

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav ošetrovatelství

Bc. Tereza Hrtúsová

Sociální opora u klientů s diagnózou alkoholismus

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.

Olomouc 2011

ANOTACE

Název práce:	Sociální opora u klientů s diagnózou alkoholismus
Název práce v AJ:	Social backing at clients with diagnosis alcoholism
Datum zadání:	2009-12-14
Datum odevzdání:	2011-05-04
Instituce:	Ústav ošetřovatelství FZV UP v Olomouci
Příjmení a jméno autora:	Bc. Hrtúsová Tereza
Vedoucí práce:	Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.
Oponent práce:	PhDr. Danuška Tomanová, CSc.

Abstrakt v ČJ: Cílem diplomové práce bylo zmapovat sociální oporu i životní spokojenost a vzájemný vztah těchto dvou proměnných u klientů s diagnózou alkoholismus a u jedinců neléčených pro závislost, u nichž nebyl prokázán syndrom závislosti na alkoholu. Míra sociální opory i životní spokojenosti byla zjišťována pomocí standardizovaných dotazníků. Z výsledku výzkumného šetření bylo prokázáno, že kontrolní skupina má signifikantně vyšší míru sociální opory i životní spokojenosti než skupina zkoumaná.

Teoretická část se skládá ze tří kapitol. První kapitola uvádí přehled definic a pojetí sociální opory. Popisuje druhy, modely a diagnostiku sociální opory i její vzájemný vztah ke zdravotnímu stavu a životní spokojenosti. Další kapitola pojednává o závislosti na alkoholu. Uvádí se v ní postoj a spotřeba alkoholu u lidí v České republice. Popisuje jednotlivá stadia závislosti, možnosti léčby a důsledky tohoto onemocnění. Poukazuje na rozdíl v konzumaci alkoholu u mužů a žen a zabývá

se dopadem závislosti na celou rodinu, zejména pak na vývoj dětí z těchto rodin. Poslední kapitola se věnuje životní spokojenosti.

Abstrakt v AJ: The aim of the thesis is to map both social support and life satisfaction and interrelation of these two variables at clients with a diagnosis of alcoholism and also individuals not treated for an addiction, whom the syndrome of alcohol addiction was not proved to. Degree of social support and life satisfaction was assessed using standardized questionnaires. Results of research has shown that the control group has a significantly higher level of social support and life satisfaction than the group examined.

The theoretical part consists of three chapters. First chapter is provides an overview of definitions and a social support conception. There are described types, models and diagnostics of social support and its interrelation to health and life satisfaction. The following chapter deals with alcohol addiction. It specifies the attitudes and alcohol consumption of people in the Czech Republic. It describes various stages of addiction, treatment options and consequences of this disease. It points out the differences of alcohol consumption between males and females and deals with the impact and the whole family especially development of the children from such families. The last chapter is dedicated to life satisfaction.

Klíčová slova v ČJ: sociální opora, sociální síť, alkoholismus, alkoholici, životní spokojenost,

Klíčová slova v AJ: social support, social net, alcoholism, alcoholics, life satisfaction

Rozsah: 72 str., 5 str. příloh

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením
Mgr. Šárky Ježorské, Ph.D. a použila jen uvedené informační zdroje.

Současně souhlasím s užitím práce ke studijním účelům.

V Olomouci dne 4. května 2011

.....

Podpis

Děkuji Mgr. Šárce Ježorské, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, poskytování cenných rad i materiálových podkladů k práci. Mé poděkování patří také vedení a klientům Psychiatrické léčebny v Bílé Vodě i všem účastníkům kontrolní skupiny.

OBSAH

ÚVOD	9
1 SOCIÁLNÍ OPORA	11
1.1 Definice sociální opory	11
1.2 Pojetí a rozsah sociální opory	12
1.2.1 Pojetí sociální opory v rámci opěrné sociální sítě	13
1.2.2 Pojetí sociální opory jako uspokojování sociálních potřeb	13
1.2.3 Pojetí sociální opory v rámci zvládnání těžkých životních událostí	14
1.2.4 Pojetí sociální opory jako nárazníku	15
1.2.5 Sociální síť	15
1.2.6 Pojmy vztahující se k sociální opoře	16
1.3 Druhy sociální opory	17
1.4 Modely sociální opory	18
1.5 Diagnostika sociální opory	18
1.6 Sociální opora ve vztahu ke zdravotnímu stavu	19
1.7 Kdo má největší užitek z poskytnuté sociální opory?	21
1.7.1 Sociální opora u mužů a žen	22
1.7.2 Sociální opora u adolescentů	23
1.8 Sociální opora a její vztah k životní spokojenosti	23
1.9 Odvrácená strana sociální opory	24
1.9.1 Odlišná představa o tom, co je třeba dělat	25
2 ZÁVISLOST NA ALKOHOLU	26
2.1 Syndrom závislosti	26
2.1.1 Něco málo z historie	27
2.2 Spotřeba a postoj lidí k alkoholu	27
2.3 Vývojová stádia závislosti dle Jellinka	28
2.4 Léčba závislosti	30
2.4.1 Ústavní léčba	30
2.4.2 Ambulantní léčba	31

2.5	Důsledky závislosti na alkoholu	31
2.5.1	Somatické komplikace závislosti na alkoholu	31
2.5.2	Psychické komplikace závislosti na alkoholu	32
2.5.3	Sociální důsledky závislosti na alkoholu	32
2.6	Závislost na alkoholu u mužů a žen	33
2.7	Závislost a její vliv na rodinu	34
2.8	Ošetrovatelská péče	35
3	ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST	36
3.1	Pojetí životní spokojenosti	36
4	FORMULACE CÍLŮ A HYPOTÉZ	39
5	METODIKA PRÁCE	40
5.1	Charakteristika zkoumaného souboru	40
5.1.1	Interpretace demografických údajů skupiny zkoumané	40
5.1.2	Interpretace demografických údajů skupiny kontrolní	41
5.2	Metoda výzkumného šetření	42
5.3	Struktura dotazníku	43
5.4	Realizace výzkumu	44
5.5	Zpracování výsledků výzkumného šetření	45
6	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	46
6.1	Interpretace výsledků k cíli a hypotéze 1	46
6.1.1	Interpretace vedlejších výsledků	47
6.2	Interpretace výsledků k cíli a hypotéze 2	52
6.3	Interpretace výsledků k cíli a hypotéze 3	54
6.4	Interpretace výsledků k cíli a hypotéze 4	55
	DISKUZE	56
	ZÁVĚR	60

SEZNAM LITERATURY	62
SEZNAM ZKRATEK	68
SEZNAM TABULEK	69
SEZNAM GRAFŮ	70
SEZNAM PŘÍLOH	71
PŘÍLOHY	72

ÚVOD

Motto

„Vědomí, že druzí lidé jsou připraveni člověku pomoci, vytváří pocit sociální jistoty, která usnadňuje podstoupení rizika a povzbuzuje člověka k tomu, aby se samostatně pokusil řešit problém, před nímž stojí.“

N. Krause

S různými podobami sociální opory se setkáváme již od počátku lidské společnosti. Pod tímto pojmem si však každý z nás představí něco jiného. Většinou se domníváme, že se jedná o pomoc, kterou nám poskytují členové rodiny, popřípadě přátelé. Přitom pomoci nám mohou nejen naši blízcí, ale i spolupracovníci, komunita, profesionálové pracující ve zdravotnictví, stát, apod. Sociální oporou se v širším smyslu rozumí pomoc poskytovaná druhými lidmi jedinci nacházejícímu se v těžké životní situaci. Obecně se jedná o takovou činnost, která danému jedinci jeho nelehkou životní situaci určitým způsobem usnadňuje (Křivohlavý, 2001, str. 94).

To jak velkou roli v našem životě hraje sociální opora a vztahy s lidmi si většinou bohužel uvědomíme, až v případě jejich narušení či ztráty.

O téma sociální opora jsem se začala blíže zajímat během praxe na protialkoholním oddělení v psychiatrické léčebně Bílá Voda. Sociální opora je aktuální, avšak málo známé téma, nejen klientům samotným, ale i zdravotnickému personálu. Přitom je to právě sociální opora, která může klientům se závislostí na alkoholu pomoci vyvarovat se předešlých chyb a úspěšně zvládnout návrat do běžného denního života. Řadou studií byl totiž prokázán protektivní vliv sociální opory na zdravotní stav jedince, redukci stresu i životní spokojenost (Mrvová, 2010, Snopek, Hublová, 2008, Gorman, 2005, Levická, 2005, Mareš, 2003, Kebza, Šolcová, 2003, Kožený, Tišanská, 2003, Křivohlavý 2002, Mareš, 2001, Křivohlavý, 2001, Cohen, Underwood, Gottlieb, 2000, Peirce, Frone, Russell, Cooper, Mudar, 2000, Kebza, Šolcová, 1999, Křivohlavý, 1999).

Přehled metod i souhrnné zpracování problematiky sociální opory nalezneme v práci Cohena a jeho spolupracovníků. U nás předkládají přehledové práce o sociální

opore autoři Kebza, Šolcová, Křivohlavý a Mareš, který kolem shromažďuje kolektiv autorů.

Práce není zaměřena jen na sociální oporu, ale také na závislost na alkoholu a životní spokojenost. V první kapitole jsem se snažila podat ucelený přehled poznatků o sociální opore. Popisuji zde jednotlivé druhy a modely sociální opory. Zabývám se vztahem sociální opory na zdravotní stav jedince i vzájemným vztahem mezi sociální oporou a životní spokojeností. V druhé kapitole definuji závislost na alkoholu, uvádím spotřebu a postoj k alkoholu u nás, charakterizují jednotlivá stádia závislosti. Poukazuji na rozdíl v konzumaci alkoholu u mužů a žen. Věnuji se dopadu závislosti na fungování rodiny. V třetí a zároveň poslední kapitole se zabývám životní spokojenosti.

Praktická část se zaměřuje na ověřování stanovených cílů a hypotéz. Dále popisuje metodiku a organizaci výzkumného šetření, které bylo realizováno na protialkoholním oddělení Psychiatrické léčebny v Bílé Vodě, pomocí standardizovaných dotazníků. Jednalo se tedy o metodu kvantitativní. Výsledky výzkumného šetření uvádím pro snazší orientaci v tabulkách a grafech.

1 SOCIÁLNÍ OPORA

1.1 Definice sociální opory

Sociální opora je relativně nový, v poslední době často používaný termín, přesto však neexistuje jednotnost v jeho definování. Proto Mareš uvádí, pro snazší orientaci v různých pohledech na sociální oporu, přehled vybraných definic domácích i zahraničních autorů (Mareš, 2001, str. 8, 59).

Jacobson (in Mareš, 2001, str. 16) definuje sociální oporu v termínech zdrojů uspokojujících jedincovy potřeby. Emocionální opora se vztahuje na chování vyvolávající pocity klidu a jistoty. Jedinec nabývá přesvědčení, že ho lidé respektují, mají v oblibě a jsou ochotni se o něj postarat a zajistit mu bezpečí. Naproti tomu kognitivní opora zahrnuje informace, znalosti nebo rady, které umožňují jedinci porozumět svému světu a vyrovnat se s jeho změnami. Materiální opora představuje zboží a služby, které mohou jedinci pomoci vyřešit jeho praktické problémy.

Sociální opora je dle J. Hupceyové (in Mareš, 2001, str. 14) činnost, kterou poskytuje osoba, s níž je příjemce v osobních vztazích, ochotně a s dobrými úmysly.

Pod pojmem sociální podpora od Bašteckého a kolektivu (in Mareš, 2001, str. 17) se rozumí vnější pomoc při zvládnání zátěžových situací, která má za úkol chránit jedince před následky životních událostí. Rozlišují se čtyři typy podporujícího chování. Emoční podpora v sobě zahrnuje např. empatii, důvěru, do instrumentální pomoci se řadí pomoc při práci a půjčení peněz, informační podpora představuje dodání informací nebo naučení potřebných zručností a hodnotící podpora se týká informací, které mohou zhodnotit osobní úspěšnost.

Kebza a Šolcová (in Mareš, 2001, str. 18) definují sociální oporu jako probíhající transakci zdrojů mezi členy sociální sítě, s explicitním nebo implicitním cílem upevnit nebo podpořit pocit pohody či dobrého naladění.

Sociální opora je v širším smyslu chápána jako pomoc, poskytovaná jedinci nacházejícímu se v těžké životní situaci, prostřednictvím druhých. Obecně se jedná o takovou činnost, která danému jedinci jeho nelehkou životní situaci určitým způsobem usnadňuje. (Křivohlavý, 2001, str. 94).

Sociální opora je vztahová opora v prostředí jedince tvořená partnerem, rodinou, přáteli, popřípadě i členy komunity, terapeutické a svépomocné skupiny. Zvyšuje jak odolnost vůči stresu, tak i chuť zdolat životní krize a prohry. Představuje důležitý pilíř duševního zdraví (Hartl, Hartlová, 2010, str. 367).

1.2 Pojetí a rozsah sociální opory

O sociální opoře nejčastěji hovoříme v souvislosti s pomocným a podpurným vztahem od nejbližších lidí pro daného jedince v tísní. Právě proto, by nám nemělo uniknout širší pojetí sociální opory.

- *Makroúroveň* - představuje účast společnosti na pomoci potřebným. Jedná se např. o sociální a ekonomickou pomoc potřebným v celostátním měřítku.
- *Mezoúroveň* - představuje pomoc od sociální skupiny nejen svému členovi, ale i lidem nacházejícím se v jejich okolí, kteří však nemusejí být členy této společenské skupiny. Příkladem je pomoc starým a chronicky nemocným lidem Charitou.
- *Mikroúroveň* - představuje pomoc a podporu od nejbližších. Např. pomoc od partnera (Křivohlavý, 2001, str. 95).

V literatuře se setkáváme se tříděním sociální opory do dvou nebo tří směrů, podle toho, jaké aspekty se zdůrazňují. Autoři Kebza a Šolcová (in Mareš, 2001, str. 9) zdůrazňují sociologické nebo psychologicko - medicínské aspekty. Naproti tomu Burleson et al. (in Mareš, 2001, str. 9) zvýrazňuje aspekty sociologické, psychologické, komunikačně - interakční a Křivohlavého (in Mareš, 2001, str. 9) pojetí sociální opory vychází ze sociologické, sociálně interakční a příjemcem viděné pomoci od druhých. V nejnovějších pracích se objevuje rozlišování sociální opory do pěti relativně samostatných linií na pozadí tří přístupů. Studie Lakeye a Cohena (in Mareš, 2001, str. 9) nám umožňuje hlubší pohled na tuto problematiku.

1.2.1 Pojetí sociální opory v rámci opěrné sociální sítě

Hovoříme-li o sociální opoře, myslíme tím zpravidla pomoc v rámci dané dvojice osob (dyády). Setkáváme se s ní ovšem i v rámci relativně širšího sociálního útvaru, např. vztah personálu, rodičů, kamarádů i spolupacientů k pacientovi (Křivohlavý, 2001, str. 102).

Ze sociologických studií vyplývá, že ani velikost, ani hustota skupiny přímo nesouvisí se sociální oporou. Teprve až ze studií speciálně zaměřených na vliv sociální sítě na sociální oporu, se ukázalo, že to je pravděpodobně kvalita sociální skupiny, která má vztah k určování míry sociální opory mezi členy skupiny.

Z hlediska sociální opory, se ukázaly jako důležité právě ty osoby, které daný jedinec považuje za nejbližší a zároveň patří do jeho okruhu přátel. Proto mají pro jedince z hlediska sociální opory největší význam (Křivohlavý, 1999, str. 109).

Bylo publikováno již několik studií pojednávajících o vlivu sociální opěrné sítě na zdravotní stav pacientů. Ze studie autorů Rubermanna, Weinblatta, Goldberga, a Chaudharyho (in Křivohlavý, 2001, str. 103) vyplývá, že lidé žijící v sociální izolaci mají míru úmrtnosti dvojnásobně vyšší, oproti lidem s dobrou sociální opěrnou sítí. V případech, kdy byl brán v potaz i stres daného jedince, se úmrtnost zvýšila čtyřnásobně.

1.2.2 Pojetí sociální opory jako uspokojování sociálních potřeb

Můžeme se setkat i s tím, že sociální opora je definována jako uspokojování základních sociálních potřeb jedince pomocí sociální interakce.

Níže uvádím druhy sociálních potřeb, kdy jejich neuspokojení může vést k žádosti o sociální oporu a naopak jejich uspokojení je měřítkem účinnosti poskytované sociální opory (Křivohlavý, 1999, str. 112).

- *potřeba afiliace* - potřeba kontaktu s druhým lidmi;
- *potřeba přátelského vztahu* - mít ve svém okolí někoho, komu může důvěřovat;
- *potřeba sociálního připoutání* (tzv. attachment) - vztah mezi matkou a dítětem;
- *potřeba sociální vzájemnosti* - být v něčí péči a zároveň o někoho pečovat;
- *potřeba sociální komunikace* - a to jak verbální, tak i neverbální;

- *potřeba sociálního porovnávání* (komparace) - srovnávání se s druhými;
- *potřeba spolupráce* (kooperace) - překonávání individuálních možností;
- *potřeba zajištění sociálního bezpečí* - bránění se útokům ze strany druhých lidí;
- *potřeba kladného sociálního hodnocení* (evalvace) - být uznáván, milován;
- *potřeba sociálního zařazení a začlenění* - patřit do určité sociální skupiny;
- *potřeba sociální identity* - být „někým“ v dané sociální skupině;
- *potřeba lásky* - být respektován, vážen, milován a zároveň milovat

(Křivohlavý, 2001, str. 103).

1.2.3 Pojetí sociální opory v rámci zvládnání těžkých životních situací

Sociální opora je považována za jeden z nejpodstatnějších pozitivních faktorů, který nám modifikuje a snižuje nepříznivý vliv negativních životních situací a to jak na psychický a zdravotní stav jedince, tak i na jeho pohodu (well-being) a kvalitu života. Tento pozitivní vliv sociální opory na jedince nacházejícího se v nepříznivé životní situaci je doložen řadou empirických prací, např. Schwarzera a Leppina (in Křivohlavý, 2001, str. 104).

Avšak některé práce zabývající se touto problematikou v širším pohledu nám poukazují nejen na kladné, ale i na negativní jevy při poskytování sociální opory. Jedná se např. o situaci, kdy pomáhající osoba neporozumí postiženému při poskytování sociální opory (Křivohlavý, 2001, str. 104).

