatel a organizací do prevence, přísné postihy za podávání alkoholu mladistvým.

Internet má myslím velký potenciál k preventivnímu, ale i terapeutickému působení. Webové stránky zaměřené na problematiku abúzu alkoholu nabízejí v současné době čtyři základní typy služeb: informace, online krátkou intervenci, online psychoterapii či poradenství a online setkání svépomocných skupin. Výhodou internetových služeb je zejména místní, časová i finanční dostupnost, možnost zůstat v anonymitě a v případě online dotazníků bezprostřední zpětná vazba. Internetové intervence mohou být jedním ze způsobů jak oslovit rizikové uživatele alkoholu, kteří nejsou v kontaktu s léčebnými službami, a tak zvýšit záchyt populace ohrožené škodlivým užíváním a závislostí. Cesta k účinné prevenci myslím nevede přes jednorázové kampaně, protože asi nemohou soupeřit s objemem reklamy, kterou zadávají distributoři alkoholu.

Multifaktoriálnost příčin vzniku alkoholismu potvrzují nejen dosavadní vědecké poznatky, ale i s tímto relativně korespondují odpovědi dotázaných respondentů. Logická domněnka, z které vzešla hypotéza, že kvalita života závislých i jejich rodinných příslušníků se vlivem alkoholismu snižuje, se dotazníkovým výzkumem probandů taktéž potvrdila. Navrhovaná preventivní řešení jsou mým subjektivním řešením problematiky, řada z nich je pravděpodobně prováděna běžnou praxí.

7. KLÍČOVÁ SLOVA

- Alkohol
- Alkoholismus
- Kvalita života
- Závislost
- Respondenti

8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. AUTOŘI ČTK, *Domaci.iHNed.cz*, *Mladistvý v České republice holdují alkoholu nejvíce z Evropy*. [online]. 20. 12. 2010 [cit. 2011- 01-22]. Dostupné z: <http://domaci.ihned.cz/c1-48836790-mladistvi-v-ceske-republice-holduji-alkoholu-nejvice-z-evropy>.
2. BALCAR, K. Životní smysl a kvalita života. In *Kvalita života a zdraví*. Praha. Triton, 2005. 630 s. ISBN 80-7254-657-0.
3. BARTOŠÍKOVÁ, I., MIOVSKÝ, M. Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislosti. In: *Drogy a drogové závislosti – Mezioborový přístup*. Kapitola 2/1. Praha: Avicenum, 2003. 343 s.
4. BENKOVIČ., A., GARAJ. V. Kvalita života u lidí závislých od alkoholu a jej změna v priebehu liečby. *Alkoholismus a drogové závislosti*, 2009, roč. 44, č. 3, s. 129-152. ISSN 0862 – 0350.
5. BODNÁR, B., PÁLOVÁ, E., KOVANČIKOVÁ, M. et all. *Prevalencia poruch osobnosti u pacientov so závislosťou od alkoholu: Vlastné skúsenosti*. *Alkoholismus a drogové závislosti*. roč. 44- 1.2009, s. 3. ISSN 0862 – 0350.
6. BUTKOVÁ, E. Vzpomínky alkoholika podle Jacka Londona. *Psychologie dnes.*, 2008, roč. 14, č. 1, s. 44 -47. ISSN 1212-9607.
7. EHRMANN, J. jr., SCHNEIDERKA, P., EHRMANN, J. *Alkohol a játra*. Praha: Grada. 2006. 159 s. ISBN 80-247-1048-X.
8. ČTK, *Novinky.cz* , *online magazín deníku právo* [online]. 9.6.2010 [2011-01-20]. Dostupné z : <http://www.novinky.cz/zena/zdravi/202638-kazdy-desaty-cech-ma-problem-s-alkoholem.html>.

9. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2010. 207 s. ISBN 978- 80- 247-1620-6.
10. EHRMANN, J. jr., SCHNEIDERKA, P., EHRMANN, J. *Alkohol a játra*. Praha: Grada, 2006. 168 s. ISBN 80-247-1048-X.
11. FLEISCHER, J., ANDRÉ, I., JALČ, J. *Vybrané poruchy súvisiace s konzumom alkoholu a so závislosťou od alkoholu*. *Alkoholismus a drogové závislosti*, roč. 44 – 5-2009. s. 294 – 304. ISSN 0862 – 0350.
12. GABRHELÍK, R. Obranné mechanismy ega u klientů závislých na alkoholu. *Adiktologie* 7(1), 22 -39, 2007. ISSN 1213- 3841.
13. GOHLERT, CH., KUHN, F. *Od návyku k závislosti*. Praha: Ikar, 2001. s. 88. ISBN 80-7202-950-9.
14. HAJNÝ, M. *PhDr Martin Hajný*. [online]. 2004 [cit. 2009-31-13]. Dostupné z: <http://martin.hajny.net/next/11/zavislost-drogy-rodina-factory>.
15. HAMPL, K., In: . *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. s. 48. Praha: Státní zdravotní ústav.
16. HNILICOVÁ, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In *Kvalita života a zdraví*. Praha. Triton, 2005. s. 205-216. ISBN 80-7254-657-0.
17. HNILICOVÁ, H. Kvalita života. In: *Sborník příspěvků z konference konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy.: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. s. 120. ISBN 158-245-45.

18. HOUDEK, J., *Právo, Slavní umělci a velikáni, kteří holdovali alkoholu*[online]. 1.1.2011 [2011-01-26]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/zena/styl/220804-slavni-umelci-a-velikani-kteri-holdovali-alkoholu.html>.
19. HOŠEK, K. *Problematika alkoholismu v sociálně psychologickém a medicínském pohledu*. Třinec: Oddělení psychologie a sociologie práce Třineckých železáren, 1971. 97 s.
20. JENKINSON, C. et al., *The UK SF-36. An Analysis and Interpretation Manual*. Oxford Ghealth Servicers Research Unit, March 1996, Oxford, England, Great Britian.
21. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 151. ISBN 50-86734-05-6.
22. KALINA, K. et al. *Základy klinické adiktologie* .Praha: Grada, 2008. s. 55. ISBN 978-80-247-1411- 0.
23. KEBZA. V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. Vydání. Praha: Academia, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.
24. KHANTZIAN, E. J. The self- medication umlhesi sof addictive disorders: focus on heroin and kokain dependence. *Americen Journal of Psychiatry*, 1985, 142, s. 1259-1264.
25. KLOUČEK, E., STUHLÍK, R., HAJNÝ, M. *Akta Y: Drogový problém versus rodina: Praktická příručka pro rodiče*. Praha: Votobia, 1999. s. 124. ISBN 80-7220-022-4.
26. KNIGHT, R. P. The dynamic and treatment of chronic alcoholic addiction. *Bulletin of the Meninger Clinic*, 1937, Vol. 1, s. 538-549.
27. KOLIBÁŠ, E, NOVOTNÝ, V. *Alkohol. Drogy. Závislosti*. Bratislava: UK. 2007. 260 s.

28. KOVÁČ, D., Kvalita života – naléhavá výzva pro vědu nového století. *Československá psychologie*, 2001, roč. 45, č. 1, s. 34-44. ISSN 0009 – 062X.
29. KRAMULOVÁ, D. Mladá, vzdělaná, úspěšná- a opilá. *Psychologie dnes.*, 2009, roč. 15, č. 9, s. 34-35.
30. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
31. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence*. Praha: Grada, 2006. s. 179-185. ISBN 80-247-1370-5.
32. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. s. 198-202. ISBN 80-7178-551-2.
33. KŘÍŽOVÁ, E. Sociologické podmínky života. In **PAYNE, J. et al.** *Kvalita života a zdraví*. Praha. Triton, 2005. s. 351. ISBN 80-7254-657-0.
34. KUDRLE, S. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In: *Drogy a drogové závislosti – Mezioborový přístup*. Kapitola 2/1. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 92.
35. LONDON, J. *Démon alkohol*. Praha: Labyrynt, 1999. ISBN 80-85935-30-9.
36. MAREŠ, J. et. all. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. 1. VYD. Brno: MSD, 2006. 228 s. ISBN 80-86633-68-9.
37. MATĚJČEK, Z., LANGMAIER J. *Počátky našeho duševního života*. Praha: Panorama, 1986. s. 116.
38. MINAŘÍK, J. *Definice závislosti*. [online] 18. 04. 2007 [cit. 2009-12-12]. Dostupné z: <http://www.drogy.net/portal/umlhes-drogy/zavislost-4/definice-zavislosti.html>.