Autor Křivohlavý popisuje vztah mezi vnímanou sociální oporou a zvládnáním těžkých životních situací ve třech dimenzích:

1. Vyšší míra vnímané sociální opory jako osobnostní charakteristiky může vést ke snížení pravděpodobnosti vytvoření stresové situace.
2. Vyšší míra vnímané sociální opory jako osobnostní charakteristiky může vést k vytvoření účinnějších osobních schopností potřebných pro zvládnání těžkostí.
3. Vyšší míra obecné osobnostní charakteristiky sociální opory může vést k tomu, že jedinec požádá druhé o pomoc snadněji, dříve a zároveň rád přijme jejich pomoc (Křivohlavý, 1999, str. 115).

1.2.4 Pojetí sociální opory jako nárazníku

Sociální opora je někdy vnímána jako efekt tzv. nárazníkového vlivu (buffering effect). Pod tímto pojetím si můžeme představit pomoc jedinci nacházejícímu se v nepříznivé životní situaci prostřednictvím druhých lidí, kteří mají za úkol pomoci mírnit nepříznivě dopadající vliv stresového faktoru. Tlumivý vliv se může projevat různě, např. ovlivněním kognitivní sféry člověka v těžké životní situaci, volbou vhodné strategie v boji se stresovým faktorem, posílením sebeúcty a v neposlední řadě i snižováním nepříznivého působení stresového faktoru na fyziologické dění (Křivohlavý, 2001, str. 105).

1.2.5 Sociální síť (social net)

Tento termín, charakterizující nám sociální vazby mezi lidmi, byl patrně poprvé použit Barnesem (in Kebza, Šolcová, 1999, str. 26). Výzkumníci Schaefer, Lazarus a Coyne (in Kebza, Šolcová, 1999, str. 26) a po nich i řada dalších navrhli, aby pojem sociální síť byl používán v souvislosti s výzkumem prožitků, myšlenek a pocitů, které souvisejí s naplňováním sociálních vztahů uskutečněných v rámci sítě. Hlavním zdrojem sociální opory je dle Ch. Tardyho (in Kebza, Šolcová, 1999, str. 26) sociální síť.

Ve vztahu k jednotlivci se může sociální síť uplatňovat trojím způsobem, a to pozitivně, negativně i indiferentně. Pojem struktura sociální sítě je představován hustotou, vzájemností, složením dle různých kritérií (např. věk, pohlaví, zaměstnání, koníčky, atd.), stabilitou v čase a homogenitou (Kebza, Šolcová, 1999, str. 26)

Chceme-li při intervenci typu sociální opory poskytnout pomoc danému jedinci, musíme nejprve důkladně poznat jeho sociální síť. Pouze v tomto případě můžeme vzájemným sdílením doplnit, zlepšit a popřípadě změnit jedincovo sociální pole, vztahy a sociální síť (Křivohlavý, 2002, str. 341).

Řada studií poukazuje na skutečnost, že menší sítě se silnými vazbami, vysokou hustotou a homogenitou mají příznivý vliv na udržení identity jedince a nepřímo ovlivňují jeho psychickou pohodu a zdraví.

Ovšem ani hustota a velikost struktury sociální sítě pravděpodobně nesouvisí přímo s úrovní sociální opory. Rozhodující je patrně kvalita struktury sociálních vztahů a vazeb, jejich reciprocita, bohatost a intenzita (Kebza, Šolcová, 1999, str. 26).

1.2.6 Pojmy vztahující se k sociální opoře

- *Objektivní a sociální pohled na sociální oporu* - je zapotřebí od sebe rozlišit, co je zvnějšku viděno jako pomoc a co rozumí jedinec pod pojmem pomoc.
- *Poskytovaná a přijímaná sociální opora* - je třeba od sebe odlišit to, co je jedinci určeno a čeho se mu skutečně dostane.
- *Očekávaná a obdržená sociální opora* - je zapotřebí od sebe odlišit jedincovo očekávání v nepříznivé životní situaci, od toho, co se mu dostalo.
- *Příjemci a poskytovatelé sociální opory* - příjemci se dostává sociální opory, naproti tomu poskytovatel sociální opory se nazývá pomáhající.
- *Disponovatelnost sociální opory* - vychází buď to ze zákona, nebo z dobré vůle.
- *Přiměřenost sociální opory* - psychologicky velmi složitý jev, zhodnocení přiměřenosti je výhradně osobní věcí příjemce.
- *Význam sociální opory pro příjemce* - při zhodnocení sociální opory je nutno brát v potaz interpretaci činnosti příjemcem.
- *Efekt sociální opory* - vyjadřuje, jaký užitek má příjemce sociální opory z jejího poskytnutí (Křivohlavý, 2001, str. 96 - 97).
- *Dosažitelnost sociální opory* - může působit na individuální zvládnutí nepříznivých životních situací daného jedince i na výsledek procesu zvládnutí.
- *Celková vnímaná sociální opora* - představuje výraz pro přesvědčení příjemce o tom, jak je kvalitní celý soubor sociálních vztahů, které má k dispozici (Křivohlavý, 1999, str. 111).

1.3 Druhy sociální opory

Psychologie zdraví rozeznává čtyři druhy sociální opory:

- 1. Instrumentální opora** - zahrnuje materiální pomoc, např. poskytnutí finančních prostředků, dále zajištění různých potřebných věcí, vyřízení neodkladné záležitosti, kterou jedinec nemůže z určitého důvodu vykonat sám, atd. V souvislosti s touto oporou, hovoří někteří autoři o tzv. asistenci potřebným (coping assistance). Iniciativa vychází od poskytovatele v konkrétní podobě.
- 2. Informační opora** - představuje poskytnutí informace, která může jedinci pomoci řešit situaci, do které se dostal. Rady jsou charakteru osobního i profesionálního od lidí, jež mají s podobnou situací zkušenosti. Řadíme sem i pomoc v podobě aktivního naslouchání jedince v nouzi, atd.
- 3. Emocionální opora** - empatickou formou je jedinci v tísní sdělována emocionální blízkost (např. láska), laskavým jednáním je mu naznačována náklonnost, když se utápí v depresi, beznaděži a pocitu odcizení je mu nabídnuta pomocná ruka a dodána naděje, atd.
- 4. Hodnotící opora** - jedinci je úcta sdělována, např. tím jak s ním jednáme, je posilováno jeho kladné sebevědomí a hodnocení sebe sama, je povzbuzován ve víře a naději, atd. Do této oblasti spadá i (sharing), což znamená sdílení těžkostí s jedincem v tísní a (mutuality) znamenající nesení některých těžkých úkolů spolu s ním. (Křivohlavý, 2001, str. 97 - 98).

Ganster a Barta dělí ve své práci (in Kebza, Šolcová, 1999, str. 25) sociální oporu na **strukturální** a **funkční**. Opora strukturální sleduje především formální charakteristiky sociálních vazeb, kdežto opora funkční popisuje zejména kvalitu sociálních vztahů.

V rámci sociální opory je nezbytné od sebe rozlišovat **anticipovanou** (očekávanou) a **získanou** (obdrženou) sociální oporu. Anticipovaná sociální opora představuje kognitivní hodnocení dostupnosti nebo dosažitelnosti pomoci od druhých, naopak získaná sociální opora představuje pomoc, již se jedinci skutečně dostalo, např. materiální pomoc (Kebza, Šolcová, 2003, str. 220 - 221). Anticipovaná sociální opora tedy reprezentuje pocit jedince, že je ostatními akceptován a že o něj blízké

osoby jeví zájem a jsou ochotny mu v případě potřeby pomoci. Tato opora je podobně, jako např. pro smysl pro koherenci A. Antonovského, odolnost ve smyslu hardiness S. Kobasové a lokalizace kontroly J. Rottera, řazena ke zdrojům zvládnání stresu (in Kebza, Šolcová, 1999, str. 27 - 28).

1.4 Modely sociální opory

Autoři Kebza a Šolcová uvádějí Bakalovo dělení modelů sociální opory:

1. Nárazníkový (buffering) model - podle toho modelu má sociální opora pozitivní vliv na zdravotní stav, především tehdy, je-li jedinec vystaven účinku stresu. Zároveň také předpokládá, že nemoc vznikne snáz u osob s vyšší úrovní stresu a nižší úrovní sociální opory.

2. Model přímého (hlavního) účinku - dle modelu přímého účinku má sociální opora protektivní účinek bez ohledu na to, zda lidé jsou nebo nejsou vystaveni působení stresu. Model dále očekává, že nejvyšší incidence zdravotních důsledků bude u osob s nízkou sociální oporou bez ohledu na vliv stresorů (Kebza, Šolcová, 1999, str. 21).

1.5 Diagnostika sociální opory

Diagnostika sociální opory není metodologicky snadnou záležitostí, poněvadž vychází z různých teoretických přístupů, je spojena s řešením mnoha svébytných diagnostických problémů a v neposlední řadě i proto, že bývá pouze prvním krokem vedoucím k cílené prevenci (Mareš, 2001, str. 24).

Křivohlavý (in Mareš, 2001, str. 42) uvádí klasické třídění metod pro zjišťování sociální opory do tří základních skupin:

1. *Metody zjišťující sociální integraci jedince;*
2. *Metody orientované na přímé zjišťování očekávané nebo poskytované opory;*
3. *Metody orientované na měření charakteristik vztahů mezi lidmi.*

K metodám zjišťujícím očekávanou sociální oporu patří např. škála sociální opory J. A. Blumenthala, škála Seemana a Berkmana i škála SSQ6 Irwina G. Sarasona et al., atd. Ke studiu připoutání a sociálního sepětí nám slouží metoda ISSI Hendersona et al. Zahrnout více dimenzí sociální opory (emocionální, instrumentální, přátelské, informační) nám umožňuje metoda autorského kolektivu vedeného Cohenem i metoda Barrera (in Mareš, 2001, str. 43 - 45).

Přehled metod i souhrnné zpracování problematiky sociální opory nalezneme v práci Cohena et al. (in Křivohlavý, 2001, str. 106). U nás předkládají přehledové práce o sociální opoře autoři Kebza a Šolcová (in Křivohlavý, 2001, str. 106).

1.6 Sociální opora ve vztahu ke zdravotnímu stavu

Pozornost sociálních a klinických psychologů se v posledním desetiletí zaměřuje na sociální oporu. Ukazuje se totiž, že se jedná o jev nebývalé důležitosti, a to nejen z hlediska zvládání těžkých životních situací, ale i z hlediska celkového duševního zdraví (Křivohlavý, 1999, str. 117).

Zátěžovou situaci na straně pacienta může představovat akutní nebo chronické onemocnění, jeho bolest, deprese, únava, beznaděj a v neposlední řadě i nesnadné vyrovnání se s rolí pacienta. Na straně ošetřujícího personálu se může jednat o vzájemné nedorozumění, projevy neúcty, časový přes, nával práce a vysoké nároky na jednotlivce i oddělení. (Křivohlavý, 2001, str. 74).

Lidé s rozvinutými sociálními vazbami žijí dle některých zjištění déle a s celkově lepším fyzickým i psychickým zdravím, na rozdíl od lidí bez těchto vazeb. Výzkumy provedené v polovině osmdesátých let minulého století ve vztahu k řadě nemocí (od deprese, přes artrózu až po kardiovaskulární nemoci) ukázaly, že opora vycházející z pozitivních mezilidských vztahů pomáhá lidem zvládat nemoci, zatímco nepřítomnost této opory vytváří primární předpoklad horšího zdraví (Cohen, McKay, Ruberman et al., Reis et al. in Kebza Šolcová, 1999, str. 21).

Systém sociální opory je zde pojímán jako „narázníkový“ nebo tlumící systém, který chrání lidi před možným škodlivým vlivem stresových situací. Jedinci disponující tímto silným systémem sociální opory, se nám jeví, jako lépe vybaveni

ke zvládání životních změn a běžných denních mrzutostí (Kebza, Šolcová, 1999, str. 21).

Jedinci začlenění do své komunity, žijí déle a jsou také schopni se lépe a rychleji uzdravit. V opačném případě pro ně totiž sociální izolace přináší značná zdravotní rizika.

Senioři, stejně jako lidé se závažným onemocněním nebo postižením, potřebují sociální oporu, aby u nich nedocházelo ke ztrátě členství až vyloučení z komunity.

Sociální epidemiologové připisují sociální opoře význam v procesu pozitivního přizpůsobení, při zmírňování následků stresových událostí a zároveň ji považují za faktor ovlivňující výskyt onemocnění (Kožený, Tišanská, 2003, str. 136).

Z několika studií např. Kaplana, Toshihy (in Kebza, Šolcová, 1999, str. 24) se ukázalo, že právě kombinace vysoké úrovně stresu a nízké míry sociální opory významně ovlivňují vznik a rozvoj onemocnění.

Řadou studií byl rovněž zkoumán vztah sociální opory a deprese. V případě vlivu nepříznivých životních událostí se sociální opora považuje za nejpodstatnější prediktor deprese (např. studie Deana a Ensela in Kebza, Šolcová, 1999, str. 23).

Rodinný stav je Bakalem (in Kebza, Šolcová, 1999, str. 24). považován za podstatný faktor sociální opory. Především to, zda jedinec žije v manželství, nebo je svobodný, rozvedený, popřípadě zda manželství trvá, ale již nefunguje.

Pevná sociální síť může lidem trpícím vážným onemocněním (např. rakovinou, HIV/AIDS) pomoci zlepšit kvalitu života. Jedinci, kteří jsou spokojeni se svými společenskými vztahy a pocítují podporu od partnera, přátel a rodiny, se dovedou lépe vyrovnat se svým onemocněním. Ukazuje se, že sociální opora pomáhá obětem traumatu (např. znásilnění) lépe se vyrovnat s nastalou situací (<http://www.personalityresearch.org/papers/clark.html>).

V roce 2000 Peirce a jeho spolupracovníci přišli se zajímavými výsledky z longitudinálního modelu sociálního kontaktu, sociální opory, deprese a užívání alkoholu. Z tohoto modelu vyplývá, že sociální opora významně ovlivňuje oblast sociálního kontaktu. Zároveň zde byl potvrzen i fakt, že následkem zvýšené konzumace alkoholu dochází ke snížení kontaktu s rodinou i přáteli (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10711585>).

Existují studie, které potvrzují pozitivní vliv sociální opory na zdravotní stav postižených v případě mimořádných událostí. Například ve studii Fleminga et al.

(in Křivohlavý, 2001, str. 108), která zkoumala negativní dopad havárie elektrárny Three Miles Island, se zjistilo, že sociální opora byla protektivním faktorem působícím proti vzniku psychosomatických onemocnění obyvatel v oblasti této elektrárny.

Sociální opora se rovněž uplatnila jako protektivní faktor působící proti vzniku tzv. posttraumatické stresové poruchy u lidí, kteří si prožili katastrofickou událost (Shepherd, Hodgkinson, in Křivohlavý, 2001, str. 107). K podobným závěrům došel i Bartone (in Křivohlavý, 2001, str. 107) u lidí, kteří pečovali o pozůstalé oběti letecké katastrofy. Sociální opora zde působila jako protektivní faktor prožívaného stresu.

Theorell, Orth-Gomér a Eneroth (in Křivohlavý, 2001, str. 107) sledovali u padesáti osob vztah mezi sérovým imunoglobulinem a pracovním stresem v průběhu dlouhodobé pracovní zátěže. Došli k závěrům, že pracovníci s nižší úrovní sociální opory dosahovali vyšších hodnot sérového imunoglobulinu, než pracovníci s vyšší mírou sociální opory.

Po dobu deseti let studovali Orth-Gomér a Undin (in Kebza, Šolcová, 1999, str. 24) vztah mezi sociální oporou a úmrtností u pacientů, kardiaků s A či B typem chování. Zjistili, že u mužů s nižší mírou sociální opory a chováním typu A dosahovala úmrtnost 69%, na rozdíl od mužů typu chování B s vyšší mírou sociální opory, kde úmrtnost dosahovala 17%.

Při sledování vztahu míry sociální opory k psychickému zhroucení, zjistili Brown, Brolchain a Harris (in Křivohlavý, 2001, str. 108), že ženy s vyšší mírou sociální opory, se po těžkém životním otřesu, lépe vyrovnaly s následky této situace. Kdežto ženy s nízkou mírou sociální opory se převážně stávali pacientkami psychiatrie.

Hlavním cílem poskytované sociální opory je tedy pomoci jedinci zvládnout konkrétní nepříznivou životní situaci. Pro jedince je rovněž důležité, aby měl na blízku členy své sociální sítě, kteří mu mohou pomoci rychleji a lépe se s nastalou situací vyrovnat (Levická, 2005, str. 267 - 269).

1.7 Kdo má největší užitek z poskytnuté sociální opory?

Z výzkumu vyplývá, že jsou to právě Ti lidé, kteří mají ve své osobnostní struktuře charakteristiku snadného navazování mezilidských kontaktů, snadného

přijímání pomoci od druhých a v neposlední řadě i charakteristiku ochotného poskytování pomoci druhým. Výše uvedené charakteristiky korelují jak s mírou sociální opory, tak i s velikostí sociální sítě daných osob (Křivohlavý, 2001, str. 108).

Ze studie od autorů Hardyho a Smithe (in Křivohlavý, 2001, str. 109) se dovídáme, že lidé s výraznější charakteristikou nepřátelských postojů a vztahů k druhým (hostilita) mají výrazně větší množství negativních životních událostí a zároveň i největší množství každodenních těžkostí.

1.7.1 Sociální opora u mužů a žen

Pokud se zaměříme na zjištění rozdílů v poskytování a přijímání sociální opory u mužů a žen, dovídáme se následující. Ze studie zaměřené na zdravotní stav u mužů a žen v manželství od Helsinga, Szkla a Comstocku (in Křivohlavý, 2001, str. 109) vyplývá, že ovdovělí muži měli vyšší úmrtnost než ženatí muži téhož věku. Ovšem neplatí, že by ovdovělé ženy měly vyšší úmrtnost než ženy vdané. Navíc dle zjištění muži žijí po úmrtí partnera samotářsky. Častěji propadají depresi, zanedbávají zvyky a ve vyšší míře se u nich vyskytují zdravotní zlozvyky. Dochází u nich ke zvýšení konzumace alkoholu a snížení intimních styků s přáteli. To vše nakonec vyústí v kardiovaskulární onemocnění a infarkt myokardu.

Výše uvedená studie dále uvádí, že ženy ve věku 39 - 49 let s nízkou mírou sociální opory měly 4,6krát vyšší úmrtnost než ženy s vyšší mírou sociální opory. Za to u žen 60 - 69letých bylo zvýšení úmrtnosti trojnásobně vyšší. Studie Bergmana a Syma (in Křivohlavý, 2001, str. 109) dodává, že u mužů ve věkové skupině 30 - 39 let dosahovalo zvýšení 2,5 roku, kdežto u mužů 60 - 69 letých pouze 1,8 roku.

Argyle (in Křivohlavý, 2001, str. 110) podává shrnutí svých poznatků o vztazích mužů a žen k sociální opoře. Podle něj ženy vyhledávají intenzivněji úzké mezilidské vztahy, ve kterých jsou vřelejší a důvěrnější než muži. Na rozdíl od mužů jsou také více kooperativní. Současně se ukázalo, že míra sociální opory u dlouholetých přátel je vyšší než u přátel, které jsme poznali nedávno (Křivohlavý, 2001, str. 110).

1.7.2 Sociální opora u adolescentů

Dospívání představuje citlivé období pro rozvoj tzv. rizikového a problémového chování. Do rizikového chování řadíme např. zneužívání alkoholu a jiných návykových látek, kouření, delikventní chování, suicidální pokusy, předčasné rodičovství, atd. (Širůček, Širůčková, Macek, 2007, str. 476).

Vliv sociální opory od rodičů a vrstevníků na užívání návykových látek byl zkoumán analogickým způsobem. Z výsledků Willse et al. (in Širůček, Širůčková, Macek, 2007, str. 479) zjišťujeme, že opora ze strany rodičů a vrstevníků působí na užívání návykových látek v opačných směrech. Což znamená, že vnímaná opora od rodičů působí na užívání návykových látek jako faktor protektivní, kdežto opora od vrstevníků jako faktor negativní.

Autorský kolektiv vedený Millerem-Johnsonem (in Širůček, Širůčková, Macek, 2007, str. 479) považuje kvalitu vztahů s vrstevníky a míru jejich rizikového chování za významné prediktory rizikového chování v dospělosti. Dle Maxwella (in Širůček, Širůčková, Macek, 2007, str. 479) se podílí vrstevníci na rozvoji rizikového chování dvojím způsobem. Působí buďto jako iniciace a podpora rizikového chování, anebo jako brzda či přímo ovlivní to, že k rozvoji rizikového chování nakonec nedojde. Carpenter (in Širůček, Širůčková, Macek, 2007, str. 479) uvádí, že vliv vrstevníků úzce souvisí s kouřením cigaret a pitím alkoholu. Kamarádství s někým, kdo kouří a pije alkohol, považuje za významný rizikový faktor.

1.8 Sociální opora a její vztah k životní spokojenosti

Nejen vztah životní spokojenosti a sebehodnocení, ale i sociální opora je považována za jeden z faktorů, jejíž pozitivní vliv na redukci stresu, zdravotní stav a životní spokojenost byl zjištěn řadou výzkumů (Cohen, Underwood, Gottlieb, 2000, Křivohlavý, 1999, Levin, Chattersová, 1998, Kebza, Šolcová, 1999 atd. in Snopek, Hublová, 2008, str. 501). Autorská dvojice Šolcová a Kebza (in Snopek, Hublová, 2008, str. 501) poukazuje na to, že vztah vnímané sociální opory k osobnostním proměnným zůstává výzkumem opomíjen, na rozdíl od vztahu sociální opory k pohodě a zdraví jedince. Z výsledků jejich studie, kde použili Eysenckův dotazník osobnosti,

se dovídáme, že extraverte je považována za kladný prediktor sociální opory, tj. má specificky pozitivní vliv na utváření sociální sítě a vztahů s ostatními, jež mohou být poskytovateli sociální opory. Překvapivě se i neuroticismus uplatňuje jako kladný prediktor sociální opory. K rozdílným závěrům ve svých výzkumech došli autoři Koubeková (in Snopek, Hublová, 2008, str. 501), Tišanská a Kožený (in Snopek, Hublová, 2008, str. 501). Uvádí negativní vztah mezi neuroticismem a sociální oporou a potvrzují pozitivní vztah mezi extravertí a sociální oporou.

V posledních letech se setkáváme s tím, že vliv sociální opory je zkoumán už i u dětí a dospívajících (především Mareš, 2001, 2002, 2003 in Snopek, Hublová, 2008, str. 501). Samozřejmě metodami určenými pro jejich věkové období. Koukola a Ondřejová (in Snopek, Hublová, 2008, str. 501) došli ve svém výzkumu zaměřeném na studenty gymnázií ke zjištění, že adolescenti přijímají sociální oporu převážně od kamarádů, spolužáků a rodičů. Od kamarádů a přátel se jim dostává zejména opory instrumentální, od přítele/přítelkyně či spolužáků převážně emoční opory a od učitele spolu s ostatními lidmi jim poskytují zejména informační oporu. V období adolescence se setkáváme s obecným trendem klesání důležitosti sociální opory od rodičů a naopak nárůst směrem k vrstevníkům, především pak k partnerovi (Snopek, Hublová, 2008, str. 501).

1.9 Odvrácená strana sociální opory

Do této chvíle byla sociální opora vnímána jako pozitivní faktor pro zvládnání zátěžové situace. Z některých studií však vyplývá, že poskytování sociální opory může za určitých podmínek znamenat pro poskytovatele velkou zátěž. Proto Vám nastíním i její odvrácenou stranu.

1. Nadměrná pomoc člověku v tísní - představuje pomoc, která příjemci sociální opory, neumožňuje, aby se vyrovnal se stresovou situací sám. V praxi můžeme tuto pomoc vidět u pečovateli, kteří se snaží starším lidem se vším pomoci. Dochází tak u nich ke ztrátě soběstačnosti a následnému negativnímu sebehodnocení.

Nadměrná pomoc může tedy u příjemce vyvolat až pocity bezmocnosti, obav a úzkosti, nebo se projevit závislostí na poskytovateli opory.

2. Nevhodná forma pomoci - představuje nejen nadměrnou pomoc, ale i pomoc jiného druhu, než které je v dané situaci třeba. V praxi se s touto pomocí můžeme setkat v péči o umírajícího, např. myslíme si, že umírajícího nejvíce trápí myšlenka na bolest, zatímco on se nejvíce obává o budoucnost své rodiny (Křivohlavý, 2001, str. 110 - 111).

1.9.1 Odlišná představa o tom, co je třeba dělat

Pojem obtěžující opora (intrusive support) - jedinci nacházejícímu se v zátěžové situaci se dostává takové sociální opory, které si nežádal a ani o ni nestojí. Její rozsah vnímá jako nadměrný a obtěžující. Vnitřně s oporou nesouhlasí, což dá poskytovateli a okolí okamžitě nebo po nějaké době najevo (Mareš, 2003, str. 35).

Odmítání či nevyužívání opory - většinou se domníváme, že jedinec vystavený zátěži přijímá sociální oporu s vděkem a využívá ji. Avšak zátěž, může být jinak vnímána poskytovatelem a jinak příjemcem sociální opory. Dochází tak k případům nesouladu mezi tím, jak potřebu sociální opory hodnotí příjemce a jak pozorovatel zvnějšku.

Setkáváme se i s případy, kdy jedinec v nouzi očekává sociální oporu, té se mu však nedostává. Objevuje se pak u něj pocit zklamání a distresu. Naopak pro poskytovatele je nepříjemná ta situace, když rozezná potřebu sociální opory, nabídne ji, ale ta přesto zůstává příjemcem nevyužita. Dochází u něj k pocitu zklamání a frustrace (Mareš, 2001, str. 216)

2 ZÁVISLOST NA ALKOHOLU

2.1 Syndrom závislosti

Závislost definujeme podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Syndrom závislosti je dle MKN-10 skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky, anebo třídy látek má pro jedince větší přednost než jednání, kterého si v minulosti více cenil. Ústřední charakteristikou výše uvedeného syndromu je silná touha (craving/bažení) užívat návykovou látku, alkohol nebo tabák (Nešpor, 2003, str. 14).

Klasifikace řadí syndrom závislosti do kategorie Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek (F10-F19). Poruchy vyvolané užíváním alkoholu nalezneme v MKN-10 pod kódem F10. Syndromu závislosti je přiřazen číselný kód F10.2 (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006, str. 54 - 60).

Definitivně je možno diagnostikovat syndrom závislosti, jestliže se u jedince kontinuálně po dobu nejméně jednoho měsíce v průběhu roku, nebo opakovaně v kratších obdobích vyskytují zároveň tři nebo více následujících znaků užívání návykové látky:

- silná touha či pocit puzení užívat alkohol, tzv. craving/bažení ;
- problémy při kontrole užívání alkoholu;
- projevy somatického odvykacího stavu v případě přerušení nebo ukončení užívání alkoholu;
- růst tolerance k účinku alkoholu;
- postupné zanedbávání až opuštění dřívějších potěšení, zálib nebo zájmů;
- pokračování v užívání alkoholu, i přes veškeré důkazy o škodlivých důsledcích (Raboch, Zvolský, 2001, str. 183).

2.1.1 Něco málo z historie

Alkohol má v lidské společnosti dlouhou tradici, je starý jako kultura sama. Vzbuzuje u lidí jak obdiv, tak i odpor. Na jedné straně je považován za elixír života a zdroj inspirace, na druhé straně za metlu lidstva, záhuba ohrožující nejen tělesné a duševní zdraví jedince, ale i celé společnosti (Jean-Charles Sournia, 1999, str. 7).

Nadměrná nebo pravidelná konzumace alkoholických nápojů se nazývá alkoholismus. Tento termín poprvé použil roku 1849 švédský lékař Magnuss Huss ve svém díle *Alcoholismus chronicus*. Teprve o sto let později, zásluhou Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO), začal být alkoholismus pokládán za medicínský problém (Dubský, Urban, 2008, str. 98).

Po další desetiletí byl alkoholismus posuzován jen jako zdravotnický problém. Termín „problémy související s alkoholem“ zavedla WHO teprve v roce 1974. Tento souhrnný název zahrnuje celou řadu negativních zdravotních a sociálních důsledků užívání alkoholu, jež mají dopad na jedince, rodinu i společnost. Přitom autorem první definice pijáctví jako nemoci, která pochází již z roku 1784, byl lékař Benjamin Rush (www.solen.cz).

2.2 Spotřeba a postoj lidí k alkoholu

Česká republika (dále jen ČR) se řadí v celosvětovém žebříčku mezi státy s nejvyšší spotřebou alkoholických nápojů. Průměrná roční spotřeba alkoholu činí v přepočtu na 100% etylalkohol 10 litrů na jednoho obyvatele (www.solen.cz). Bereme-li v úvahu pouze osoby starší 15 let, dosahuje roční spotřeba alkoholu na jednoho obyvatele neuvěřitelných 14,9 litrů. Přibližně 25% mužů a 10% žen konzumujeme alkohol v dávkách (denně více než 20g absolutního alkoholu ženy a 40 g absolutního alkoholu muži), které považujeme za zdravotně rizikové (Popov, 2005, str. 234).

Z celorepublikového průzkumu vyplývá, že téměř 550 tisíc Čechů je závislých na alkoholu. Alkoholiků je tedy čtyřikrát více než se předpokládalo. Bohužel většina těchto lidí se ze závislosti neléčí. Tento průzkum je u nás první svého druhu. Získaná

data poukazují na to, jak velkým a závažným problémem u nás nadužívání alkoholu je (www.alkoholik.cz).

Mezi hlavní příčiny zneužívání alkoholu a závislosti na něm patří vysoká spotřeba alkoholických nápojů, stále nižší věk závislých osob a značná společenská tolerance. Společnost podceňuje nebezpečí alkoholu, spolu s tabákem je totiž považuje za legální návykovou látku. K dalším příčinám patří faktory genetické, biologické, psychické i sociální (Dubský, Urban, 2008, str. 99 - 105). U laické veřejnosti převládá názor, že závislost není onemocnění jako takové a pacient si za ni může sám svým přičiněním a vlastní chybou. Zároveň se domnívá, že pokud by závislá osoba chtěla přestat pít, tak si pomůže sama (Heller, Pecinovská, 1996, str. 11).

Dle Nešpora, národního koordinátora Evropského akčního plánu o alkoholu Světové zdravotnické organizace, je ochrana obyvatel ČR proti alkoholu nedostatečná. Alkohol je snadno dostupný a laciný, prodejci totiž nedodržují zákaz prodeje osobám mladším 18 let a zakázal by i reklamu na alkohol, neboť je nápaditá a zvyšuje tak chuť u mladistvých. Ročně u nás zemře na následky chronického pití alkoholu přibližně 4000 mužů a 2000 žen (www.novinky.cz).

Ze zprávy WHO vydané dne 11. února 2011 se dovídáme, že na následky pití alkoholu zemře ročně ve světě okolo 2,5 milionů lidí. Alkohol tedy zabíjí celosvětově více lidí než AIDS, tuberkulóza, anebo násilné činy. Ze zprávy rovněž zjišťujeme, že muži alkoholici převyšují ženy alkoholičky v poměru čtyři ku jedné (www.eurozpravy.cz).

2.3 Vývoj stádia závislosti dle Jellinka

1. stádium počáteční - piják již poznal účinky alkoholu, jedinec postupně zvyšuje dávky alkoholických nápojů proto, aby se u něj dostavily pocity dobré nálady, alkohol mu prozatím více dává, než bere.

2. stádium varovné - často se u jedince objevuje podnapilost až ebrieta (opilost). Piják ani lidé z jeho okolí nedokážou odhadnout nebezpečnost častého pití. Ebrieta se u něj vyskytuje stále častěji. V pití přechází od alkoholických nápojů (zejména piva) k lihovinám. Vyskytlo se u něj již palimpsestu (alkoholické okénko). Pokud by piják

konzumoval alkohol o samotě, budil by podezření. Hledá tedy společníky, které v budoucnu označí za příčinu, jež ho dovedla k pití (Dubský, Urban, 2008, str. 148).

3. stádium rozhodné - typická je ztráta kontrolovaného pití s výskytem ebriety, agresivní chování, výčitky svědomí, sebelítost, dochází u něj k problémům v zaměstnání, ke ztrátě koníčků, přátel, piják se soustředí pouze na alkoholovou společnost, vyskytují se u něj zdravotní problémy. Roste tolerance, piják je schopen konzumovat značné dávky alkoholických nápojů. Důsledky ebriety odeznívají delší dobu (tzv. kocovina), v tomto stavu se objevují současně masivní výčitky se sebelítostí, odprošováním a slibování, že se to již nikdy nebude opakovat. Následná abstinence může trvat dokonce několik týdnů. Po krátké době kontrolovaného pití, kdy si je piják opět jistý, že má závislost pod kontrolou, se objeví další exces v podobě těžké ebriety a bludný kruh se opakuje dokola.

4. stádium konečné - charakteristické pro toto stádium jsou ranní doušky, pití v tazích a nepříjemné abstinenční příznaky. Objevují se zde i alkoholické psychózy a narůstají zdravotní potíže, postižena jsou především játra, slinivka, žaludek a nervový systém. Spotřeba alkoholu přesahuje finanční možnosti závislé osoby, proto začíná konzumovat různé čistící a technické prostředky. To má za následek další zdravotní potíže. Nejprve ještě vzrůstá tolerance, ovšem pokud jedinec nepodstoupí léčbu, tak následně celkové poškození zejména jater zapříčiní razantní snížení až skoro vymizení tolerance. Tento stav končí ve většině případů smrtí, kdy alkoholik zmírá na selhání jater, popřípadě jinou přídatnou příčinu (Řehan, 2007, str. 57 - 58).

První a druhé stádium závislosti řadíme do předchorobí. Ve třetím a čtvrtém stádiu se již jedná o závislost (Heller, Pecinovská, 1996, str. 16).

Jellinek v roce 1960 (in Rahn, Mahnkopf, 2000, str. 293) rovněž vytvořil přehled typů alkoholové závislosti na základě zvyklostí v pití. Celkově rozlišil 5 typů:

- **Typ alfa** - piják konzumuje alkohol jednak kvůli problémům, ale také pro úlevu;
- **Typ beta** - pro tento typ je typický přizpůsobivý piják a piják ze zvyku;
- **Typ gama** - zde řadíme excesivního pijáka;
- **Typ delta;**
- **Typ epsilon** - epizodický piják (Rahn, Mahnkopf, 2000, str. 293).

2.4 Léčba závislosti

Syndrom závislosti představuje chronické recidivující onemocnění, na jehož vzniku se podílí mnoho faktorů, proto je důležité zaměřit se při léčbě na všechny úrovně. Zároveň však musíme mít stále na paměti, že zvládnutí odvykacího stavu je ve vlastní léčbě jen prvním krůčkem. Zásadní roli v léčbě závislosti v ČR hraje psychoterapie. Historickým důvodem je úspěšná tradice léčebného systému, který založil Doc. MUDr. Jaroslav Skála roku 1948 v Praze Apolinář (www.solen.cz).

2.4.1 Ústavní léčba

Probíhá v psychiatrických klinikách nebo na protialkoholních odděleních. Trvá přibližně 3 - 6 měsíců. Zařízení využívají v léčbě závislosti prvky terapeutických komunit, např. režim a pravidla, skupinová psychoterapie, pracovní terapie, komunitní setkání, manželská a rodinná terapie, atd. Pacienti podstupují zpravidla léčbu dobrovolně po úspěšně absolvované detoxikaci. Jsou zde však přijímáni i jedinci s nařízenou ochrannou ústavní léčbou.

Hlavním cílem je změna životního stylu pacienta a posílení a udržení jeho abstinence. Dále je třeba, aby si pacient uvědomoval závislost jako svůj problém, začal řešit důsledky alkoholové kariéry (např. dluhy, rozvod, atd.), v neposlední řadě si musí identifikovat rizika recidivy a nalézt možnosti jak jim předcházet (Kalina et al., 2008, str. 381 - 382).

Prognóza je ovlivněna řadou podmínek, např. včasným zahájením léčby, motivací pacienta, ale i sociální stabilitou (stálý příjem a velmi důležitá podpora ze strany rodiny). Dále pak věkem pacienta, jeho rysem osobnosti a náhledem (Benson, 2004, str. 143).

Duální diagnóza, neboli komorbidita, představuje současný výskyt závislosti na alkoholu v kombinaci s duševní poruchou nebo poruchou chování. Komplikuje nejen léčbu obou poruch, ale zhoršuje i prognózu. Ze statistik vyplývá, že mezi pacienty trpícími úzkostnou poruchou je přibližně 18% těch, kteří mají problémy se závislostí na alkoholu, také se to týká 16,5% pacientů trpících depresemi

a závislost se rovněž vyskytuje u 33% pacientů se schizofrenií. Je zapotřebí tedy řešit obě poruchy (www.solen.cz).

2.4.2 Ambulantní léčba

Probíhá buď ve formě denního stacionáře, kdy pacient po dobu 4 - 6 týdnů navštěvuje denně terapeutickou komunitu, nebo 1 - 3 krát týdně dochází do specializované ambulance, ordinace pro léčbu alkoholismu a jiných toxikomanií (dále jen OAT). Při návštěvách OAT se pacient účastní psychoterapeutických skupin, má k dispozici individuální poradenství, medikamentózní podporu abstinence (např. Disulfiram, Acamprosat) a v případě potřeby zároveň i psychiatrickou léčbu (antidepresiva). Hlavní příčinou nižšího podílu farmakoterapie při léčbě závislosti v ČR je skutečnost, že zdravotní pojišťovny léky při ambulantní léčbě nehradí. Závislá osoba si je tedy musí plně hradit sama (www.solen.cz).