39. MLČOCH, Z. *Alkoholik.cz Historie pití alkoholu a tresty za opilost a opilství* [online]. 26.1.2011, [2011-01-21] Dostupné z: http://www.alkoholik.cz/zavislost/historie/historie_piti_alkoholu_a_tresty_za_opilost_a_opilstvi.html
40. MLČOCH, Z., *Alkoholik.cz , Statistiky alkoholismu 2010*, -[online]. 26.1.2011 [2011-01-26]. Dostupné z: http://www.alkoholik.cz/zavislost/clanky_a_statistiky/statistiky_2010_550_tisic_cechu_je_zavislych_na_alkoholu.html.
41. MLČOCH, Z. *MUDr. Zbyněk Mlčoch*. [on line]. 7. 5. 2010 [cit. 2010-06-30]. Dostupné z: http://www.zbynekmlcoch.cz/info/ostatni_obory/alkoholismus_zen_zena_alkoholicka_priznaky_chovani_faktory_geny_tehotenstvi.html.
42. NESTLER, E. J. Total recall – the memory of addiction. *Science*, 292, s. 2266-2267.
43. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. Alkohol, drogy a vaše děti. [online]. [Citováno 2009-3-4]. Dostupné z: <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>.
44. NEŠPOR, K. *Alkoholik.cz* .[online] 13. 5. 2009 [cit. 2010-03-02]. Dostupné z: http://www.alkoholik.cz/zavislost/psychika_a_telo/telo_a_alkohol_jak_pusobi_alkohol_na_organy_a_mozek.html.
45. NEŠPOR, K.. Alkohol a jiné návykové látky u dětí, *Časopis lékařů českých*. 2004, č. 8, s. 561 - 564.
46. NEŠPOR, K. *Jak zlepšit sebeovládání*. Ústí nad Orlicí: Oftis, 2007. s. 10. ISBN 978-80-86845-67-8.

47. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost, Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha : Portál, 2000, revize 2002. s. 156. ISBN 80-7178-432-X.
48. NEŠPOR, K.. Alkohol a jiné návykové látky u dětí, *Časopis lékařů českých*. 2004, č. 8, s. 561 - 564.
49. *Ostrov radosti* [online]. 2010 [cit. 2011-12-2]. Dostupné z: <http://www.ostrovzl.cz/prevence/zavislost>.
50. PÁLOVÁ, E. et al. *Personality disorder and its impact on alcohol dependence in female patients. 2 World Congress on Women's Mental Health, March 2004, Washington*, s. 156.
51. PETR, P. *Hodnocení kvality života v ošetrovatelství, sociální práci a souvisejících oborech*. [online] [Citováno 2010 -6-30]. Dostupné z: http://zsf.jcu.cz/struktura/katedry/verzdrav/petr/studijni_texty/texty_KZ05/.
52. PETR, P., KALOVÁ, H. *Studijní text - Kvalita života* [online]. České Budějovice: Jihočeská univerzita, [cit. 2010 -03-12] Dostupné z: http://www.zsf.jcu.cz/struktura/katedry/verzdrav/clenove/petr/studijni_texty/texty_KZ05/4HodnoceniKZ.
53. PIN, H., R. T., et al. Cocaine addict and their families. *International Journal of Psychoanalysis*, 2001, Vol. 82, s. 347.
54. PRESL, J. *Drogová závislost*. Praha: Maxdorf, 1994. ISBN 80-85800-25X.
55. PSYCHIATRICKÉ CENTRUM PRAHA. *Termiologický slovník*. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2000. s. 19 . ISBN 80-85121-08-5.
56. ROTGERS, F. et al. *Léčba drogové závislosti*. Kapitola 7. Praha: Grada, 1999.

57. SKÁLA, J. et al. *Závislost na alkoholu a jiných látkách*. Praha: Avicenum, 1987.
58. SKÁLA, ...*až na dno!?*. Praha: Avicenum, 1988. s. 42-44.
59. SOUKUP, O. *Zahranicní iHNed.cz, Putin má plán proti alkoholismu: Rusové budou pít o polovinu méně, slibuje*[online]. 21. 1.2010. [cit. 2011- 01-22]. Dostupné z: <http://zahranicni.ihned.cz/c1-40092960-putin-ma-plan-proti-alkoholismu-rusove-budou-pit-o-polovinu-mene-slibuje>.
60. SOVINOVÁ, H. CSÉMY, L. *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. Praha: Státní zdravotní ústav. ISBN- 80-7071-230 – 9.
61. SVOBODOVÁ, L. *Soudobá sociologie II. Kvalita života*. [on line][Citováno 2010 – 7-5]. Dostupné z: <http://search.seznam.cz/?q=ISBN+80-7254-657+0&mod=f>.
62. SZAPOCZNIK, J., COASTWORTH, J. D., An ecodevelopmental framework for organizing the influences on drug abuse. In Glantz. M. *Drug abuse: Origins and interventions*. Washington DC: American Psychological Association, 1999.
63. ŠERÝ, O. Dědičnost látkových závislostí: podíl genetické výbavy na vzniku závislostí. *Zaostřeno na drogy: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti*, Praha, Úřad vlády České republiky. ISSN 1214-1089, 2007, vol. 2007, no. 3, s. 1-4.
64. Úřad vlády České Republiky. *Drogy-info.cz* [on line]. 23. 5. 2007 [cit. 2010 – 03 - 12]. Dostupné z:http://www.drogyinfo.cz/index.php/o_nas/evaluace/banka_evaluacnich_nastroju/dotaz_niky_kvality_zivota_svetove_zdravotnicke_organizace.

65. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY. *MKN – 10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotnických problémů: 1. revize. – 2. Aktualizované vydání.* Praha, 2008, s. 193. ISBN 978-80-904259-0-3.
66. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* 1. vydání. Praha: Portál, 1999. 448 s. ISBN 80-7178-214-9.
67. VELÍNSKÝ, F. *Český rozhlas. Pár slov o alkoholu* [online]. 31.12.2010 [2011-01-21]. Dostupné z: http://www.rozhlas.cz/planetarium/historie/_zprava/829596.
68. VETULANI, J. Drug addiction. Part II. Neurobiology of addiction. *Polish Journal of Pharmacology*, 53, s. 303-317.
69. VORBOVÁ, R. *Vyléčit.cz.* [on line]. 2009 [cit. 2009 11- 08]. Dostupné z: <http://www.vylecit.cz/861/boj-s-alkoholismem-vi-cast>.
70. WINNICOT, D. W. Transitional objects and transitional phenomena. *International Journal of Psychoanalysis*, 1953, 34, s. 89-97.
71. *Výchova ke zdraví, Umíme porozumět pojmům o zdraví a prevenci* [online]. 2009 [cit. 2011-1-22]. Dostupné z: <http://www.vychovakezdravi.cz/clanky/pojmy.html>.
72. WOITIZOVÝ, J., G. *Dospělé děti alkoholiků.* Praha: Columbus, 1998. ISBN 80-85928-736.
73. ZÁBRANSKÝ T. 2003: *Drogová epidemiologie.* 1.vyd. Olomouc: 95 s. ISBN 80-244-0709-4.

9. PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Dotazník vlastní konstrukce

Příloha č. 2: Dotazník SF 36

Příloha č. 3: Graf – Spotřeba alkoholu na 1 obyvatele v ČR, ČSÚ

Příloha č. 4: Obr. Jak ovlivňuje alkohol naše zdraví, SZÚ

Příloha č. 5: Doplnění ke Graf. č. 1: Z dotazníku vlastní konstrukce

Příloha č. 1:

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

Děkuji Vám za Vaši ochotu a čas, který věnujete vyplnění dotazníků.