V současnosti má ČR nedostatečný počet specializovaných lůžek pro léčbu závislostí. Neexistuje ani funkční síť ambulantních poraden pro následné doléčování. Značně tak klesá účinnost léčby. Někteří pacienti tedy v rámci následné péče, jejímž cílem je udržení abstinence, navštěvují svépomocné skupiny, např. Anonymní alkoholiky (www.alkoholik.cz).

2.5 Důsledky závislosti na alkoholu

2.5.1 Somatické komplikace závislosti

Rozsah poškození organismus alkoholem závisí na celkovém množství konzumovaného alkoholu i na individuální vnímavosti pacienta (např. genetická dispozice, prodělaná onemocnění). Škodlivé účinky alkoholu jsou dále vystupňovány poruchami výživy, kterými pacienti mnohdy trpí (Heller, Pecinovská, 1996, str. 58).

Nejčastější tělesnou komplikací je cirhóza jater (téměř 50% všech cirhóz vzniká následkem nadměrné konzumace alkohol), dále jsou to pak akutní či chronické pankreatitidy. U mužů vede k poklesu až ztrátě potence, což zapříčiní vznik

žárliveckých bludů. V nervovém systému se vyskytují polyneuritidy i atrofie mozku (Dubský, Ivan, 2008, str. 147). Má za následek alkoholové myopatie, kardiomyopatie, arytmie, fibrilace síní, kožní onemocnění. Je nežádoucí interakcí většiny léků. Způsobuje makrocytární anémii, vyšší krvácivost, nedostatek vitamínů, železa a bílkovin. Zároveň způsobuje hormonální poruchy a zvyšuje riziko nádorů (např. hrtanu, jícnu, jater, prsu atd.), ale i náchylnost k infekcím a sexuálně přenosným chorobám. Zhoršuje řadu onemocnění, např. hypertenzi, diabetes mellitus, apod. (Nešpor, 2005, str. 113). Konzumace alkoholu v průběhu těhotenství, především v časných stádiích, kdy žena ještě netuší, že je těhotná, s sebou přináší velká rizika pro plod. U těchto dětí se může objevit poškození nervového systému plodu, tzv. ARND (Alcohol-Related Neurodevelopmental Disorder), nebo fetální alkoholový syndrom (Nešpor, 2003, str. 253).

2.5.2 Psychické komplikace závislosti

Řadí se zde delirium tremens, alkoholická halucinóza, Korsakova alkoholická psychóza, alkoholická demence, alkoholická epilepsie, paranoidní alkoholická demence a Wernickeho encefalopatie (Skála, 1987, str. 68 - 72). V ebrietě se zvyšuje riziko cévní mozkové příhody. Sebevraždy údajně korelují s konzumací alkoholu v určité zemi lépe než mortalita na jaterní cirhózu (Nešpor, 2005, str. 113).

2.5.3 Sociální důsledky závislosti

Projevují se nižší produktivitou práce, nezaměstnaností, neúplným vzděláním. Závislé osoby se často stávají bezdomovci. Nastávají v jejich rodině problémy, které ústí v rozvod. Stává se, že zanedbávají péči o děti. To vše vede ke zvyšování nároků na zdravotní a sociální služby (Nešpor, 2005, str. 113).

Při dlouhodobém sledování dopravních nehod ve vztahu k alkoholu se zjistil prudký nárůst dopravních nehod po roce 1989 ve spojitosti s nárůstem spotřeby alkoholu na jednoho obyvatele za rok v ČR. Důsledkem je zvýšení počtu zraněných a usmrcených účastníků silničního provozu (Sovinová, et al., 2002, str. 9 - 10).

Výzkum, jehož cílem bylo zjistit úrazovost pod vlivem alkoholu, poukazuje na to, že alkohol se u nás na celkové úrazovosti podílí v rozsahu okolo 10%. Tato hodnota se rovná hodnotám udávaným z jiných vyspělých zemí (Sovinová, et al., 2001, str. 45).

Alkohol má u nás i ve světě, značný podíl na násilné trestné činnosti. Předpokládá se, že alkohol oslabuje kontrolu impulzivního jednání a zhoršuje tak zpracování informací, proto může vést k nesprávnému vysvětlení podnětů ze sociálního prostředí. Zjistilo se, že alkohol zvyšuje agresivní chování zejména v situacích, kdy se jedinec pod jeho vlivem cítí být provokován nebo ohrožován. Některé osoby dokonce konzumují alkohol záměrně, aby si dodaly kuráže (Nešpor, Csémy, 1999, str. 9).

2.6 Závislost na alkoholu u mužů a žen

Lidé konzumují alkoholické nápoje, proto aby snížili emoční stavy, např. úzkost, hněv, depresi, nudu atd. Převážná většina uživatelů i závislých osob považuje alkohol za prostředek, pomocí něhož dosáhnou lepší nálady, pocitu štěstí a euforie. Také se užívá v souvislosti ke zvýšení přitažlivosti. Rovněž ovlivňuje společenskou i sexuální oblast (Stuchlíková, Man, 1999, str. 193 - 194).

Kubička souhlasí s názorem, že na závislosti obou pohlaví se podílí rizikové faktory charakteru sociálního i psychologického. U mužů převládají faktory sociální (pití ve skupině), naopak u žen jsou to psychologické faktory, např. úzkost a její léčba alkoholem (Kubička, 2007, str. 222).

Ženy na rozdíl od mužů pijí často samy doma. Snaží se svou závislost utajit, neboť společnost pohlíží jinak na závislost u žen než u mužů. Postoj žen k alkoholu ovlivňují životní události, např. rozvod, úmrtí v rodině, nešťastná láska, syndrom prázdného hnízda. Je statisticky prokázáno, že častěji pijí ženy, jejichž partner je rovněž závislý na alkoholu.

Ženy mají oproti mužům méně problémů s dodržováním zákona. Na druhé straně ovšem častěji kombinují alkohol s užíváním tlumivých léků, analgetik a hypnotik (www.alkoholik.cz). Rovněž dosahují vyšší hladiny alkoholu v krvi při stejné dávce, z důvodu nižšího obsahu vody v těle, menších jater, méně aktivní

alkoholdehydrogenázy v žaludeční sliznici, atd. Závislost se u nich vyvíjí po kratší době i menších dávkách alkoholu (www.alkoholik.cz) WHO uvádí, že bezpečnou dávkou je pro zdravého jedince přibližně 20 g čistého alkoholu. Pro ženy to představuje 16 g/den a pro muže 24 g/den. Což odpovídá 200 ml vína a 50 ml destilátu (www.psychologiednes.cz).

2.7 Závislost a její vliv na rodinu

Závislost na alkoholu má dopad na celou rodinu. Neničí jen závislého a jeho partnera, který se snaží neustále hledat nějaká řešení, ale především děti (Ühlinger, Tschui, 2009, str. 13).

Pokud je závislá žena, znamená to pro rodinu daleko větší ohrožení. Zejména v podobě narušení rodinné struktury, protože muž není schopen vytvořit potřebnou koalici s dětmi.

Ženy zůstávají ve vztahu se závislým partnerem desetkrát častěji, než muži. Je překvapujícím zjištěním, že při rozvodu jsou děti desetkrát častěji svěřeny do péče závislé ženy (Heller, Pecinová, 1996, str. 78).

Dr. Jellinek zjistil, že děti rodičů závislých na alkoholu mají několikanásobně vyšší pravděpodobnost, že se samy stanou závislými. Důležitou roli při vzniku závislosti však hrají i další faktory, např. psychologické a sociální. Ze statistik vyplývá, že mimořádně ohroženou skupinou jsou mladí muži, jejichž otec je závislý. Genetická zátěž se týká přibližně 64% mužských potomků (www.alkoholik.cz).

Skála uvádí, že děti, které žijí s otcem závislým na alkoholu, se častěji stávají pacienty dětské psychiatrie, pedagogicko-psychologických poraden, častokrát přicházejí do kojeneckých ústavů, mateřských škol a dětských domovů. Rovněž jsou častěji hospitalizovány v nemocnicích a umístěovány do ozdravoven.

Rodina alkoholika představuje pro společnost ekonomickou zátěž (např. horší zdravotní stav závislého) a ztráty. Ve větší míře se podílí i na společensky nežádoucích jevech, např. rozvodovost (Skála, 1987, str. 96 - 97).

Rodiče musí jít svým dětem příkladem. Nejen to stačí k předcházení problému s alkoholem u dětí, je také důležité aby své dítě podporovaly, usměrňovaly a posunuly

začátek pravidelné konzumace až do věku kolem dvaceti let (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001, str. 53).

Rodiny dříve zůstávaly v rámci terapie nepovšimnuty. Z nejnovějších studií vyplývá, že pokud se rodina zapojí do terapeutického procesu, ovlivňuje to pozitivně průběh léčby závislého. Blízké však není lehké přesvědčit, neboť jim mnohdy brání ostych a pocit hanby navštívit lékaře a zapojit se tak do léčby (Ühlinger, Tschui, 2009, str. 11).

2.8 Ošetřovatelská péče

Péče o jedince závislé na alkoholu je individuální, odehrává se podle toho, v jakém stádiu nemoci se pacient nachází. V akutní fázi sleduje sestra pacientův fyzický i psychický stav a dbá na jeho bezpečí.

Cílem ošetřovatelské péče je navrácení fyzického zdraví a náhledu na onemocnění. Poté následuje zařazení pacienta na protialkoholní oddělení s režimovou léčbou. Při odebrání anamnézy pátrá sestra po informacích o předchozí léčbě, po motivaci a postoji pacienta k závislosti a věnuje pozornost událostem v nedávné minulosti, např. úmrtí blízké osoby, rozvod (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, str. 219 - 220).

V tabulce č. 1, která je součástí příloh této práce, uvádím přehled možných ošetřovatelských diagnóz dle NANDA taxonomie II.

3 ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST

3.1 Pojetí životní spokojenosti

Životní spokojenost je koncept sledovaný v řadě prací (např. Hassmen et al., Irwin et al., Alpersetein, Raman in Kožený, Csémy, Tišanská, 2007, str. 224 - 225), které se věnují otázce zdraví či chování ve vztahu ke zdraví. Z výsledků výzkumů vyplývá, že jde o důležitý komponent, do kterého se promítá subjektivní vnímání zdraví a celková úroveň kvality života (Kožený, Csémy, Tišanská, 2007, str. 225).

Koncept životní spokojenosti není doposud bohužel dostatečně definován. Často jsou mezi sebou zaměňovány pojmy životní spokojenost, subjektivní dobré zdraví a kvalita života. Jednotnost ovšem panuje v názoru, že kognitivní (bilanční) a afektivní prvky všech oblastí života (např. zdraví, sociální vztahy, atd.) se mohou podílet na životní spokojenosti (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher, Brähler, 2001, str. 6).

Známe velké množství dotazníků ke zjištění míry životní spokojenosti, jejichž metodická kvalita je odlišná. Existují jednak nástroje zachycující celkovou spokojenost, ale i dotazníky pro měření spokojenosti v jednotlivých oblastech (např. práce, volný čas, bydlení, atd.), které byly mnohdy faktorově analyticky validovány. Také byly vytvořeny nástroje zjišťující spokojenost u vybraných skupin pacientů (např. pacienti trpící rakovinou nebo jiným chronickým onemocněním, atd.).

Rozdíly mezi pohlavími na celkovou životní spokojenost se jeví jako nepatrné. Velké většině výzkumů se nepodařilo prokázat žádné rozdíly. Pouze ve dvou výzkumech byli spokojenější muži a v jednom naopak ženy (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher, Brähler, 2001, str. 7 - 8) Za reprezentativní se přitom považuje studie autorského kolektivu vedeného Fahrenbergem a studie Herschbachova (in Fahrenberg, Myrtek, Schumacher, Brähler, 2001, str. 8).

Jedná-li se o osobnostní vlastnosti, tak chlapci se oproti dívkám hodnotí jako méně emotivní, extravertovaní, přívětiví, otevření novým zkušenostem i svědomití. Rozdíly jsou až na výjimku svědomitosti statisticky průkazné (Blatný, 2001, str. 390).

Můžeme zřejmě vycházet z předpokladu, že spokojenost v různých oblastech života se s věkem vyvíjí rozdílně. S přibývajícím věkem se bude zřejmě snižovat spokojenost se zdravotním stavem, ovšem spokojenost s finančním zajištěním se může naopak zvyšovat, neboť již není třeba starat se o děti. Snižují se i vlastní požadavky. Obecně se však zdá, že existuje trend vyšší spokojenosti s postupujícím věkem (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher, Brähler, 2001, str. 9).

Výsledky studií týkající se rodinného stavu a sociální podpory zní jednoznačně. Osoby žijící s partnerem i osoby více sociálně podporované rodinou či přáteli, jsou se svým životem spokojenější. (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher, Brähler, 2001, str. 10).

Vysoké socioekonomické postavení dané příjmem, dosaženým vzděláním a profesí, má prokazatelně pozitivní vliv na spokojenost. Obzvláště spolu úzce souvisí příjem a pracovní spokojenost. Tuto souvislost dokazuje většina studií (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher, Brähler, 2001, str. 10).

Výzkumy dále ukazují že, kulturní rozdíly a hodnotové postoje mají vliv na životní spokojenost. Zároveň z nich vyplývá, že k životní spokojenosti přispívají životní podmínky, jako je např. příjem.

Všechny výzkumy potvrzují významnou spojitost mezi nespokojeností se životem a neuroticismem, či dokonce depresí. Průměrná korelace dosahuje skoro na $r = 0,30$. Také se ze všech výzkumů dovídáme, že lidé s osobnostním rysem extravertů jsou s životem spokojenější (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher, Brähler, 2001, str. 12 - 13).

Extroverti spolu s osobami stabilními mají oproti introvertům a labilním osobám vedle vyšší úrovně životní spokojenosti i vyšší sebehodnocení. Na vysokém sebehodnocení a životní spokojenosti se podílí užívání strategií orientovaných na problém (kognitivní restrukturační), naopak snižuje je užívání strategií odklonových, např. sebeobviňování, sociální izolace (Blatný, Osecká, 1998, str. 385 - 392).

Za nejpodstatnější faktor všeobecné životní spokojenosti lze patrně považovat zdraví. Z výsledků všech studií můžeme tedy přepokládat úzkou souvislost mezi životní spokojeností a subjektivními tělesnými potížemi. Ve vztahu ke zdravým lidem dosahují osoby s objektivními tělesnými obtížemi nebo funkčním postižením menší spokojenosti. Významné je pro nás zjištění, že nespokojení lidé častěji

navštěvují lékaře a podstupují psychoterapeutické léčení (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher, Brähler, 2001, str. 16).

V neposlední řadě výzkumy zjistili, že aktivní trávení volného času (např. společenské akce, koníčky, atd.) napomáhá k spokojenosti. Nedodržování správné životosprávy a užívání návykových látek, především alkoholu, drog a tabáku souvisí s vyšší mírou nespokojenosti (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher, Brähler, 2001, str. 16).

4 FORMULACE CÍLŮ A HYPOTÉZ

Na základě analýzy teoretických poznatků o Sociální opoře u klientů s diagnózou alkoholismus jsem si stanovila níže uvedené cíle a hypotézy:

Cíl 1 Zmapovat míru sociální opory u klientů léčených s diagnózou alkoholismus a u jedinců neléčených pro závislost, u nichž nebyl prokázán syndrom závislosti na alkoholu.

H 1 Očekáváme, že mezi skupinou zkoumanou a kontrolní existuje signifikantní rozdíl v míře sociální opory.

Cíl 2 Zmapovat rozdíly v životní spokojenosti u osob se závislostí na alkoholu a u kontrolní skupiny.

H 2 Očekáváme, že u obou sledovaných skupin existuje signifikantní rozdíl v míře životní spokojenosti.

Cíl 3 Zmapovat vliv sociální opory na celkovou životní spokojenost u osob se syndromem závislosti.

H 3 Očekáváme, že existuje signifikantně pozitivní vztah mezi mírou sociální opory a celkovou životní spokojeností.

Cíl 4 Zmapovat vliv sociální opory na míru úzkosti u jedinců se závislostí na alkoholu.

H 4 Očekáváme, že existuje signifikantně negativní korelace mezi mírou sociální opory naměřenou dotazníkem PSSS a mírou úzkosti u jedinců se závislostí na alkoholu.

5 METODIKA PRÁCE

Podklady použité ve výzkumném šetření byly získány ze studia odborné domácí i zahraniční literatury, periodik, přehledových a výzkumných studií. Při vyhledávání odborných materiálů jsem využila online katalog Vědecké knihovny v Olomouci a databáze PubMed, Medline, EBSCO Host. Cenné poznatky jsem získala i díky své práci na protialkoholním oddělení Psychiatrické léčebny v Bílé Vodě.

5.1 Charakteristika zkoumaného souboru

Sběr dat probíhal u pacientů léčených pro diagnózu alkoholismus v Psychiatrické léčebně Bílá Voda (zkoumaná skupina) a u jedinců neléčených pro závislost, u nichž nebyl prokázán syndrom závislosti na alkoholu (kontrolní skupina). Podmínkou pro zařazení respondentů do zkoumané skupiny byla hospitalizace na protialkoholním oddělení Psychiatrické léčebny Bílá Voda.

Podmínkou pro zařazení respondentů do kontrolní skupiny bylo vyplnění MAST testu (Michigan Alcohol Screening Test) s negativním výsledkem.

Podmínkou pro obě skupiny bylo věkové rozmezí 18 - 65 let. Snažila jsem se, aby věkový průměr a také pohlaví kontrolní skupiny odpovídalo zkoumané skupině.

5.1.1 Interpretace demografických údajů skupiny zkoumané

Ve zkoumané skupině se zúčastnilo výzkumného šetření celkem 28 mužů (47%) a 32 žen (53%).

Do věkové kategorie 18 - 30 let bylo zařazeno 20 respondentů (33,3%), největšího počtu respondentů dosahovala věková kategorie 31 - 50 let v počtu 26 respondentů (43,3%) a věkové kategorie 51 - 65 let dosahovalo 14 respondentů (23,3%).

Na otázku nejvyššího dosaženého vzdělání odpovědělo 5 respondentů (8,3%), že má základní vzdělání. 20 respondentů (33,3%) uvedlo, že je vyučeno bez maturity. Středoškolského vzdělání s maturitou dosáhlo 28 respondentů (46,7%). Vysokoškolské

vzdělání má 7 respondentů (11,7%)

V oblasti týkající se rodinného stavu odpovědělo 23 respondentů (38,3%), že žije v manželství. 16 respondentů (26,7%) uvedlo, že je svobodných a 1 z respondentů (1,7%) byl ovdovělý. Rozvedených bylo 20 respondentů (33,3 %).