1. Kolik je Vám let?

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

2. Pohlaví:

- Žena
- Muž

3. Vzdělání:

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

4. Trpíte nějakými dlouhodobými zdravotními problémy?

- Ano
- Ne

5. Kde žijete:

- Ve městě
- Na vesnici

6. Rodinný stav:

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

7. Váš partnerský vztah byste hodnotili jako:

- Harmonický
- Dlouhodobě problémový
- Neuspokojivý

8. Zaměstnání:

- Ano
- Ne
- Dlouhodobě nezaměstnaný

9. V zaměstnání často prožívám stres

- Ano
- Ne

10. Vyrůstal/a jste v úplné rodině:

- Ano
- Ne

11. Měli Vaše rodiče nebo prarodiče problémy s alkoholem?

- Ano
- Ne

12. Jak byste označil/a Vaše rodiče:

- Hodní a obětaví
- Pečující
- Přísní
- Lhostejní
- Často nepřítomní

13. Jaké používali Vaše rodiče způsoby trestání za Vaše nevhodné chování?

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

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

- Ano
- Ne
- Podle situace a nálady rodičů

15. Zažívali jste v dětství pocit nedostatečné lásky ze strany?

- Matky
- Otce
- Obou rodičů

16. Jak hodnotíte své dětství:

- Radostné
- Neradostné
- Těžké
- Normální

17. Jak hodnotíte své sebevědomí:

- Nízké
- Vysoké
- Tak akorát

18. Trpíte nějakou duševní poruchou?

- Ano
- Ne

19. Máte nějaké zájmy, koníčky?

- Ano
- Ne
- Ano, mám jich spoustu

20. Máte kamarády, přátele, s kterými se stýkáte?

- Ano
- Ne

21. Cítil/la jste se často osamělá?

- Ano
- Ne

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

- Ano
- Ne

23. Jste spokojený s dosavadním způsobem života?

- Ano
- Ne

Příloha č. 2:

DOTAZNÍK O ZDRAVOTNÍM STAVU /SF-36/

Copyright:

Medical Outcomes Trust 1996

Boston, MA U. S. A

Health Services Research Unit, 1996

Oxford, Great Britain

Česká verze 1/2006

EMA-services, s.r.o

U Tří lvů 14

České Budějovice

Česká republika

DOTAZNÍK SF – 36

O KVALITĚ ŽIVOTA PODMÍNĚNÉ ZDRAVÍM

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

Identifikace respondenta

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

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

(zakroužkujte jedno číslo)

Výborné	1
Velmi dobré	2
Dobré	3

Dosti dobré	4
Špatné	5

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

(zakroužkujte jedno číslo)

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

3. Následující otázky se týkají činností, které někdy děláváte během svého typického dne. Omezují Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry?

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

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

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

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

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

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

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

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

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

(zakroužkujte jedno číslo)

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

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

(zakroužkujte jedno číslo)

Žádné	1
Velmi mírné	2
Mírné	3
Střední	4
Silné	5
Velmi silné	6

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

(zakroužkujte jedno číslo)

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

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

Jak často v posledních 4 týdnech...