Z celkového počtu respondentů zkoumaného souboru bylo 27 (45%) zaměstnaných, 4 respondenti (6,7%) pracují jako osoby samostatně výdělečně činné, 4 účastníci šetření (6,7%) jsou v domácnosti. 1 z dotazovaných (1,7%) je v důchodu a 24 respondentů je nezaměstnaných (40%).

Maximální hodnoty č. 7 u míry úzkosti dosáhlo 6 respondentů (10%), na hodnotě č. 6 to bylo 5 respondentů (8,3%). 3 respondenti (5%) označili u úzkosti hodnotu 5. Střední úzkost hodnoty č. 4 pocíťovalo 22 respondentů (36,7%). Hodnotu 3 zahrlo 7 respondentů (11,7%), hodnotu 2 zahrlo 11 respondentů (11,3%) a minimální úzkost o hodnotě 1 pocíťovalo 6 respondentů (10%).

5.1.2 Interpretace demografických údajů skupiny kontrolní

V kontrolní skupině se zúčastnilo výzkumného šetření celkem 60 respondentů, z toho bylo 21 mužů (35%) a 39 žen (65%).

Nejméně respondentů bylo ve věkové kategorii 18 - 30 let, a to 17 dotazovaných (28,3%). Do věkové kategorie 31 - 50 let se řadilo 28 respondentů (46,7%) a do věkové kategorie 51 - 65 let spadalo 15 respondentů (25%).

K otázce nejvyššího dosaženého vzdělání se 19 respondentů (31,7%) vyjádřilo, že je vyučeno bez maturity, 27 respondentů má ukončené středoškolské vzdělání (45%) a 14 respondentů (23,3%) dosáhlo vysokoškolského vzdělání.

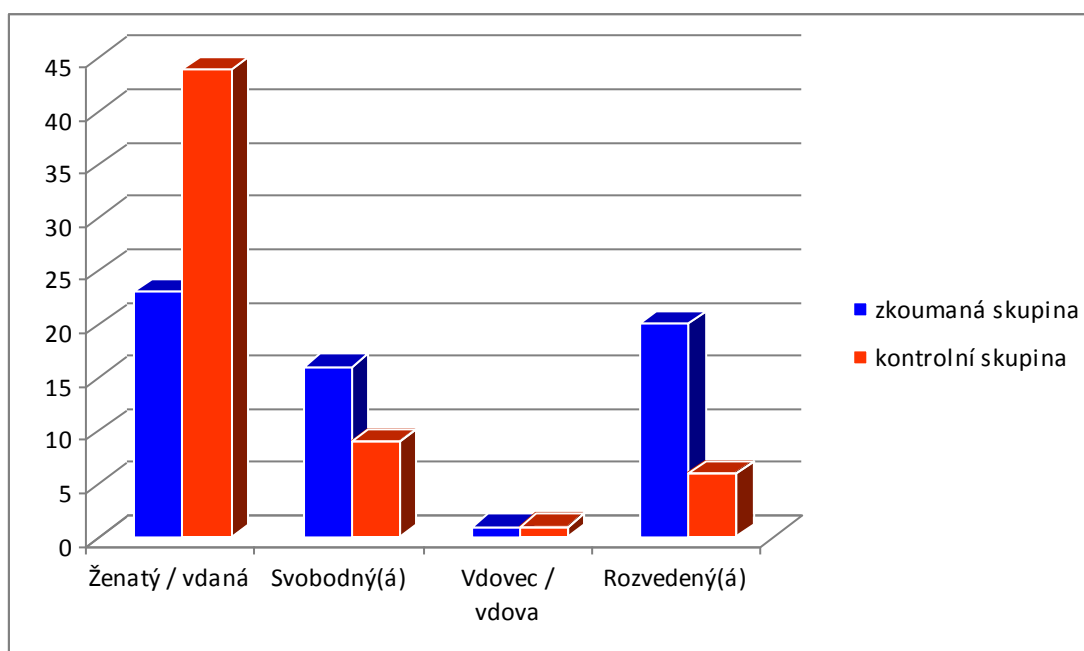
U rodinného stavu bylo prokázáno, že 44 respondentů (73,3%) žije v manželství, 9 respondentů (15%) je svobodných, 1 z respondentů byl ovdovělý (1,7%) a rozvedených je 6 respondentů (10%).

Z celkového počtu respondentů kontrolní skupiny bylo 51 (85%) zaměstnaných, 5 respondentů (8,3%) pracují jako osoby samostatně výdělečně činné, 1 účastník šetření (1,7%) byl v domácnosti, 1 z dotazovaných (1,7%) je v důchodu a 2 respondenti jsou nezaměstnaní (3,3%).

Žádný z respondentů (0%) nedosáhl maximální hodnoty č. 7 u míry úzkosti, hodnoty č. 6 dosáhl 1 respondent (1,7%). 2 respondenti (3,3%) označili u úzkosti

hodnotu 5. Střední úzkost hodnoty č. 4 pociťovalo 5 respondentů (8,3%). Úzkost hodnoty č. 3 zahrlo 7 respondentů (11,7%), hodnotu 2 zahrlo 9 respondentů (15%). Minimální úzkost na hodnotě 1 pociťovalo 36 respondentů (60%).

Graf. č. 1 Porovnání naměřených hodnot rodinného stavu skupiny zkoumané a kontrolní



5.2 Metoda výzkumného šetření

Ve výzkumném šetření byla použita dotazníková metoda, jedná se tedy o kvantitativní sběr dat. Pro zařazení respondentů do kontrolní skupiny byl použit MAST (Michigan Alcohol Screening Test) test.

Míra sociální opory byla zjištěna standardizovaným dotazníkem PSSS (Perceived Social Support Scale) J. A. Blumenthala a spolupracovníků.

Na tento dotazník navazoval druhý standardizovaný dotazník, a to dotazník Životní spokojnosti, vytvořený autory J. Fahrenberg, M. Myrtek, J. Schumacher a E. Brähler. Pomocí něj byla zjištěna míra životní spokojenosti.

5.3 Struktura dotazníku

V úvodní části jsem seznámila kontrolní i zkoumanou skupinu s prováděným průzkumem a vysvětlila jim, za jakým účelem průzkum probíhá. Zároveň jsem respondenty ubezpečila, že dotazníky jsou zcela anonymní a budou sloužit pouze ke zpracování výzkumu závěrečné diplomové práce.

Vysvětlení k vyplnění otázek v dotazníku bylo písemně uvedeno na začátku jednotlivého standardizovaného dotazníku.

Pro lepší orientaci v souboru respondentů jsem se v dotazníkovém šetření zaměřila na sběr demografických údajů. U zkoumané skupiny jsem se zajímala o následující údaje: pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, rodinný stav, zaměstnanost či nezaměstnanost respondentů.

Součástí dotazníku byla i škála úzkosti, na které respondenti hodnotili, zda pociťují úzkost a v jaké míře. Úzkost byla hodnocena na škále 1 - 7, kdy 1 představovala minimální úzkost, 4 střední úzkost a 7 maximální úzkost.

U kontrolní skupiny jsem sběr demografických údajů zaměřila na: věk, pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání, rodinný stav, zaměstnanost či nezaměstnanost respondentů a stejně jako u předchozí skupiny jsem se dotazovala na míru pociťované úzkosti.

Po demografických údajích následoval standardizovaný dotazník PSSS (Perceived Social Support Scale) J. A. Blumenthala a jeho spolupracovníků a standardizovaný dotazník Životní spokojenosti autorů J. Fahrenberga, M. Myrteka, J. Schumachera a E. Brählera.

Dotazník PSSS obsahuje 12 položek, odpovědi na jednotlivé otázky byly zaznamenány na škále od 7 (rozhodně nesouhlasím) do 1 (rozhodně souhlasím). U každého respondenta byly zakroužkované bodově ohodnocené odpovědi sečteny a bylo vypočítáno skóre sociální opory. Výsledkem jsou 3 dílčí skóre vyjadřující sociální oporu od blíže neurčené osoby, rodiny a přátel (Kebza, Šolcová, 1999, str. 31). Kromě 12 položek obsahuje ještě 13 položku, pomocí níž zjišťujeme rovněž na sedmibodové škále míru sociální opory poskytovanou od rodiny, přátel, spolupracovníků a nadřizovaných (peer support).

Dotazník Životní spokojenosti obsahuje 10 oblastí orientovaných na různé složky životní spokojenosti. Těmito oblastmi jsou zdraví, práce a povolání, finanční situace, volný čas, manželství a partnerství, vztah k vlastním dětem, sexualita, přátelé,

známí, příbuzní a bydlení. Každé oblasti odpovídá 7 položek, ke kterým se respondenti vyjadřovali na sedmibodové škále (od velmi nespokojen, až po velmi spokojen). Z hodnot dosažených v těchto oblastech vypočteme index tzv. celkové životní spokojenosti (www.psychodiagnostika.cz, Fahrenberg, Myrtek, Schumacher, Brähler, 2001).

MAST test (Michigan Alcohol Screening Test) používaný k vyloučení závislosti na alkoholu skládající se z 22 otázek, na které se odpovídá buďto ano nebo ne, byl použit pouze u kontrolní skupiny k vyloučení jejich závislosti na alkoholu. Respondenti brali v úvahu jen situace z posledních 12 měsíců svého života (www.valecnik.cz).

5.4 Realizace výzkumu

Před samotným zahájením sběru dat, jsem poprosila hlavní sestru Psychiatrické léčebny v Bílé Vodě o souhlas s realizací výzkumu, který je nezbytný pro samotné výzkumné šetření.

Výzkumné šetření probíhalo u klientů léčených pro diagnózu alkoholismus na protialkoholním oddělení v Psychiatrické léčebně Bílá Voda od července do prosince roku 2010. Dotazníky byly klientům osobně předány spolu s informacemi o odevzdání dotazníků. Pro zachování anonymity vhodili vyplněný dotazník do krabice, která byla umístěna v kulturní místnosti protialkoholního oddělení.

U kontrolní skupiny probíhalo výzkumné šetření od listopadu roku 2010 do ledna roku 2011. Respondentům byly rozdány dotazníky s příloženou obálkou a příslušnými informacemi o vyplnění dotazníků. Po vyplnění respondenti vložili dotazníky do obálky, zalepili a odevzdali.

Celkem bylo distribuováno 130 dotazníků. Z toho 65 pro zkoumaný soubor a 65 dotazníků pro kontrolní skupinu. Ve zkoumané skupině byla návratnost stoprocentní, ovšem 5 dotazníků bylo nutno z výzkumu vyloučit v důsledku nesprávného vyplnění. U kontrolní skupiny nebyla návratnost stoprocentní, 1 dotazník se mi nevrátil a 4 respondenti nesplňovali kritéria MAST testu. Celkem bylo tedy k výzkumnému šetření použito 120 dotazníků.

5.5 Zpracování výsledků výzkumného šetření

Pro statistické zpracování dat výzkumného šetření byl použit počítačový program Microsoft Excel 2007. Jednostranný T - test s rovností rozptylu byl použit pro výpočet významnosti mezi naměřenými veličinami. Ke zjištění, zda-li naměřené hodnoty dvou proměnných jsou ve vzájemném vztahu, byla použita korelace pro metrická data (Reiterová, 2009, str. 41, 55).

6 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

6.1 Interpretace výsledků k CÍLI a HYPOTÉZE 1

Cíl 1 Zmapovat míru sociální opory u klientů léčených s diagnózou alkoholismus a u jedinců neléčených pro závislost, u nichž nebyl prokázán syndrom závislosti na alkoholu.

H 1 Očekáváme, že mezi skupinou zkoumanou a kontrolní existuje signifikantní rozdíl v míře sociální opory.

U cíle č. 1 byl použit dotazník PSSS (sociální opory). Pro porovnání výsledků naměřených průměrných hodnot celkových PSSS skóre pro statistické srovnání skupiny zkoumané a kontrolní jsem použila jednostranný t-test s rovností rozptylu. Výsledné $t = 2,93$. Jelikož $t > t_{0,05}$, mohu konstatovat, že rozdíl průměrů dvou výběrů je statisticky významný (signifikantní) na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Potvrdilo se, že kontrolní skupina má signifikantně vyšší míru sociální opory než skupina zkoumaná.

Hypotéza č. 1 byla ověřena a přijata.

V následující tabulce uvádím porovnání naměřených hodnot PSSS u skupiny zkoumané (pacienti hospitalizováni s diagnózou alkoholismus) a kontrolní (jedinci neléčení pro závislost, u nichž nebyl prokázán syndrom závislosti na alkoholu). Z tabulky i grafu je patrné, že kontrolní skupina má signifikantně vyšší míru sociální opory.

Tab. č. 2 Distribuce průměrných hodnot naměřených dotazníkem PSSS

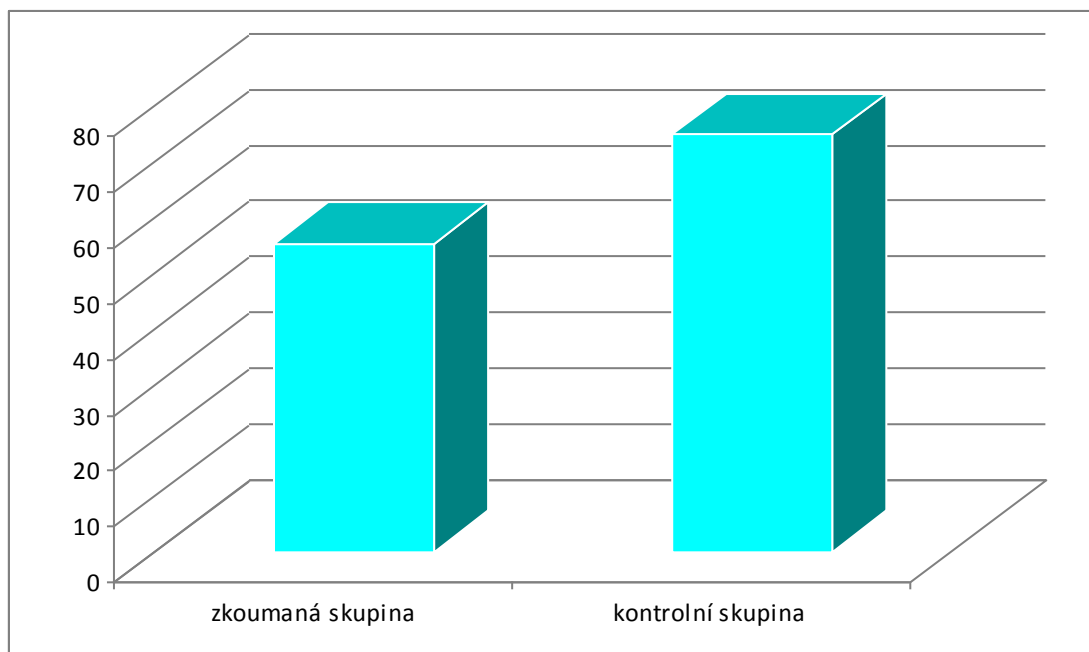
Skupina	N	PSSS/x	Minimum	Maximum	Medián	Směrodatná odchylka
zkoumaná	60	55,35	16	76	61	14,44
kontrolní	60	74,83	62	84	75	5,34

N - počet respondentů

PSSS/x - průměrné hodnoty naměřené dotazníkem PSSS

Pro názornost uvádím grafické znázornění průměrných hodnot naměřených dotazníkem PSSS u skupiny zkoumané a kontrolní.

Graf č. 2 Průměrné hodnoty sociální opory naměřené dotazníkem PSSS



Cíl č. 1 byl splněn. Míra sociální opory je signifikantně vyšší u skupiny kontrolní než u zkoumané.

6.1.1 Interpretace vedlejších výsledků

V následující tabulce č. 3 uvádím distribuci celkových hodnot poskytované sociální opory od členů rodiny skupiny zkoumané i kontrolní. Odpovědi byly měřeny na škále od 7 (rozhodně souhlasím) po 1 (rozhodně nesouhlasím).

Vzhledem k nízkým četnostem odpovědí přiřazených do jednotlivých kategorií bylo provedeno sloučení odpovědí do tří následujících kategorií:

- **Kategorie „nesouhlasím“** slučuje hodnocení „rozhodně nesouhlasím“, „nesouhlasím“ a „spíše nesouhlasím“.
- **Kategorie „nevím“**
- **Kategorie „souhlasím“** slučuje hodnocení „rozhodně souhlasím“, „souhlasím“ a „spíše souhlasím“

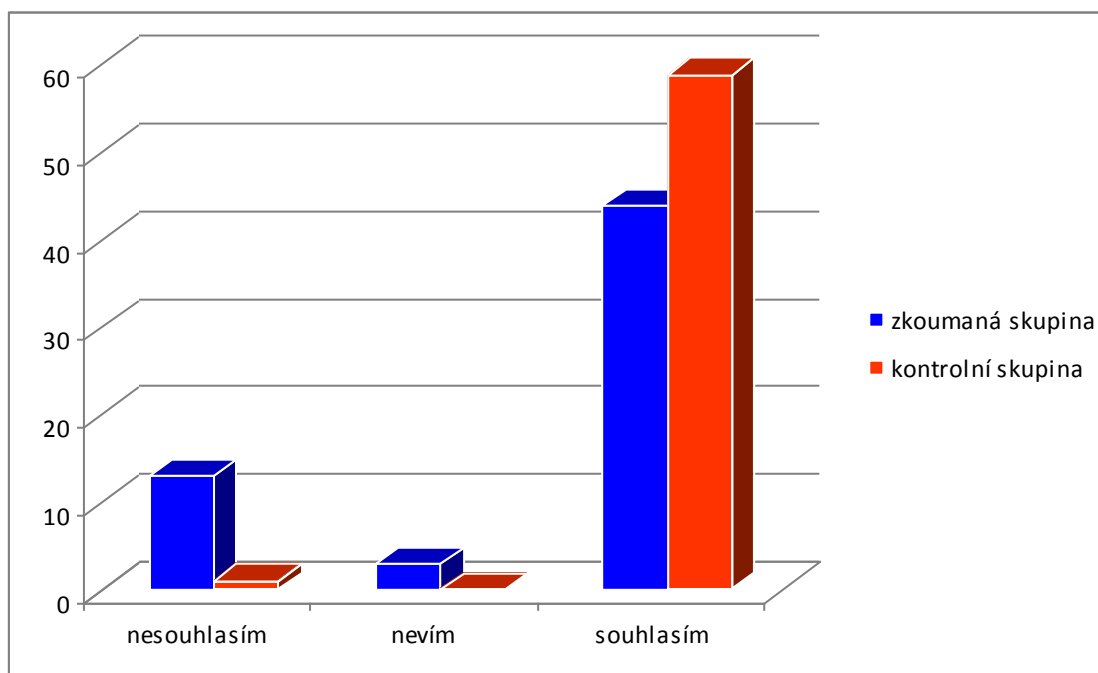
Četnostní rozložení odpovědí osob závislých a bez závislosti je uvedeno v následující tabulce.