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

h. jste byl/a šťastná? 1 2 3 4 5 6

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

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

Pořád	1
Většinu času	2
Občas	3
Málokdy	4
Nikdy	5

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

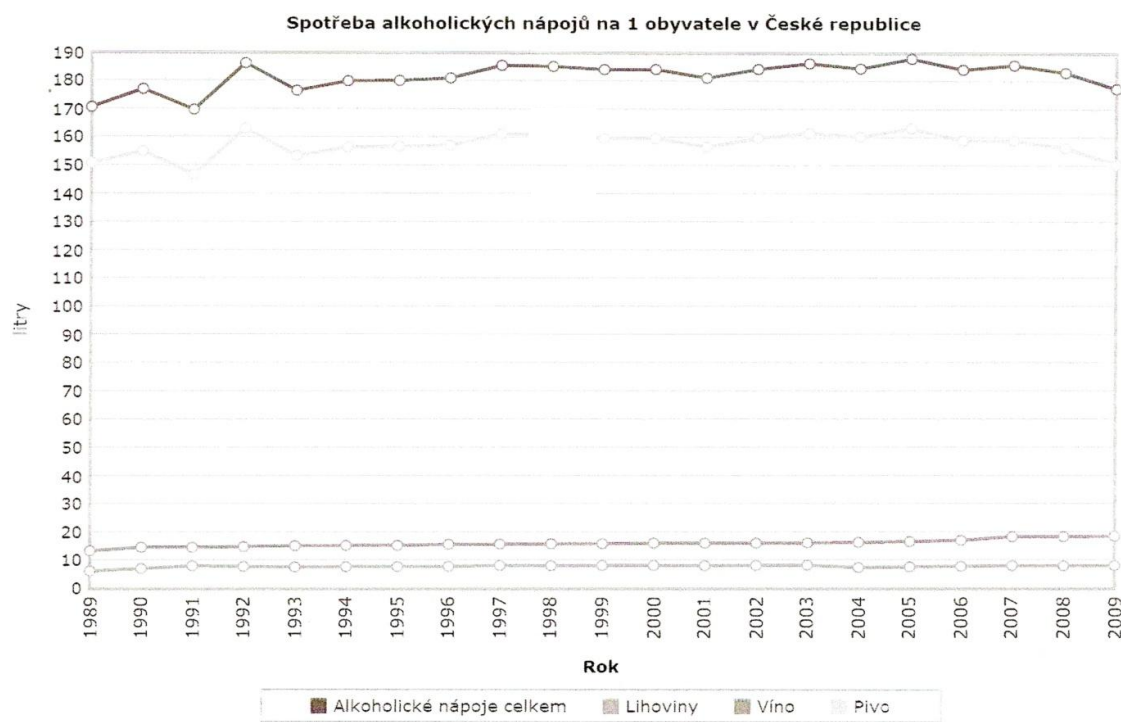
	Jistě ano	Spíše Ano	Nejsem si jist	Spíše ne	Určitě ne
a. Zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí) snadněji, než jiní lidé	1	2	3	4	5
b. Jsem stejně zdrav, jako kdokoliv jiný	1	2	3	4	5
c. Očekávám, že se mé zdraví zhorší	1	2	3	4	5
d. Mé zdraví je perfektní	1	2	3	4	5

Během dnešního dne užívám tyto léky:

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

Datum: _____

Příloha č. 3:



JAK OVLIVŇUJE ALKOHOL NAŠE ZDRAVÍ

**Agresivní, podrážděné chování.
Hádky. Násilí. Deprese. Nervozita.**

**Závislost na alkoholu.
Ztráta paměti.**

**Zhoubný nádor hltanu
a dutiny ústní.**

Předčasné stárnutí. Nos pijáka.

**Častá nachlazení.
Snížená odolnost vůči infekci.
Zvýšené riziko zápalu plic.**

**Slabost srdečního svalu.
Srdeční selhání.
Chudokrevnost.
Porucha krevní srážlivosti.**

Poškození jater. Cirhóza.

Zhoubný nádor prsu.

**Vředý.
Průjem. Podvýživa.**

**Nedostatek vitamínů.
Krvácení.
Závažný zánět žaludku.
Zvracení.**

**Třes rukou.
Brnění prstů rukou.
Necitlivost.
Nervové bolesti.**

Zánět slinivky břišní.