Tab. č. 3 Distribuce celkových hodnot poskytované sociální opory od členů rodiny

			Rodina			
			nesouhlasím	nevím	souhlasím	Celkem
skupina	zkoumaná	četnost %	13 21,7 %	3 5 %	44 73,3 %	60 100 %
	kontrolní	četnost %	1 1,7 %	0 0 %	59 98,3 %	60 100 %

Graficky je situace znázorněna sloupcovým grafem. Z tabulky i grafu je patrné, že opora ze strany rodiny je vyšší u skupiny kontrolní než u zkoumané.

Graf č. 3 Celkové hodnoty poskytované sociální opory od členů rodiny



Tabulka č. 4 uvádí distribuci celkových hodnot poskytované sociální opory od přátel obou sledovaných skupin. Odpovědi byly vyhodnoceny stejným způsobem jako u poskytované sociální opory od členů rodiny, viz výše.

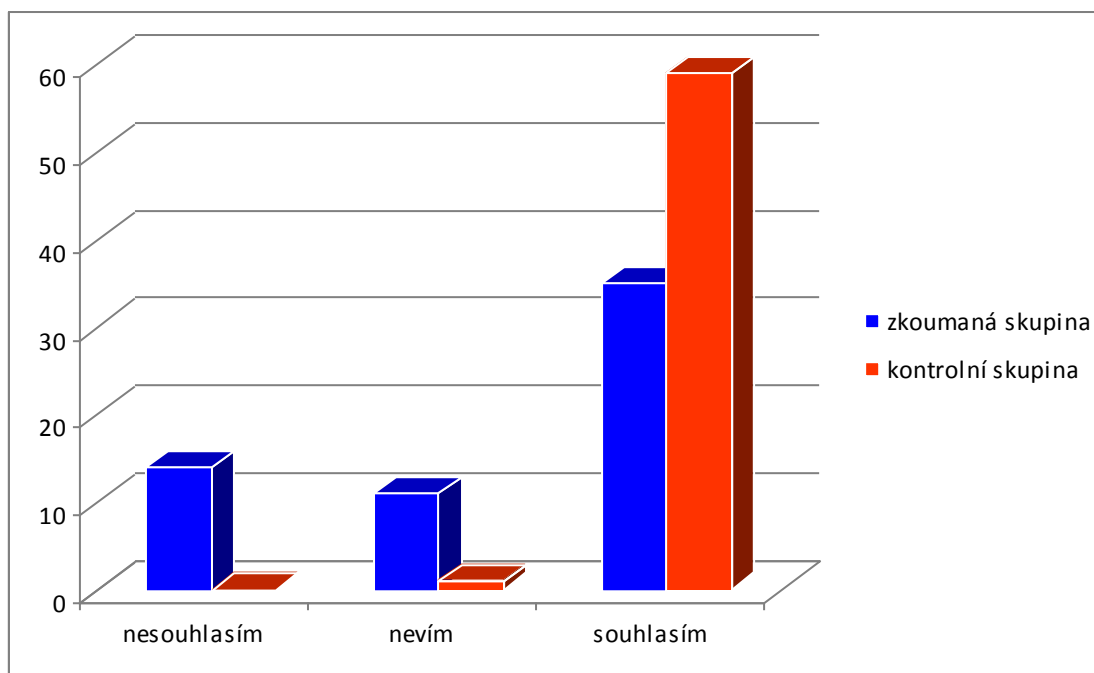
Četnostní rozložení odpovědí osob závislých a bez závislosti je uvedeno v následující tabulce.

Tab. č. 4 Distribuce celkových hodnot poskytované sociální opory od přátel

			Přátelé			
			nesouhlasím	nevím	souhlasím	Celkem
skupina	zkoumaná	četnost %	14 23,3 %	11 18,3 %	35 58,3 %	60 100 %
	kontrolní	četnost %	0 0 %	1 1,7 %	59 98,3 %	60 100 %

Graficky je situace znázorněna sloupcovým grafem. Z tabulky i grafu je patrné, že opora ze strany přátel je vyšší u skupiny kontrolní než u zkoumané.

Graf. č. 4 Celkové hodnoty poskytované sociální opory od přátel



Tabulka č. 5 uvádí distribuci celkových hodnot poskytované sociální opory od spolupracovníků obou sledovaných skupin. Odpovědi byly vyhodnoceny stejným způsobem jako v předchozích případech, viz výše.

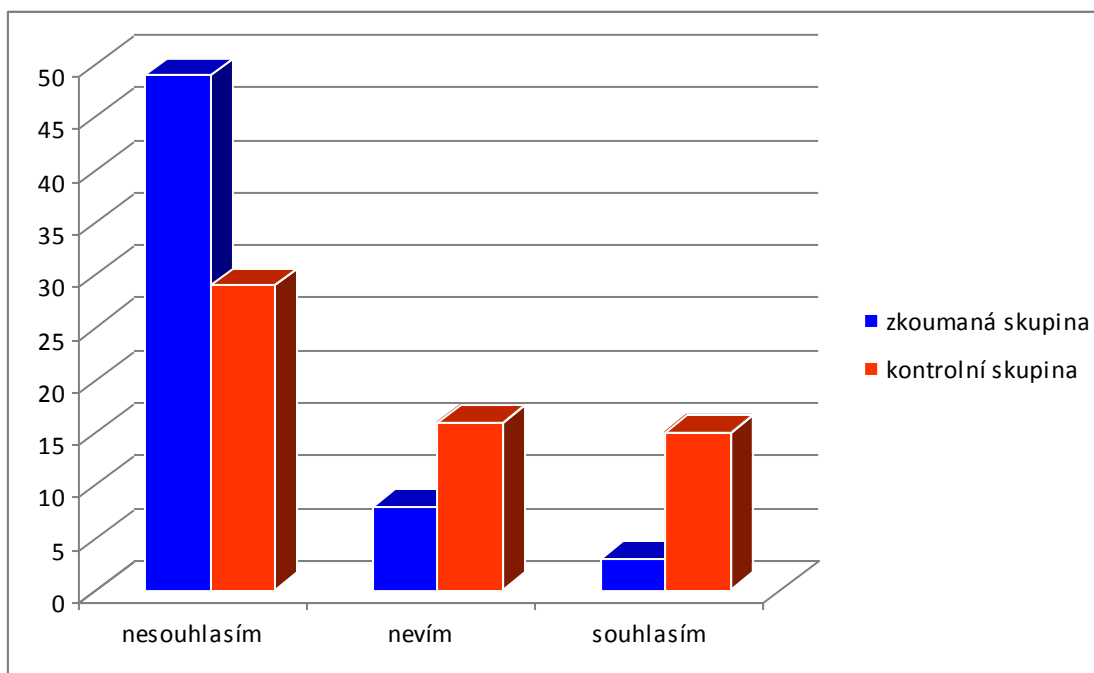
Četnostní rozložení odpovědí osob závislých a bez závislosti je uvedeno v následující tabulce.

Tab. č. 5 Distribuce celkových hodnot poskytované sociální opory od spolupracovníků

		Spolupracovníci			
		nesouhlasím	nevím	souhlasím	Celkem
skupina	zkoumaná	četnost 49 81,7 %	8 13,3 %	3 5 %	60 100 %
	kontrolní	četnost 29 48,3 %	16 26,7 %	15 25 %	60 100 %

Graficky je situace znázorněna sloupcovým grafem. Z tabulky i grafu je patrné, že opora ze strany spolupracovníků je vyšší u skupiny kontrolní než u zkoumané.

Graf č. 5 Celkové hodnoty poskytované sociální opory od spolupracovníků



Tabulka č. 6 uvádí distribuci celkových hodnot poskytované sociální opory ze strany nadřízených obou sledovaných skupin. Odpovědi byly vyhodnoceny stejným způsobem jako v předchozích případech, viz výše.

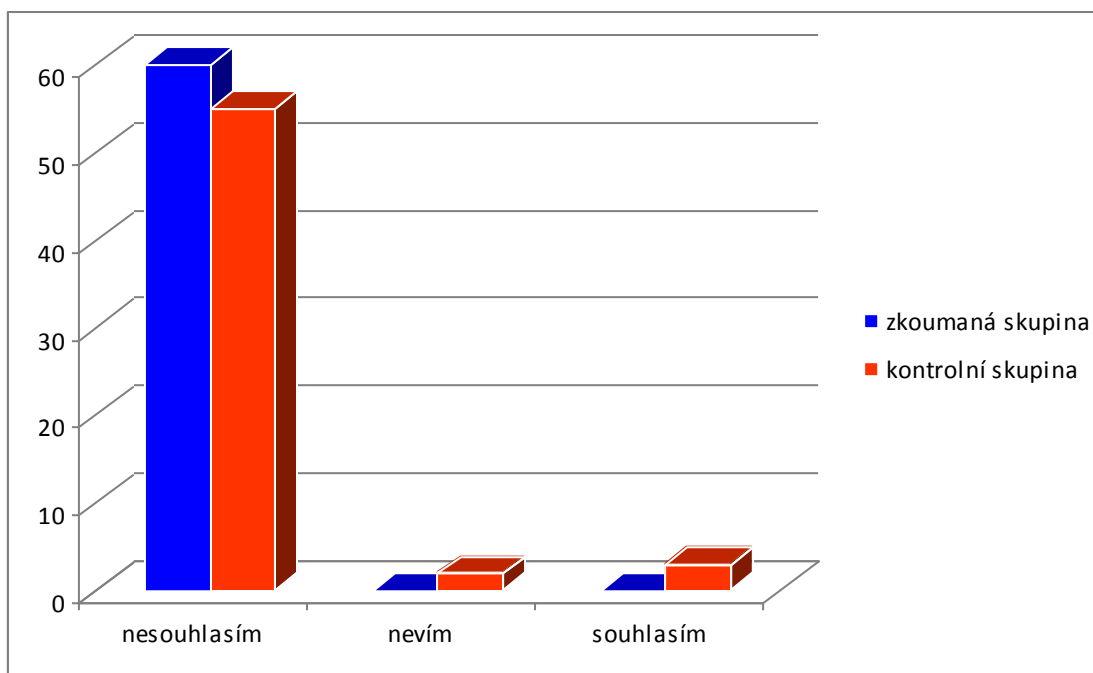
Četnostní rozložení odpovědí osob závislých a bez závislosti je uvedeno v tabulce.

Tab. č. 6 Distribuce celkových hodnot poskytované sociální opory od nadřízených

			Nadřízení			
			nesouhlasím	nevím	souhlasím	Celkem
skupina	zkoumaná	četnost	60	0	0	60
		%	100 %	0 %	0 %	100 %
	kontrolní	četnost	55	2	3	60
		%	91,7 %	3,3 %	5 %	100 %

Graficky je situace znázorněna sloupcovým grafem. Z tabulky i grafu je patrné, že opora ze strany spolupracovníků je vyšší u skupiny kontrolní než u zkoumané.

Graf č. 6 Celkové hodnoty poskytované sociální opory od nadřízených



6.2 Interpretace výsledků k CÍLI a HYPOTÉZE 2

Cíl 2 Zmapovat rozdíly v životní spokojenosti u osob se závislostí na alkoholu a u kontrolní skupiny.

H 2 Očekáváme, že u obou sledovaných skupin existuje signifikantní rozdíl v míře životní spokojenosti.

Pomocí dotazníku životní spokojenosti byl zmapován cíl č. 2. Pro porovnání výsledků naměřených průměrných hodnot celkových skóre životní spokojenosti pro statistické srovnání skupiny zkoumané a kontrolní jsem použila jednostranný t-test s rovností rozptylu. Výsledné $t = 2,432$. Jelikož $t > t_{0,05}$, mohu konstatovat, že rozdíl průměrů dvou výběrů je statisticky významný (signifikantní) na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Potvrdilo se, že existuje statisticky významný rozdíl v míře životní spokojenosti u skupiny zkoumané a kontrolní.

Hypotéza č. 2 byla ověřena a přijata.

V tabulce č. 7 uvádím srovnání naměřených hodnot životní spokojenosti u zkoumaného souboru a u kontrolní skupiny. Z tabulky i grafu je patrné, že kontrolní skupina má signifikantně vyšší míru životní spokojenosti.

Tab. č. 7 Distribuce průměrných hodnot naměřených dotazníkem životní spokojenosti

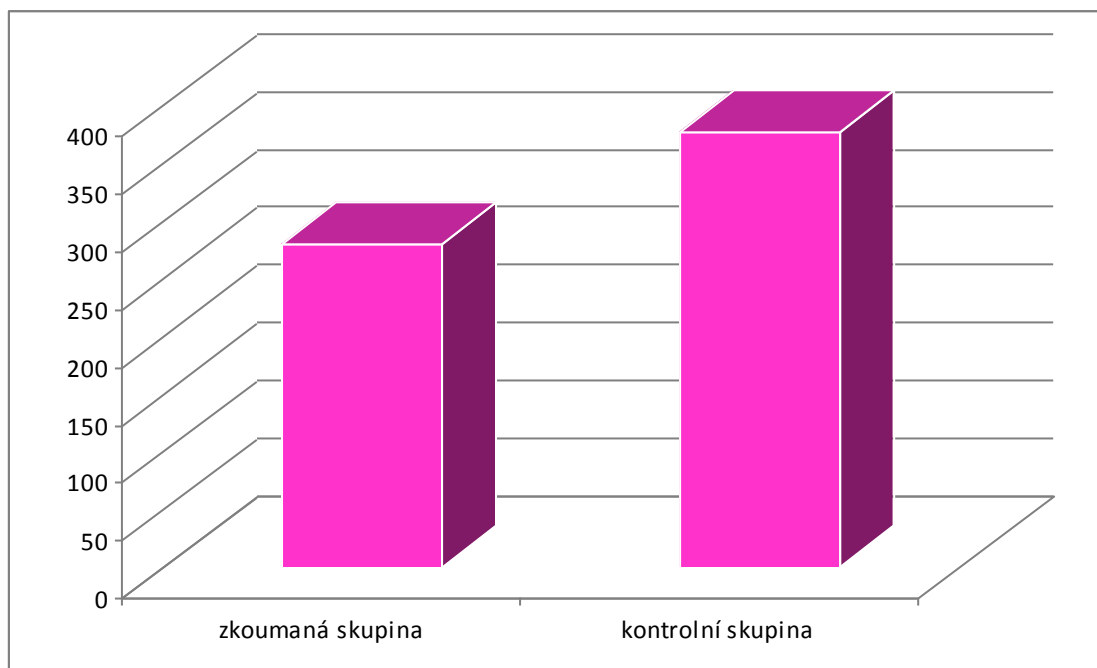
Skupina	N	ŽS /x	Minimum	Maximum	Medián	Směrodatná odchylka
zkoumaná	60	280,38	130	403	285	67,88
kontrolní	60	377,58	266	433	388	39,01

N - počet respondentů

ŽS/x - průměrné hodnoty naměřené dotazníkem životní spokojenosti

Pro názornost uvádím grafické znázornění průměrných hodnot naměřených dotazníkem životní spokojenosti u obou sledovaných skupin - viz. graf č. 7.

Graf č. 7 Průměrné hodnoty životní spokojenosti naměřené dotazníkem životní spokojenosti



Cíl č. 2 byl splněn. Životní spokojenost je signifikantně vyšší u skupiny kontrolní než u zkoumané.

6.3 Interpretace výsledků k CÍLI A HYPOTÉZE 3

Cíl 3 Zmapovat vliv sociální opory na celkovou životní spokojenost u osob se syndromem závislosti.

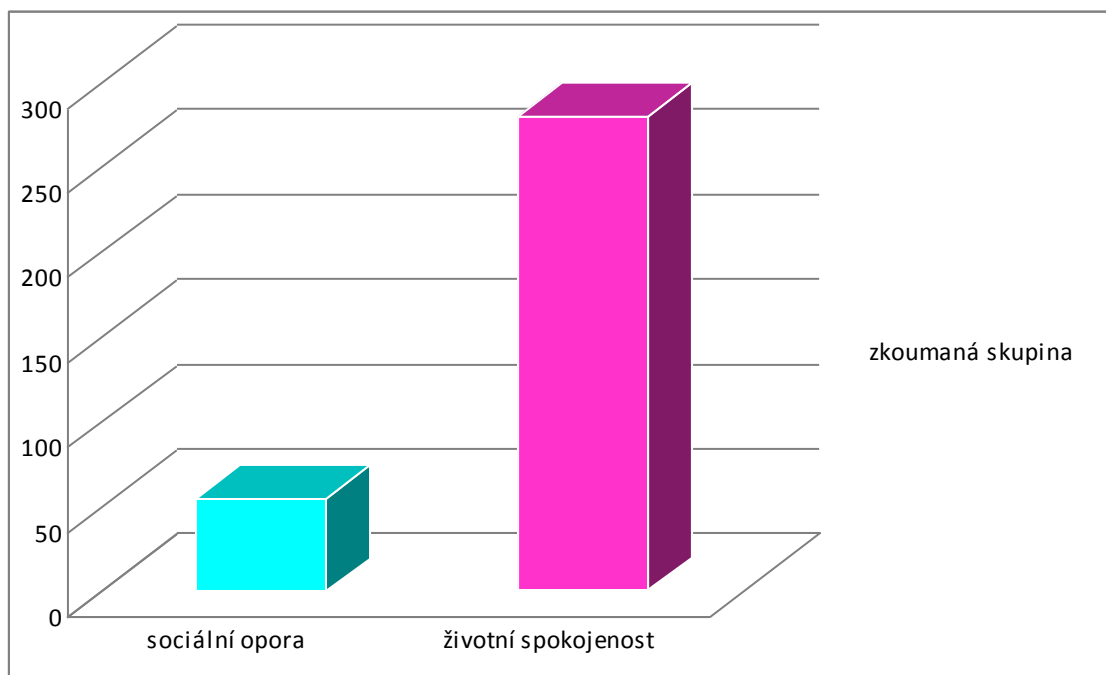
H 3 Očekáváme, že existuje signifikantně pozitivní vztah mezi mírou sociální opory a celkovou životní spokojeností.

Pro porovnání naměřených průměrných hodnot sociální opory a životní spokojenosti u zkoumané skupiny byl použit Pearsonův korelační koeficient pro metrická data. Výsledné $r = 0,27$. Jelikož $r > r_{0,01}$, mohu konstatovat, že existuje signifikantně pozitivní vztah mezi mírou sociální opory a mírou životní spokojenosti u osob se závislostí na alkoholu. Cíl č. 3 byl splněn. Existuje signifikantně pozitivní vztah mezi mírou sociální opory a mírou životní spokojenosti u zkoumané skupiny.

Hypotéza č. 3 byla ověřena a přijata.

Pro názornost uvádím grafické znázornění průměrných hodnot naměřených dotazníkem PSSS a dotazníkem životní spokojenosti u zkoumané skupiny.

Graf č. 8 Průměrné hodnoty sociální opory a životní spokojenosti u zkoumané skupiny



6.4 Interpretace výsledků k CÍLI A HYPOTÉZE 4

Cíl 4 Zmapovat vliv sociální opory na míru úzkosti u jedinců se závislostí na alkoholu.

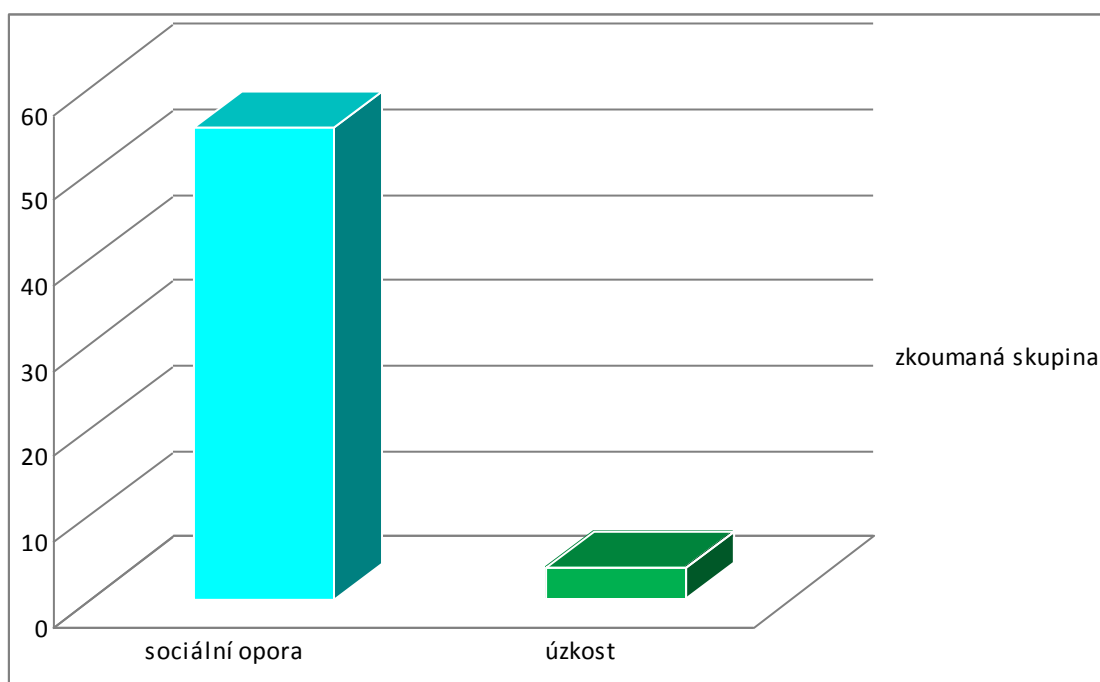
H 4 Očekáváme, že existuje signifikantně negativní korelace mezi mírou sociální opory naměřenou dotazníkem PSSS a mírou úzkosti u jedinců se závislostí na alkoholu.

Pro porovnání naměřených průměrných hodnot sociální opory a úzkosti u zkoumaného souboru byl použit Pearsonův korelační koeficient pro metrická data. Výsledné $r = -0,67$. Jelikož $r > r_{0,01}$, mohu konstatovat, že existuje signifikantně negativní vztah mezi mírou sociální opory a mírou úzkosti u osob se závislostí na alkoholu. Na základě zjištěných výsledků mohu konstatovat, že sociální opora je významným protektivním faktorem ve vztahu k úzkosti. Cíl č. 4 byl splněn.

Hypotéza č. 4 byla ověřena a přijata.

Pro názornost uvádím grafické znázornění průměrných hodnot sociální opory a úzkosti naměřených dotazníkem PSSS u zkoumané skupiny.

Graf č. 9 Průměrné hodnoty sociální opory a úzkosti u zkoumané skupiny



DISKUZE

Považuji sociální oporu za aktuální, ovšem málo známé téma, nejen klientům samotným, ale i zdravotnickému personálu. Řadou studií byl přitom prokázán protektivní vliv sociální opory na zdravotní stav jedince, redukcii stresu i životní spokojenost (Mrvová, 2010, Snopek, Hublová, 2008, Gorman, 2005, Levická, 2005, Kebza, Šolcová, 2003, Kožený, Tišanská, 2003, Mareš, 2003, Křivohlavý 2002, Mareš, 2001, Křivohlavý, 2001, Cohen, Underwood, Gottlieb, 2000, Peirce, Frone, Russell, Cooper, Mudar, 2000, Kebza, Šolcová, 1999, Křivohlavý, 1999). Zároveň se potvrdilo, že lidé s rozvinutými sociálními vazbami žijí dle některých zjištění déle a s celkově lepším fyzickým i psychickým zdravím, na rozdíl od lidí bez těchto vazeb (Berkman, Breslow in Kebza, Šolcová, 1999, str. 21, Křivohlavý, 2001) Výzkumy provedené v polovině osmdesátých let minulého století ve vztahu k řadě nemocí (od deprese až po kardiovaskulární nemoci) ukázaly, že opora vycházející z pozitivních mezilidských vztahů pomáhá lidem zvládat nemoci, zatímco nepřítomnost této opory vytváří primární předpoklad horšího zdraví (Cohen, McKay, Ruberman et al., Reis et al. in Kebza Šolcová, 1999, str. 21, Křivohlavý, 2001).

Setkáváme se však i se studii, které poukazují na negativní vliv sociální opory, jež může být dán nedostatečnou nebo nevhodně poskytovanou sociální oporou (Křivohlavý, 2001, Krause, 1997, Lu 1997, Krause, Liang, Gu, 1997, Thoits, 1995, Lepore, 1992 in Kebza Šolcová, 1999 str. 29 - 30).

Specifickou skupinu klientů s diagnózou alkoholismus jsem si vybrala záměrně, po absolvování praxe na protialkoholním oddělení, jelikož se domnívám, že právě sociální opora může těmto klientům pomoci vyvarovat se předešlých chyb a úspěšně zvládnout návrat do běžného denního života. Výzkumného šetření se celkově zúčastnilo 120 respondentů. Zkoumaná skupina byla zastoupena 60 respondenty, stejně jako kontrolní.

Prvním cílem bylo zmapovat míru sociální opory u klientů léčených s diagnózou alkoholismus a u jedinců neléčených pro závislost, u nichž nebyl prokázán syndrom závislosti na alkoholu. Podařilo se mi potvrdit, že existuje statisticky významný rozdíl v míře sociální opory mezi skupinou kontrolní a zkoumanou.

Při zjišťování míry sociální opory mě také zajímalo, kdo poskytuje oběma sledovaným skupinám největší sociální oporu, zda-li členové rodiny, či přátelé, spolupracovníci anebo nadřízení (peer support). Z hlediska sociální opory, se totiž ukázaly jako důležité právě ty osoby, které daný jedinec považuje za nejbližší a zároveň patří do jeho okruhu přátel (Křivohlavý, 1999, str. 109). Peirce a jeho spolupracovníci přišli se zajímavými výsledky z longitudinálního modelu sociálního kontaktu, sociální opory, deprese a užívání alkoholu. Vyplývá z něj, že sociální opora významně ovlivňuje oblast sociálního kontaktu. Zároveň potvrzuje i fakt, že následkem zvýšené konzumace alkoholu dochází ke snížení kontaktu s rodinou i s přáteli (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10711585>). Rodiny klientů s diagnózou alkoholismus dříve zůstávaly v rámci terapie nepovšimnuty. Z nejnovějších studií vyplývá, že pokud se rodina zapojí do terapeutického procesu, ovlivňuje to pozitivně průběh léčby závislého (Ühlinger, Tschui, 2009, str. 11). Podpora ze strany rodiny je rovněž jednou z podmínek, které pozitivně ovlivňují prognózu závislosti na alkoholu (Benson, 2004, str. 143). Ukazuje se také, že míra sociální opory u dlouholetých přátel je vyšší než u přátel, které jsme poznali nedávno (Křivohlavý, 2001, str. 110).

Při svém šetření jsem došla k závěrům, že celková míra peer support je významně nižší u osob se závislostí na alkoholu. Respondentům kontrolní skupiny je sociální opora poskytována ve stejné míře jak ze strany rodiny, tak i přátel. Teprve pak následují v poskytování opory spolupracovníci a nadřízení. Naopak osobám se závislostí poskytuje sociální oporu v největší míře rodina, na druhém místě jsou to přátelé, poté spolupracovníci a nakonec nadřízení.

Rodinný stav je Bakalem (in Kebza, Šolcová, 1999, str. 24) považován za podstatný faktor sociální opory. Především to, zda jedinec žije v manželství, nebo je svobodný, rozvedený, popřípadě zda manželství trvá, ale již nefunguje. Domnívám se, že i tato skutečnost mohla přispět k nízké míře sociální opory u zkoumané skupiny. Ve zkoumané skupině žije totiž 23 respondentů (38,3%) v manželství, 16 respondentů (26,7%) je svobodných, 1 respondent (1,7%) je ovdovělý a 20 respondentů (33,3%) je rozvedených. Naproti tomu 44 respondentů (73,3%) kontrolní skupiny žije v manželství, 9 respondentů (15%) je svobodných, 6 respondentů (10%) je rozvedených a 1 respondent (1,7%) je ovdovělý.

Dalším cílem bylo zmapovat rozdíly v životní spokojenosti u jedinců se závislostí na alkoholu a u kontrolní skupiny. Koncept životní spokojenosti není doposud bohužel dostatečně definován. Často jsou mezi sebou zaměňovány pojmy životní spokojenost, subjektivní dobré zdraví a kvalita života. Jednotnost ovšem panuje v názoru, že kognitivní a afektivní prvky všech oblastí života (např. zdraví, sociální vztahy, atd.) se mohou podílet na životní spokojenosti (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher, Brähler, 2001, str. 6).

Výsledky studií týkající se rodinného stavu a sociální opory zní jednoznačně. Osoby žijící s partnerem i osoby více sociálně podporované rodinou či přáteli, jsou se svým životem spokojenější. (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher, Brähler, 2001, str. 10). Z výzkumů také vyplývá, že aktivní trávení volného času (např. společenské akce, koníčky, atd.) napomáhá ke spokojenosti. Naopak nedodržování správné životosprávy a užívání návykových látek, především alkoholu, drog a tabáku souvisí s vyšší mírou nespokojenosti (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher, Brähler, 2001, str. 16).

Ve své práci jsem dospěla ke stejným závěrům. Potvrdilo se, že existuje statisticky významný rozdíl v míře životní spokojenosti mezi skupinou kontrolní a zkoumanou.

V předposledním cíli byl zmapován vliv sociální opory na celkovou životní spokojenost u osob se syndromem závislosti na alkoholu. Sociální opora je považována za jeden z faktorů, jejíž pozitivní vliv na redukci stresu, zdravotní stav a životní spokojenost byl zjištěn řadou výzkumů (Cohen, Underwood, Gottlieb, 2000, Křivohlavý, 1999, Levin, Chattersová, 1998, Kebza, Šolcová, 1999 atd. in Snopek, Hublová, 2008, str. 501). Došla jsem ke stejnému zjištění. Existuje signifikantně pozitivní vztah mezi mírou sociální opory a mírou životní spokojenosti u zkoumané skupiny.

Poslední cíl měl za úkol zmapovat vliv sociální opory na míru úzkosti u jedinců se závislostí na alkoholu. Na základě zjištěných výsledků mohu konstatovat, že sociální opora je významným protektivním faktorem ve vztahu k úzkosti. U osob se závislostí na alkoholu existuje negativní korelace mezi mírou sociální opory a mírou úzkosti. Ke stejným závěrům došla i Mrvová (2010), která se ve své bakalářské práci zabývala vlivem sociální opory na výskyt úzkosti u pacientů s ischemickou chorobou

srdeční. Výsledky mé práce dále ukazují, že celková míra úzkosti je významně vyšší u osob se závislostí na alkoholu.

Ze statistik vyplývá, že mezi pacienty trpícími úzkostnou poruchou je přibližně 18% těch, kteří mají problémy se závislostí na alkoholu, také se to týká 16,5% pacientů trpících depresemi a závislost se rovněž vyskytuje u 33% pacientů se schizofrenií (www.solen.cz). Pacienti s diagnózou alkoholismus častěji vykazují vyšší míry průměrných negativních afektů. Jedná se především o úzkost, depresi, ale i nižší průměrné sebehodnocení. Převážná většina uživatelů i závislých osob považuje alkohol za prostředek, pomocí něhož dosáhnou lepší nálady, pocitu štěstí a euforie. Konzumace alkoholických nápojů snižuje emocionální stavy, jako je úzkost, hněv, nuda a nedostatek zájmu v oblasti citového a duševního zdraví (Stuchlíková, Man, 1999, str. 193 - 194). U mužů při konzumaci alkoholu převládají faktory sociální (pití ve skupině). Naopak u žen jsou to faktory psychologické, např. úzkost a její léčba alkoholem (Kubička, 2007, str. 222).

Jsem si vědoma, že signifikantně nižší míra sociální opory u klientů s diagnózou alkoholismus může být jak příčinou, tak důsledkem závislosti. Tato skutečnost pravděpodobně sehrála roli i v práci Černé (2011), kde se zabývala sociální oporou u klientů v psychiatrické léčebně, avšak nepodařilo se jí potvrdit signifikantní rozdíl v míře sociální opory u klientů léčených a neléčených pro psychiatrické onemocnění.

Hlavním cílem poskytované sociální opory je tedy pomoci jedinci zvládnout konkrétní nepříznivou životní situaci. Pro jedince je rovněž důležité, aby měl na blízku členy své sociální sítě, kteří mu mohou pomoci rychleji a lépe se s nastalou situací vyrovnat (Levická, 2005, str. 267 - 269).

Další výzkum otevírá možnosti podrobnějšího zkoumání dané problematiky. Navrhuji v rámci dalšího výzkumného šetření blíže zkoumat sociální oporu ze strany rodiny.

ZÁVĚR

Hlavním cílem mé práce bylo zmapovat míru sociální opory u klientů léčených s diagnózou alkoholismus a u jedinců neléčených pro závislost, u nichž nebyl prokázán syndrom závislosti na alkoholu. Pro daný cíl jsme si stanovily hypotézu, ve které jsme očekávaly, že u obou sledovaných skupin existuje signifikantní rozdíl v míře sociální opory. Cíl 1 byl splněn. Potvrdilo se, že míra sociální opory je signifikantně vyšší u skupiny kontrolní než u zkoumané. Hypotéza č. 1 byla tedy ověřena a přijata.

Při zjišťování míry sociální opory mě také zajímalo, kdo poskytuje oběma sledovaným skupinám největší sociální oporu, zda-li členové rodiny, či přátelé, spolupracovníci nebo nadřízení (peer support). Při svém šetření jsem došla k závěrům, že celková míra peer support je významně nižší u osob se závislostí na alkoholu. Respondentům kontrolní skupiny je sociální opora poskytována ve stejné míře jak ze strany rodiny, tak i přátel. Teprve pak následují v poskytování opory spolupracovníci a nadřízení. Naopak osobám se závislostí poskytuje sociální oporu v největší míře rodina, na druhém místě jsou to přátelé, poté spolupracovníci a nakonec nadřízení.

Cíl č. 2 měl za úkol zmapovat rozdíly v životní spokojenosti u osob se závislostí na alkoholu a u kontrolní skupiny. Ve stanovené hypotéze jsme očekávaly, že u skupiny zkoumané i kontrolní existuje statisticky významný rozdíl v míře životní spokojenosti. Cíl č. 2 byl splněn. Z výsledků výzkumného šetření jednoznačně vyplývá, že míra životní spokojenosti je vyšší u kontrolní skupiny. Hypotéza č. 2 byla ověřena a přijata.

Úkolem dalšího cíle bylo zmapovat vliv sociální opory na celkovou životní spokojenost u osob se syndromem závislosti. V hypotéze tohoto cíle jsme očekávaly, že existuje signifikantně pozitivní vztah mezi mírou sociální opory a celkovou životní spokojeností. Cíl č. 3 byl splněn. Výsledky výzkumného šetření potvrdily, že existuje signifikantně pozitivní vztah mezi mírou sociální opory a mírou životní spokojenosti u osob se závislostí na alkoholu. Hypotéza č. 3 byla ověřena a přijata.

Poslední cíl mapoval vliv sociální opory na míru úzkosti u jedinců se závislostí na alkoholu. Stanovily jsme si hypotézu, ve které jsme očekávaly, že existuje signifikantně negativní korelace mezi mírou sociální opory a mírou úzkosti u osob

se syndromem závislosti. Cíl č. 4 byl splněn. Existuje negativní korelace mezi mírou sociální opory a mírou úzkosti u jedinců se závislostí na alkoholu. Hypotéza č. 4 byla ověřena a přijata.

Ve výzkumném šetření byla použita kvantitativní metoda. Míra sociální opory i životní spokojenosti byla zjišťována pomocí standardizovaných dotazníků.

Závěrem lze říci, že existuje statisticky významný rozdíl v míře sociální opory i životní spokojenosti u klientů s diagnózou alkoholismus a u jedinců neléčených pro závislost, u nichž nebyl prokázán syndrom závislosti. Zjistilo se, že kontrolní skupina má signifikantně vyšší míru sociální opory i životní spokojenosti než skupina zkoumaná. Výsledky tohoto výzkumného šetření budou publikovány v odborném periodiku.

SEZNAM LITERATURY

BENSON, N. C. *Psychiatry*. Icon Books UK, 2004. 176 s. ISBN 10:184046-5379, ISBN - 13: 978 - 1840465372.

BLATNÝ, M. Osobnostní determinanty sebehodnocení a životní spokojenosti: mezipohlavní rozdíly. *Československá psychologie*, 2001, roč. XLV, č. 5, str. 385 - 392. ISSN 0009-062X.

BLATNÝ, M. Zdroje sebehodnocení a životní spokojenosti: osobnost a strategie zvládnutí. *Československá psychologie*, 1998, roč. XLII, č. 5, str. 385 - 392. ISSN 0009-062X.

COHEN, S., UNDERWOOD, L., GOTTLIEB, S. H. Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists. New York, Oxford University Press, 2000.