**Zhoršená koordinace
vedoucí k pádům.**

**U mužů:
Porucha sexuální výkonnosti.**

**Necitlivost a brnění prstů nohou,
nervové bolesti.**

**U žen:
Riziko narození dítěte s vadou,
opožděným vývinem či nízkou
porodní hmotností.**

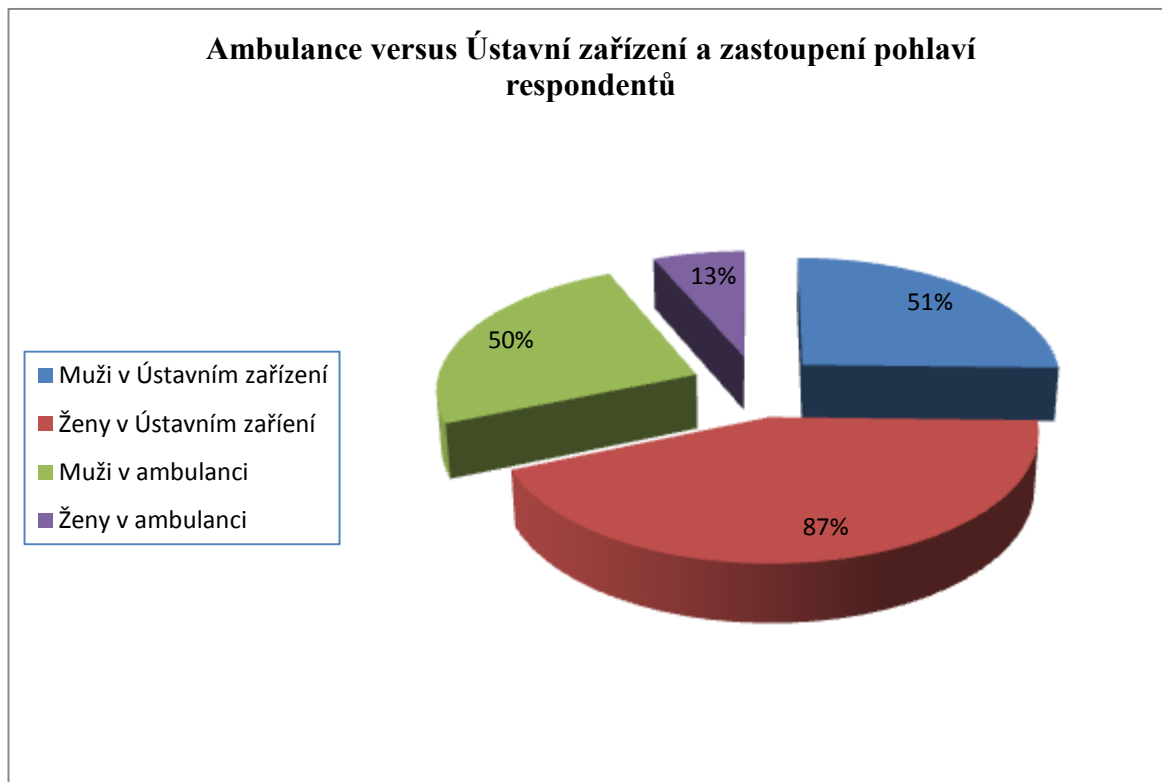
**Vysoce rizikové pití může vést k problémům ve společnosti
a se zákonem, dále pak i ke zdravotním, rodinným,
pracovním a finančním komplikacím.
Může rovněž zkrátit život a vést k nehodám a smrti následkem
řízení vozidla pod vlivem alkoholu.**

Návrh a grafická úprava: © ALFILE 2007 - Vydal: © Státní zdravotní ústav, Šrobárova 48, Praha 10 - Vytiskl: GEOPRINT s.r.o., Krajinská 1110, Liberec 1 - 1. vydání Praha 2007 - NEPRODEJNÉ

Zdroj: Státní zdravotní ústav Praha

Příloha č. 5:

Graf. Pohlaví



Zdroj: Vlastní výzkum

Muži v Ústavním zařízení vytvořili skupinu respondentů v počtu 56 jedinců, což odpovídá 51 % z celkového počtu mužů.

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

Muži v ambulanci pro léčbu závislosti byli zastoupeni v 50 % tj. 55 z celkového počtu mužů.

Ženy v ambulanci pro léčbu závislosti byli zastoupeni v 13 % tj. 6 z celkového počtu žen.