CSÉMY, L., NEŠPOR, K., SOVINOVÁ, H. *Problémy s alkoholem v rodině: zpráva pro Evropskou unii*. 1.vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2001. 97s. ISBN 80-7071-189-2.

DUBSKÝ, J., URBAN L. *Sociální deviace*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2008. 167 s. ISBN 978-80-7380-133-5.

FAHRENBERG, J., MYRTEK, M., SCHUMACHER, J., BRAHLER, E. *Dotazník životní spokojenosti*. Praha: Testcentrum, 2001. 74 s. ISBN 80-86471-16-0.

HARTL. P., HARTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál, 2010. 800 s. ISBN 978-80-7367-686-5.

HELLER, J., PECINOVSKÁ, O. a kol. *Závislost známá neznámá*. 1.vyd. Praha: Grada, 1996. 162 s. ISBN 80-7169-277-8.

KALINA, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 388 s. ISBN 978-80-247-1411-0.

KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. Prediktory sociální opory u české populace. *Československá psychologie*, 2003, roč. XLVII, č. 3, str. 220 - 228. ISSN 0009-062X.

- KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. Sociální opora jako významný protektivní faktor. *Československá psychologie*, 1999, roč. XLIII, č. 1, str. 19 - 38. ISSN 0009-062X.
- KOŽENÝ, J. TIŠANSKÁ L. Dotazník sociální opory - MOS: vnitřní struktura nástroje. *Československá psychologie*, 2003, roč. XLVII, č. 2, str. 135 - 143. ISSN 0009-062X.
- KOŽENÝ, J., CSÉMY, L., TIŠANSKÁ, L. Strukturální analýza modelu životní spokojenosti adolescentů. *Československá psychologie*, 2007, roč. LI, č. 3, str. 224 - 237. ISSN 0009-062X.
- KOŽENÝ, J., CSÉMY, L., TIŠANSKÁ, L. Koreláty užívání návykových látek u adolescentů. *Československá psychologie*, 2007, roč. LI, č. 6, str. 557 - 578. ISSN 0009-062X.
- KOŽENÝ, J., TIŠANSKÁ, L., DVOŘÁK, V. Osobnostní profil netoxikovaných žen s diagnózou F 10.2: Prediktivní potenciál Cloningerova dotazníku temperamentu a charakteru. *Československá psychologie*, 1998, roč. XLII, č. 1, str. 84 - 90. ISSN 0009-062X.
- KŘIVOHLAVÝ, J. Moderátor zvládnání zátěže typu sociální opory. *Československá psychologie*, 1999, roč. XLIII, č. 2, str. 106 - 118. ISSN 0009-062X.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1.vyd. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-551-2.
- KŘIVOHLAVÝ, J. Sociální opora v intervenčních programech. *Československá psychologie*, 2002, roč. XLVI, č. 4, str. 340 - 346. ISSN 0009-062X.
- KŘIVOHLAVÝ, J. Sociální opora v ošetrovatelství. *Ošetrovatelství*, 2001, roč. 3, č. 3 - 4, str. 74 - 77. ISSN 1212-723X.
- KUBIČKA, L. Srovnávací analýza rizikových faktorů závislosti na alkoholu u mužů a žen. *Československá psychologie*, 2007, roč. LI, č. 3, str. 213 - 223. ISSN 0009-062X.
- LEVICKÁ, J. Význam sociálnej opory vo vzťahu k zdravotnému stavu klienta. *Kontakt*, 2005, roč. 7, č. 3 - 4, str. 266 - 269. ISSN 1212-4117.
- MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

- MAREŠ, J. Nevyužívání či odmítání sociální opory. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, 2001, roč. 3, č. 36, str. 214 - 224. ISSN 0555-5574.
- MAREŠ, J. a kol. *Sociální opora u dětí a dospívajících I*. Hradec Králové: Nukleus, 2001. 151 s. ISBN 80-86225-19-4.
- MAREŠ, J. a kol. *Sociální opora u dětí a dospívajících III*. Hradec Králové: Nukleus, 2003. 252 s. ISBN 80-86225-46-1.
- MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
- MRVOVÁ, M. Vliv sociální opory na výskyt úzkosti u pacientů s ischemickou chorobou srdeční. Bakalářská práce. Univerzita Palackého Olomouc, 2010. 111 s.
- NEŠPOR, K. Alkohol a těhotenství - nová zneklidňující zjištění. *Alkoholismus a drogové závislosti*, roč. 38, č. 4 - 5, str. 253 - 254. ISSN 0862-0350.
- NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 151 s. ISBN 80-7178-831-7.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Souvislost mezi alkoholem a jinými návykovými látkami Důsledky pro prevenci i léčbu*. Praha: Sportpropag pro MZ ČR, 1999. 23 s.
- POPOV, P. Z historie léčby alkoholismu v českých zemích. *Adiktologie*, 2005, roč. 5, č. 2, str. 234 - 241. ISSN 1213-3841.
- RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., JANOTOVÁ, D. *Psychiatrie minimum: pro praxi*. 4.vyd. Praha: Triton, 2006. 211 s. ISBN 80-7254-746-1.
- RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 622 s. ISBN 80-7262-140-8.
- RAHN, E., MAHNKOPF, A. *Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. 466 s. ISBN 80-7169-964-0.
- REITEROVÁ, E. *Základy statistiky pro studenty psychologie*. 3. upr. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2009. 87 s. ISBN 978-80-244-2316-6.
- ŘEHAN, V. *Adiktologie I*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 130 s. ISBN 978-80-244-1745-5.

SKÁLA, J. et al. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. 1. vyd. Praha: Avicenum/zdravotnické nakladatelství, 1987. 206 s.

SNOPEK, M., HUBLOVÁ, V. Sociální opora a její vztah k životní spokojenosti, sebehodnocení a osobnosti u adolescentů: rodové rozdíly. *Československá psychologie*, 2008, roč. LII, č. 5, str. 500 - 509. ISSN 0009-062X.

SOURNIA, J. - Ch. *Dějiny pijáctví*. Praha: Garamond, 1999. 299 s.
ISBN 80-86379-01-9.

SOVINOVÁ, H., CSÉMY, L., HAMPL, K., PACOVSKÝ, V. *Alkohol a úrazy*. 1.vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2002. 82 s. ISBN 80-7071-206-6.

STUHLÍKOVÁ, I., MAN, F., POPOV, P. Motivační struktura alkoholově závislých v porovnání se vzorkem populace. *Československá psychologie*, 1999, roč. XLIII, č. 3, str. 193 - 204. ISSN 0009-062X.

ŠIRŮČEK, J., ŠIRŮČKOVÁ, M., MACEK, P. Sociální opora rodičů a vrstevníků a její význam pro rozvoj problémového chování v adolescenci. *Československá psychologie*, 2007, roč. LI, č. 5, str. 476 - 488. ISSN 0009-062X.

ÜHLINGER, C., TSCHUI, M. *Když někdo blízký pije: rady pro rodiny osob závislých na alkoholu*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 140 s. ISBN 978-807367-610-0.

INTERNETOVÉ ZDROJE

Alkohol zabíjí celosvětově více lidí než AIDS. [online] [cit. 2011-02-19] Dostupné na WWW: <<http://izeny.eurozpravy.cz/zdravi-hubnuti/22851-alkohol-zabiji-celosvetove-vice-lidi-nez-aids/>>.

Čechům alkohol chutná, závislých stále přibývá. [online] [cit. 2010-07-22] Dostupné na WWW: <<http://www.novinky.cz/zena/zdravi/205691-cechum-alkohol-chutna-zavislych-stale-pribyva.html>>.

Dědičnost (genetika) a predispozice k alkoholismu. [online] [cit. 2011-02-24] Dostupné na:<http://www.alkoholik.cz/zavislost/dedicnost/dedicnost_genetika_a_predispozice_k_alkoholismu.html>.

- Dotazník životní spokojenosti.* [online] [cit. 2011-03-28] Dostupné na WWW: <<http://www.psychodiagnostika.cz/index.php?akce=dzs>>.
- GORMAN, C. M. *Social Support: How Friends and Family Can Save Your Life.* [online]. 2005 [cit. 2011-02-06] Dostupné na WWW: <<http://www.personalityresearch.org/papers/clark.html>>.
- KRAMULOVÁ, D. *Mladá, vzdělaná, úspěšná - a opilá.* Psychologie dnes [online]. 2009,9 [cit. 2010-04-18] Dostupné na WWW: <<http://www.psychologiednes.eu>>.
- Každý desátý Čech má problém s alkoholem.* [online] [cit. 2011-02-23] Dostupné na WWW: <<http://www.novinky.cz/zena/zdravi/202638-kazdy-desaty-cech-ma-problem-s-alkoholem.html>>.
- Léčba alkoholismu a žen a specifika ženského alkoholismu v přehledu.* [online] [cit. 2011-02-24] Dostupné na WWW: <http://www.alkoholik.cz/zavislost/zeny_a_alkohol/lecba_alkoholismu_u_zen_a_specifika_zenskeho_piti_alkoholu_v_prehledu.html>.
- Léčba alkoholismu v České republice - málo lůžkových zařízení a ambulancí.* [online] [cit. 2010-07-20] Dostupné na WWW: <http://www.alkoholik.cz/zavislost/clanky_a_statistiky/lecba_alkoholismu_v_ceske_republice_malo_luzkovych_zarizeni_a_ambulanci.html>.
- Motto sociální opory.* [online] [cit. 2010-04-05] Dostupné na WWW: <http://dspace.knihovna.utb.cz/bitstream/handle/10563/1831/gabrhel%C3%ADkov%C3%A1_2006_bp.pdf?sequence=1>.
- NEŠPOR, K. Problémy působené alkoholem a praktický lékař. *Medicína pro praxi* [online]. 2005,3 [cit. 2010-04-14] Dostupné na WWW: <<http://www.solen.cz>>.
- POPOV, P. Závislost na alkoholu. *Interní medicína - mezioborové přehledy* [online] [cit.2010-04-14] Dostupné na WWW: <<http://www.solen.cz>>.
- PEIRCE, R. S. *A Longitudinal Model of Social Contact, Social Support, Depression, and Alcohol Use.* [online]. 2000 [cit. 2011-02-06] Dostupné na WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10711585>>.
- Statistiky alkoholismu 2010: 550 tisíc Čechů je závislých na alkoholu.* [online] [cit. 2011-02-24] Dostupné na WWW:

<http://www.alkoholik.cz/zavislost/clanky_a_statistiky/statistiky_2010_550_tisic_cek_u_je_zavislych_na_alkoholu.html>.

Test alkoholismu. [online] [cit. 2011-03-28] Dostupné na WWW:

<<http://valecnik.cz/zivotni-styl/vsehochut/62-test-alkoholismu.html>>.

Žena alkoholička, pití alkoholu u žen - specifika chování a důvody alkoholismu.

[online] [cit. 2011-02-24] Dostupné na WWW:

<http://www.alkoholik.cz/zavislost/zeny_a_alkohol/zena_alkoholicka_piti_alkoholu_u_zen_specifika_chovani_a_duvody_alkoholismu.html>.

SEZNAM ZKRATEK

AIDS	Acquired immunodeficiency syndrome
aj.	a jiné
a kol.	a kolektiv
apod.	a podobně
ARND	Alcohol-Related Neurodevelopmental Disorder
atd.	a tak dále
č.	číslo
ČR	Česká republika
Dr.	doktor
et al.	a kolektiv
FZV	Fakulta zdravotnických věd
HIV	Human immunodeficiency virus
H1	hypotéza 1
H2	hypotéza 2
H3	hypotéza 3
H4	hypotéza 4
ISBN	International Standard Book Numbering
ISSN	International Standard Serial Numbering
MAST	Michigan Alcohol Screening Test
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
NANDA	North American Association for Nursing Diagnosis International
např.	například
OAT	Ordinace pro léčbu alkoholismu a jiných toxikomanií
Příl.	Příloha
PSSS	Perceived Social Support Scale
str.	strana
tab.	tabulka
tzv.	takzvané
UP	Univerzita Palackého
WHO	World Health Organization

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 - Možné ošetrovateľské diagnózy dle NANDA taxonomie II	viz príloha
Tab. 2 - Distribuce průměrných hodnot naměřených dotazníkem PSSS	46
Tab. 3 - Distribuce celkových hodnot poskytované sociální opory od členů rodiny	48
Tab. 4 - Distribuce celkových hodnot poskytované sociální opory od přátel	49
Tab. 5 - Distribuce celkových hodnot poskytované sociální opory od spolupracovníků	50
Tab. 6 - Distribuce celkových hodnot poskytované sociální opory od nadřízených	51
Tab. 7 - Distribuce průměrných hodnot naměřených dotazníkem životní spokojenosti	52

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 - Porovnání naměřených hodnot rodinného stavu skupiny zkoumané a kontrolní	42
Graf 2 - Průměrné hodnoty sociální opory naměřené dotazníkem PSSS	47
Graf 3 - Celkové hodnoty poskytované sociální opory od rodiny	48
Graf 4 - Celkové hodnoty poskytované sociální opory od přátel	49
Graf 5 - Celkové hodnoty poskytované sociální opory od spolupracovníků	50
Graf 6 - Celkové hodnoty poskytované sociální opory od nadřízených	51
Graf 7 - Průměrné hodnoty životní spokojenosti naměřené dotazníkem životní spokojenosti	53
Graf 8 - Průměrné hodnoty sociální opory a životní spokojenosti u zkoumané skupiny	54
Graf 9 - Průměrné hodnoty sociální opory a úzkosti u zkoumané skupiny	55

SEZNAM PŘÍLOH

Příl. 1 - Žádost o povolení výzkumného šetření

Příl. 2 - Možné ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie II

Příl. 3 - Edukační brožura na téma Sociální opora

Příl. 4 - Edukační brožura na téma Závislost a její dopad na rodinu

PŘÍLOHY

Příl. 1 - Žádost o povolení výzkumného šetření

Vážená paní
Zdeňka Šínová
Hlavní sestra Psychiatrické léčebny - Bílá Voda
Bílá Voda u Javorníka č. 1, 790 69

V Olomouci 14.6.2010

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v PL Bílá Voda

Vážená paní Šínová,

obracím se na Vás se zdvořilou žádostí o povolení dotazníkového výzkumného šetření u klientů závislých na alkoholu v rámci mé diplomové práce na téma: **Sociální opora u klientů s diagnózou alkoholismus**. Cílem práce je zjistit jakou míru sociální opory mají klienti, kteří jsou léčeni pro alkoholismus.

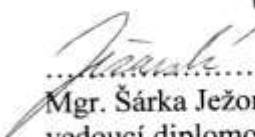
Na závěrečné práci pracuji pod odborným vedením Mgr. Šárky Ježorské Ph.D. z Ústavu společenských a humanitních věd FZV UP v Olomouci, která také dohlíží na etická kritéria práce.

Výzkumné šetření bude prováděno formou anonymního dotazníku, který přikládám k žádosti.

V případě zájmu Vám výsledky šetření ráda poskytnu.

Za spolupráci a kladné vyřízení mé žádosti předem děkuji.

Mgr. Šárka JEŽORSKÁ, Ph.D.
Ústav společenských a humanitních věd
FZV UP
Tř. Svobody 8, 771 11 Olomouc


Mgr. Šárka Ježorská Ph.D.
vedoucí diplomové práce
Ústav společenských a humanitních věd
FVZ UP
Hněvotínská 3, 779 00 Olomouc


Bc. Tereza Hrtusová
studentka
tel: 736 744 236
e-mail: TerezaHrtusova@seznam.cz

Vyjádření vedení instituce:

žádost povolena žádost zamítnuta

Psychiatrická léčebna Bílá Voda
Bílá Voda u Javorníka č.1
PSČ 790 69
IČO: 00851388

Odůvodnění:.....

Datum: 15.6.2010

Razítko, podpis:



Příl. 2 - Možné ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie II

Tab. č. 1 Možné ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie II

Doména	Třída	Druh oš. diagnózy	Název a kód ošetrovatelské diagnózy
1. Podpora zdraví	Management zdraví	Aktuální	Neefektivní podpora zdraví – 00099
1. Podpora zdraví	Management zdraví	Aktuální	Zhoršené udržování domácnosti – 00098
2. Výživa	Přijímání potravy	Aktuální	Nedostatečná výživa – 00002
2. Výživa	Hydratace	Aktuální	Zvýšený objem tělesných tekutin – 00026
4. Aktivita - odpočinek	Spánek - odpočinek	Aktuální	Porušený spánek – 00095
4. Aktivita - odpočinek	Energetická rovnováha	Aktuální	Únava – 00093
5. Vnímání - poznávání	Poznávání	Aktuální	Deficitní znalost – 00126
5. Vnímání - poznávání	Poznávání	Aktuální	Akutní zmatenost – 00128
5. Vnímání - poznávání	Poznávání	Aktuální	Poškozená paměť – 00131
5. Vnímání - poznávání	Komunikace	Aktuální	Zhoršená komunikace – 00051
6. Vnímání sebe sama	Sebepojetí	Aktuální	Beznaděj – 00124
6. Vnímání sebe sama	Sebeúcta	Aktuální	Situačně snížená sebeúcta – 00124
7. Vztahy	Rodinné vztahy	Aktuální	Dysfunkční život rodiny s alkoholizmem – 00063
7. Vztahy	Vykonávání rolí	Aktuální	Poškozená sociální interakce – 00052
8. Sexualita	Sexuální funkce	Aktuální	Neefektivní sexuální život – 00065
9. Zvládání zátěže - odolnost vůči stresu	Reakce na zvládání zátěže	Aktuální	Strach – 00148
9. Zvládání zátěže - odolnost vůči stresu	Reakce na zvládání zátěže	Aktuální	Úzkost – 00146
9. Zvládání zátěže - odolnost vůči stresu	Reakce na zvládání zátěže	Aktuální	Neefektivní zvládání zátěže – 00069
11. Bezpečnost - ochrana	Tělesné poškození	Potenciální	Riziko pádu – 00155
11. Bezpečnost - ochrana	Tělesné poškození	Potenciální	Riziko aspirace – 00039

11. Bezpečnost - ochrana	Násilí	Potenciální	Riziko sebepoškození – 00139
11. Bezpečnost - ochrana	Násilí	Potenciální	Riziko násilí vůči jiným – 00138
11. Bezpečnost - ochrana	Násilí	Potenciální	Riziko intoxikace – 00037
12. Komfort	Tělesný komfort	Aktuální	Sociální izolace – 00053
13. Růst/vývoj	Růst	Aktuální	Neprospívání dospělé osoby – 00101

(Marečková, 2006, str. 41 - 49)

Příl. 3 - Edukační brožura na téma Sociální opora

Příl. 4 - Edukační brožura na téma Závislost a její dopad na rodinu